

Kjønnsoperasjoner og kjønnsdefinisjoner – hvor sitter kjønnet?

Noen transseksuelle ønsker seg fast definerte og entydige kropper og identitetskategorier. Andre vil hevde sin rett til kjønnsoverskridelse og nedbrytning av det binære kjønnsystemet. Harry Benjamin Ressurscenter (HBRS) og Rikshospitalets GID-klinikk insisterer på at transseksualisme handler om normalitet og entydighet, men livshistoriene til mange transseksuelle viser at transseksualisme også handler om seksuelt mangfold, kategori-overskridelse og kjønnets grunnleggende uklarhet.

Tor Folgerø*

Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap
Universitetet i Bergen
Postboks 7805
5020 Bergen

Tone Hellesund

tone.hellesund@uni.no
UNI Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen

* Nåværende adresse:

Movegen 5
3570 Ål

For å kvalifisere til kjønnsbekreftende behandling i Norge må man bli godkjent som pasient ved GID (Gender Identity Disorder)-klinikken ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Klinikkenes målsetting for behandlingen er at pasienten skal oppleve at kropp og kjønnsidentitet stemmer overens. Kjønnsidentitet blir her forstått som noe som kan atskilles i en klar kvinnelig identitet eller en klar mannlig identitet i tråd med konvensjonelle kjønnsidealene. Pasientens målsettinger for behandlingen må sammenfalle med GID-klinikkens, hvis ikke kvalifiserer ikke pasienten for en diagnose som gir rett til behandling. I den diagnosen som utløser behandling, F64.0 Transseksualisme, defineres transseksualisme i henhold til ICD-10-kriteriene som: Sterkt ønske om å leve og bli akseptert som tilhørende det annet kjønn. Følelse av avsky for, og ofte utilstrekkelighet ved, eget anatomisk kjønn ledsager vanligvis lidelsen. Ønske om kirurgisk eller hormonell behandling for å få kroppen til å bli i mest mulig samsvar med det foretrukne kjønn, er vanlig.

Som i mange andre land, er det også i Norge et tett samspill mellom det medisinske behandlingsapparatet (GID-klinikken) og interesseorganisasjonen for transseksuelle, Harry Benjamin Ressurscenter (heretter kalt ressurscenteret) (1).

I overveiende grad er det også samsvar mellom hvordan Rikshospitalets GID-klinikk og ressurscenteret forstår transseksualitet og hvordan tilstanden skal behandles. Ressurscenteret arbeider målbevisst både med informasjonsvirksomhet rettet mot allmennheten og med lobbyvirksomhet rettet mot politikere og medisinsk ekspertise. De har markert seg som en «smal» organisasjon på den måten at de definerer seg som en organisasjon kun for «mennesker som går gjennom kjønnsbekreftende behandling» (2). Dette kan tolkes som en grensemarkering mot alle dem som ikke har livshistorier, kjønnsforståelser eller selvforståelser som passer inn i diagnosen F64.0 Transseksualisme, men som likevel ønsker seg ulike typer av kjønnskorrigerende behandling. Harry Benjamin Ressurscenter har også vært sterkt imot å bli betegnet som en del av det som blir kalt LGBT-bevegelsen (lesbian, gay, bisexual, transgender).

Heteronormativitet

De forståelsene av transseksualitet som synes å dominere i den norske kulturen – og også ved GID-klinikken og ved Harry Benjamin Ressurscenter – er basert på et heteronormativt grunnlag. Heteronormativitet bygger på forestillingen om at mennesker kan deles i to distinkte og komplementære kategorier: kvinne og mann. Videre antas det at kjønnskategoriene gjenspeiler spesifikke og «naturlige» karakteregenskaper, og at seksuelt begjær kun skal forekomme på tvers av disse kjønnskategoriene. Heteronormativitet er altså et uttrykk for de praksiser og institusjoner som legitimerer og privilegerer heteroseksualitet og kjønnsuttrykk som er entydige og klart avgrensbare.

Heteronormativitetens kjerne er konstellasjonen mann–kvinne. Individuer som ikke kan eller vil plasseres kategorisk som enten mann eller kvinne, utfordrer og bryter denne normen. Heteronormativitet trenger ikke å bety at man eksplisitt forfølger eller diskriminerer ikke-normative kjønnsuttrykk

eller eksplisitt kommer med uttalelser mot alt som bryter med normen. Like mye handler det om at ukonvensjonelle kjønnsuttrykk marginaliseres, ties i hjel, eller markeres som noe negativt og mindreverdig i den dominerende diskursen. Det heteronormative systemet er basert på binære kjønns- og seksualitetskategorier, og fungerer undertrykkende på alle som ikke enkelt passer inn i disse kategoriene.

I perioden 2003–2006 gjennomførte en av forfatterne (Tor Folgerø) livshistorieintervjuer med 15 selvidentifiserte transseksuelle. I disse livshistoriene finner man store variasjoner med hensyn til hvordan informantene tenker om kjønn og i måtene de praktiserer kjønn på. For noen er det sentralt å være entydig mann eller kvinne, mens andre har et mer utforskende og grenseoverskridende forhold til hvilket kjønn de ønsker å skape og fremstå som. Mens noen ser på kjønn som en medfødt essens som kan «oppe- og ned», opplever andre at kjønn er noe som kontinuerlig kan endres og forhandles om. Noen har gjennomgått eller ønsker å gjennomgå operasjon, andre oppfatter seg som transseksuelle, men vil ikke gjennomgå operasjon. Noen lever heteroseksuelt, andre lever homoseksuelt, og en del lever uten et seksualliv med partner (3, 4).

Kjønn og kjønnsorganer

«Transseksualisme har ingenting med seksualitet å gjøre – transseksualisme handler om kjønnsidentitet», hører man ofte fra ressurscenteret og fra norske transseksuelle. Slike utsagn tolker vi som et forsøk på å bryte den sterke koblingen som ofte har vært gjort mellom transseksualitet og seksualitet både i populærkultur og tidligere også innen psykologi og psykiatri. Ressurscenteret er opptatt av å lansere en motfortelling som er rensert for den mer problematiske seksualiteten. Samtidig er det også klart at behandlingen av transseksualisme indirekte omhandler seksualitet. I konstruksjonen av det nye, kroppslige kjønnet, er



Illustrasjon Stein Løken

den kirurgiske innsatsen orientert mot å fjerne reproduktive organer og å konstruere nye ytre kjønnsorganer. Kjønnsorgan markerer kjønn, men er også ment å skulle brukes til å praktisere sex.

Mange av dem som har vært gjennom behandlingsapparatet opplever at seksualitet tar stor plass i diagnostiseringsprosessen og at de blir grundig gjennomanalysert på dette feltet. Det er imidlertid påfallende hvor tause ressurscenteret og GID-klinikken er i offentligheten omkring temaet seksualitet. Kjønnsideidentitet synes å fremstå som et langt mer verdig og renselig tema å sette søkelyset på enn seksualitet. Gjennom tausheten forsøker man å kommunisere at det ikke er noe ekstraordinært ved transseksuelles seksualitet. I en heteronormativ kultur, som den norske, antas det at seksualiteten er «normal» – altså heteroseksuell – så lenge man ikke sender signaler om noe annet.

Selv om ønsket om å endre det kroppslige kjønn ikke primært handler om seksualitet, er det likevel slik at endringer av kroppslig kjønn kan få konsekvenser for seksualiteten. I en kulturell kontekst der både kjønn og seksualitet er binært organisert, vil endringer av kroppslig kjønn føre

til at man endrer sosial identitet fra hetero til homo eller fra homo til hetero, hvis man tar utgangspunkt i at begjæret mot ett kjønn er stabilt gjennom transformasjonen. Dersom man endrer begjærsobjekt etter operasjonen, vil den sosiale identiteten som hetero eller homo vedvare også etterpå til tross for at man har endret kjønn.

Kjønnsorganer og genital estetikk blir sterkt vektlagt både blant flere av dem vi har intervjuet og i de medisinske diskursene og praksisene. Informantene, særlig mann-til-kvinne-transseksuelle, legger omfattende mening i operasjonen, og behandlingsopplegget investerer store ressurser i vagina.

Fokuset på kjønnsorganer som skal fungere i *møtet med* en partner (av motsatt kjønn), synes å ligge som et premiss for behandlingen av transseksuelle. Slik vi oppfatter det, handler vaginafokuset i behandlingen av mann-til-kvinne-transseksuelle om:

- at en kvinne per definisjon forstås som en person som er vaginalt penetrerbar
- at man konstruerer personer som skal fungere mest mulig «normalt» seksuelt, og at heteroseksualitet danner modellen for hvilke organer som er seksuelt nødvendige
- hva som er medisinsk tilgjengelig og praktisk

I forbindelse med fjerning av testikler og penis er det vanlig samtidig å vrenge penis og konstruere en vagina. Disse operasjonene må utføres samtidig. Konstruksjonen av vagina er standard for alle som får utført mann-til-kvinne-behandling. Siden konstruksjon av penis for kvinne-til-mann-transseksuelle er mye mer komplisert og har mindre tilfredsstillende resultater enn vaginakonstruksjonen, er det valgfritt for dem om dette skal gjøres. Uavhengig av seksuell praksis (f.eks. aseksualitet, sølibat eller preferanse for andre seksuelle aktiviteter enn vaginalt samleie), synes vaginaen i alle tilfeller å fungere som et symbol på kvinnelighet både for behandlerapparat og pasienter.

Det kan iblant synes som om det er et misforhold mellom det genitale fokuset i det etablerte behandlingsopplegget og de utfordringene hverdagslivet byr på for mange kjønnsopererte. Den ureflekterte heteronormativiteten i den medisinske behandlingen for mann-til-kvinne-transseksuelle treffer ikke alltid de mangfoldige identitetene og seksuelle praksisene som pasientgruppen faktisk rommer. Man kan tenke seg at det for noen av dem ville vært mer hensiktsmessig å legge mer vekt på

plastisk ansiktskirurgi og stemmetrening. Det vaginale fokuset synes imidlertid å ha minst like stor symbolverdi som bruksværdi for pasientene, og det er ingen av dem som kritiserer GID-klinikkens vaginalfokus.

I tillegg til en vagina skulle imidlertid mange av dem også ønsket seg mer plastisk kirurgi og annen hjelp for å støtte opplevelsen av å være kvinne eller mann i dagliglivet. De medisinske diskursene, sammen med statlige bevilgninger, har på denne måten makt til å bestemme at kjønn sitter mellom beina, heller enn i ansiktsform, hårvekst, stemme, kjeve- og tannstruktur.

Transbevegelse

Ved siden av organisasjoner som jobber for å bedre behandlingstilbudet for gruppen som omfattes av diagnosen F64.0, som Harry Benjamin Ressurscenter, har det de siste tiårene også vokst frem en internasjonal politisk «transgender»-bevegelse.

I den engelskspråklige verden blir betegnelsen «transgender» i dag brukt som et samlebegrep for kategorier som på ulike måter krysser og utfordrer det binære kjønnssystemet: Intersex-personer (som er født med tvetydige eller uklare ytre/indre kjønnsorganer), transvestitter (personer med to kjønnsidentiteter), transseksuelle (som ønsker hormoner og kirurgi for få en kropp i samsvar med det «motsatte» kjønn, også kalt transkjønnede), og transgenderister (som lever som det «andre kjønn» uten å ønske operasjon, eller som ser på seg selv som verken mann eller kvinne eller som både mann og kvinne). Transgenderbevegelsen er inkluderende i forhold til de fleste seksuelle og kjønnsmessige normoverskridere, og har som mål nettopp å utfordre og destabilisere det binære kjønns- og seksualitetssystemet. De står slik ofte i et spenningsforhold til transseksualitetsorganisasjoner som vektlegger entydighet, medisinske diagnoser og klare avgrensninger.

Mye av energien i den seksualpolitiske radikale delen av homobevegelsen og transbevegelsen ligger altså i å utfordre og kritisere heteronormen. Argumentene er at kjønn og seksualitet i langt større grad handler om moralske valg, konvensjoner og samfunnsorden enn om natur, biologi og medisin. Dette er en tematikk som også mange kjønnsforskere innen samfunnsfag og humaniora er opptatt av. De har bl.a. ved hjelp av historiske studier vist hvor foranderlige normer, kategorier og forestillinger har vært på kjønns-, kropps- og seksualitetsfeltet – ikke minst innen medisinen (5–10).

I de senere årene har personer som kan kalles grenseoverskridere i kjønnsfeltet skapt nye utfordringer både for GID-klinikken og ressurscenteret (11–14). Transpersoner som ikke nødvendigvis ønsker at kroppen skal få et entydig konvensjonelt kjønnsuttrykk, som snakker for mye om seksualitet og andre seksuelle identiteter enn heteroseksuelle, og personer som beskriver ønsket om transforma-

sjon som et valg heller enn en fysiologisk drift, representerer noen av disse utfordringene. Mange personer i «transfeltet» faller utenfor de definisjoner og selvforståelser som er de rådende ved Harry Benjamin Ressurscenter. «Transgender» bryter med logikken som legitimerer transseksualisme som diagnose, ved å undergrave forestillingen om identiteten som fast, stabil og avgrensbar. Det er en økende etterspørsel etter utredning ved GID-klinikken. Forespørselene kommer også fra personer som har andre typer av kjønnsidentitetsproblemer enn det som passer inn i diagnosen transseksualisme, men som likevel opplever at de har et behov for behandling. GID-klinikkens argumenter med at de ikke kan åpne opp for behandling av disse gruppene fordi det faller utenfor klinikkens mandat. Den er opprettet med tanke på F64.0 (15). Med en åpnere praksis vil man forlate prinsippet om faste kategorier og nærme seg en tanke om kjønn som noe flytende og forhandlingsbart. Dermed vil diagnoseapparatets klart avgrensede kategorier undergraves.

Politisk opportune fortellinger?

Opp gjennom historien er mange transseksuelle pasienter blitt møtt med en forståelse av at kjønnsidentitetsforstyrrelser er en psykisk lidelse som bør behandles via terapi heller enn ved kirurgi. Bl.a. derfor har det vært viktig for interesseorganisasjonene å støtte seg til medisinske forklaringsmåter som legger vekt på kjønnsidentitet som noe biologisk fundert. Ressurscenteret og GID-klinikken forfekter en forståelse av at transseksualisme ikke har noe med kultur å gjøre, men kun med natur og biologi. De forfekter også forståelsen av at gruppen transseksuelle er en entydig og avgrensbar størrelse.

På grunn av behov for støtte fra politiske og medisinske miljøer, er det antakelig sentralt for interesseorganisasjonen Harry Benjamin Ressurscenter å fremstille transseksualisme på denne måten. De er svært tydelige på hvem de kjemper for, og er opptatt av å markere en skarp grense mellom de som kvalifiserer til diagnosen F64.0, og alle andre kategorier. De har klart å etablere transseksuelle som en verdig og entydig gruppe med respektable ønsker og behov (kjønnsidentitet, ikke seksualitet), knyttet til en medisinsk diagnose og i behov av medisinsk behandling. Hovedfortellingen de fremfører er at transseksuelle er kjønnsmessig helt vanlige mennesker som tilfeldigvis og uheldigvis er født i feil kropp. Etter den medisinske behandlingen er problemet løst, og den transseksuelle er i prinsippet behandlet for sin diagnose. Identiteten transseksuell kan nå avløses av identiteten «mann» eller «kvinne» i en kombinasjon der kropp og selvforståelse er i samsvar.

Man kan selvsagt tenke seg at aktørene på dette feltet, Harry Benjamin Ressurscenter og GID-klinikken, også skjeler til strategiske og politiske opportune argumenter når de fronter

fortellingen sin i offentligheten. Å velge én, av mange mulige, fortellinger om transkjønnethet, har både realpolitiske og moralpolitiske implikasjoner. Ressurscenteret og GID-klinikken vet selvsagt at noen fortellinger møter større forståelse og medlidenhet i ulike politiske miljøer enn andre. I sine studier om moraldebatter i Stortinget har statsviteren Dag Stenvoll vist hvordan argumentet om «natur» synes å ha stort gjennomslag. Under naturlighetsargumentene ligger det en «mer eller mindre implisitt forutsetning om at det som var naturlig eller biologisk også normativt sett var positivt, eller i det minste nøytralt» (16). Den biologiske linjen til ressurscenteret er slik i tråd med det som har vist seg å føre frem i Stortinget på det seksualpolitiske feltet. En realpolitisk følge av både ressurscenteret og GID-klinikkens politikk er at de får styrket og forbedret behandlingen for sin gruppe. En annen realpolitisk konsekvens kan være at de hindrer at transpersoner som ikke går inn under F64.0 i det hele tatt får et behandlingstilbud.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Meyerowitz J. How sex changed: a history of transsexuality in the United States. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.
- Landsforeningen for transseksuelle. www.lfts.no/?module=Articles;action=ArticleFolder;publicOpenFolder;ID=181 (13.1.2010).
- Folgerø T, Hellesund T. Transseksualitet på norsk. Heteronormering av kjønn og hverdagsliv. I: Røthing Å, Mühleisen W, red. Norske seksualiteter. Oslo: Cappelen, 2009.
- Rasmussen MV. Å gjøre kjønn: performativitet og meningsskaping blant transkjønn og andre kjønn i Norge. Bergen: Masteroppgave i sosialantropologi, Universitetet i Bergen, 2005.
- Dreger AD. Hermaphrodites and the medical invention of sex. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.
- Fausto-Sterling A. Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books, 2000.
- Hellesund T. Kapitler fra singellivets historie. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Foucault M. Seksualitetens historie 1. København: Rhodos, 1978.
- Johannson K. Den mørke kontinenten: kvinnen, medicine og fin-de-siècle. Stockholm: Norstedt, 1994.
- Laqueur T. Making sex: body and gender from the Greeks to Freud. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990.
- Olsen H. Påklager advarsel fra Helsetilsynet. *Blikk* 23.10.2008. www.blikk.no/nyheter/sak.html?kat=1&id=18269 (13.1.2010).
- Johansen PA. Flere følte press for å la seg kastere. *Aftenposten* 24.6.2009. www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article31377992.ece (13.1.2010).
- Kirsebom AKS. Grasping diversity. *Blogg* 14.8.2008. www.gender.no/Open_dialogue/Gender_blog/7047 (12.1.2010).
- Stein T. Den store fortellingen er løgn. *Blogg* 30.12.2009. <http://framandkar.wordpress.com/2009/12/30/den-store-fortellingen-er-l%c3%b8gn/> (12.1.2010).
- Hansen TM, Haraldsen I, Eikaas AKD et al. Misvisende kampanje mot landsfunksjonen for transseksualisme. *Klassekampen* 23.12.2009.
- Stenvoll D. Politisk argumentasjon: en analyse av norske stortingsdebatter om seksualitet og reproduksjon 1945–2001. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, 2003.

Manuskriptet ble mottatt 25.9.2009 og godkjent 14.1.2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.