

Den danske oversættelse	Den engelske originale
<p>The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Omsorgsstandard for kønsidentitets uregelmæssigheder, 6. udgave Februar 2001</p> <p>Committee Members: Walter Meyer III M.D. (Chairperson), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Stan Monstrey M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.</p> <p>Dette er 6. udgave af omsorgsstandard. 1. udgave 1979. tidligere revisioner 1980, 1981, 1990 og 1998</p> <p>Indhold:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Indledende koncepter2. Epidemiologiske overvejelser3. Diagnostisk nomenklatura4. Den mentale sundhed5. Diagnostisering og behandling af børn og unge6. Psykoterapi blandt voksne7. Påkrævet hormonel terapi for voksne8. Virkning af hormonel behandling af voksne9. Erfaringer fra det virkelige liv10. Kirurgi11. Brystkirurgi12. Genital kirurgi13. Opfølgning efter indgreb <p>1. Indledende koncepter</p> <p>Formål med omsorgsstandard</p> <p>Hovedformål er at fastlægge en international konsensus for den psykiatriske, psykologiske, medicinske og kirurgiske varetægelse af kønsidentitets problemer.</p> <p>Professionelle kan bruge dette dokument i forståelsen af de parametre indenfor hvilke de kan yde hjælp til patienter som opfylder disse betingelser. Personer med kønsidentitets problemer, deres familier og de relevante sociale institutioner kan bruge materialet i forståelsen af de professionelle behandles arbejde.</p> <p>Som læser skal man være bevidst om den begrænsede viden på området og mulighederne for yderligere videnskabelig forskning i fremtiden.</p> <p>Behandlingens overordnede målsætning</p> <p>Den generelle målsætning med psykoterapeutisk,</p>	<p>The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version February, 2001</p> <p>Committee Members: Walter Meyer III M.D. (Chairperson), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Stan Monstrey M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.</p> <p>This is the sixth version of the Standards of Care since the original 1979 document. Previous revisions were in 1980, 1981, 1990, and 1998.</p> <p>Table of Contents:</p> <ol style="list-style-type: none">I. Introductory ConceptsII. Epidemiological ConsiderationsIII. Diagnostic NomenclatureIV. The Mental Health ProfessionalV. Assessment and Treatment of Children and AdolescentsVI. Psychotherapy with AdultsVII. Requirements for Hormone Therapy for AdultsVIII. Effects of Hormone Therapy in AdultsIX. The Real-life ExperienceX. SurgeryXI. Breast SurgeryXII. Genital SurgeryXIII. Post-Transition Follow-up <p>I. Introductory Concepts</p> <p>The Purpose of the Standards of Care. The major purpose of the Standards of Care (SOC) is to articulate this international organization's professional consensus about the psychiatric, psychological, medical, and surgical management of gender identity disorders. Professionals may use this document to understand the parameters within which they may offer assistance to those with these conditions. Persons with gender identity disorders, their families, and social institutions may use the SOC to understand the current thinking of professionals. All readers should be aware of the limitations of knowledge in this area and of the hope that some of the clinical uncertainties will be resolved in the future through scientific investigation.</p> <p>The Overarching Treatment Goal. The general goal of psychotherapeutic, endocrine, or</p>

endokrin, eller kirurgisk behandling af personer med kønsidentitets problemer er at maksimere personens psykiske velvære og muligheder for selvrealisation.

Omsorgens standarder er kliniske retningslinier

Hensigten er at yde fleksible retningslinier for behandlingen af personer med kønsidentitets problemer. De skal ses som minimumskrav, der kan tilpasses til individuelle behandlinger. Kliniske afvigelser fra disse retningslinier kan forekomme betinget af patientens anatomiske, sociale eller psykologiske særpræg.

Ligeledes kan de fraviges ved en avanceret professionel behandling af en banal situation eller ved forskningsrelaterede behandlinger.

Afvigelser fra retningslinierne skal ske bevidst med fuld forklaring overfor patienten og med fuld dokumentation, således at beskrivelsen kan anvendes i eftertiden på såvel kort som langt sigt.

Den kliniske tærskel

Når bekymringer, usikkerhed og spørgsmål om kønsidentitet bliver dominerende i personens liv og blokerer en harmonisk kønsidentitets udvikling er en klinisk tærskel overskredet.

Uformelt betegnes situationen som kønsidentitets problem, transseksualitet m.m. [Oversætters bemærkning: Original tekst angiver en yderligere mangfoldighed af uformelle navne].

Problemet kan manifestere sig fra børnehavens alderen og helt op i alderdommen og kan antage mange former.

Sammen afspejler de utilfredshed med kønsrolle såvel som kroppens sekundære køns karakterer, og omverdenens kønsrelaterede forventninger.

Når sådanne utilfredse personer opfylder specificerede kriterier fra en af de to officielle nomenklaturer (se side 3 øverst) kan de betragtes som havende kønsidentitets problemer. Sådanne personer overskrider endnu en tærskel – de udtrykker et vedvarende ønske om en kirurgisk forandring af deres krop.

De to officielle nomenklaturer:

The International Classification of Diseases-10 (ICD-10)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-4)

Der findes to primære segmenter med kønsidentitets problemer – biologiske mænd og biologiske kvinder

Patientens køn er altid en signifikant faktor i administrationen af kønsidentitets problemer. Behandlere må betragte hvert køns biologiske, sociale, psykologiske og økonomiske dilemmaer separat. Fælles for alle patienter er nødvendigheden af at følge omsorgsstandarderne.

2. Epidemiologiske overvejelser

surgical therapy for persons with gender identity disorders is lasting personal comfort with the gendered self in order to maximize overall psychological well-being and self-fulfillment.

The Standards of Care Are Clinical Guidelines.

The SOC are intended to provide flexible directions for the treatment of persons with gender identity disorders. When eligibility requirements are stated they are meant to be minimum requirements.

Individual professionals and organized programs may modify them. Clinical departures from these guidelines may come about because of a patient's unique anatomic, social, or psychological situation, an experienced professional's evolving method of handling a common situation, or a research protocol. These departures should be recognized as such, explained to the patient, and documented both for legal protection and so that the short and long term results can be retrieved to help the field to evolve.

The Clinical Threshold.

A clinical threshold is passed when concerns, uncertainties, and questions about gender identity persist during a person's development, become so intense as to seem to be the most important aspect of a person's life, or prevent the establishment of a relatively unconflicted gender identity. The person's struggles are then variously informally referred to as a gender identity problem, gender dysphoria, a gender problem, a gender concern, gender distress, gender conflict, or transsexualism. Such struggles are known to occur from the preschool years to old age and have many alternate forms. These reflect various degrees of personal dissatisfaction with sexual identity, sex and gender demarcating body characteristics, gender roles, gender identity, and the perceptions of others. When dissatisfied individuals meet specified criteria in one of two official nomenclatures--the International Classification of Diseases-10 (ICD-10) or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders--Fourth Edition (DSM-IV)--they are formally designated as suffering from a gender identity disorder (GID). Some persons with GID exceed another threshold--they persistently possess a wish for surgical transformation of their bodies.

Two Primary Populations with GID Exist -- Biological Males and Biological Females.

The sex of a patient always is a significant factor in the management of GID. Clinicians need to separately consider the biologic, social, psychological, and economic dilemmas of each sex. All patients, however, should follow the SOC.

II. Epidemiological Considerations

Udbredelse.

Da den medicinske verden blev bekendt med kønsidentitets problemer som fænomen, var det første perspektiv identifikationen af kandidater til kønsskifteoperation.

Som erkendelsen udviklede sig blev det også klart for behandlerne at ikke alle, heller ikke personer med et umiddelbart identificerbart kønsidentitets problem, var kandidater til kønsskifteoperation.

De tidligste estimater over antallet af transseksuelle var 1 i 37.000 mænd og 1 i 107.000 kvinder.

[Oversætters

bemærkning: Originalteksten oplyser ikke om dette tal er på verdensplan, ligesom man ikke angiver yderligere stratificering]. Den nyeste undersøgelse fra Holland [Oversætters bemærkning:

Originalteksten

mangler årstal og yderligere referencer] af det transseksuelle segment i hele populationen kønsidentitets problemer viste 1 af 11.900 mænd og 1 af 30.400 kvinder. Fire observationer, som endnu ikke er videnskabeligt dokumenteret, peger på en endnu større udbredelse af fænomenet.

Begrundelsen for dette skal findes indenfor observationer af følgende segmenter:

1. Angst, depression, bipolar forstyrrelse, identitets forstyrrelse, grænsepsykose eller andre kønsbestemte uregelmæssigheder.
2. Nogle mandlige transvestitter. Transseksuelle. Homoseksuelle af begge køn.
3. Nogle personers kønsidentitets problemer flyder under og over den kliniske tærskel
4. Kønsidentitets problemer blandt biologisk fødte kvinder synes at være relativt usynlige for omverdenen, specielt for videnskaben og psykiatrien.

Kønsidentitets problemernes natur og deres historie

Ideelt set ville data omkring problematikken med kønsidentitets problemer også indeholde alle behandlingsformer, hvilket ikke er tilfældet. En undtagelse er påvisningen af at de fleste drenge og piger vokser fra deres ønsker om at tilhøre det modsatte køn og at leve i dets rolle.

Efter diagnosen kønsidentitets problemer er fastlagt, indeholder den terapeutiske tilgang til problemet tre elementer eller faser, undertiden betegnet tredelt terapi.

Denne terapi kan opdeles i:

Oplevelsen af at leve som det ønskede køn

1. Indtagelse af det ønskede køns hormoner
2. Operation med henblik på ændring af genitalier og andre kønsspecifikke karakteristika

Fem, mindre videnskabeligt funderede, observationer hindrer lægerne i alene at foreskrive den tredelte

Prevalence.

When the gender identity disorders first came to professional attention, clinical perspectives were largely focused on how to identify candidates for sex reassignment surgery. As the field matured, professionals recognized that some persons with bona fide gender identity disorders neither desired nor were candidates for sex reassignment surgery. The earliest estimates of prevalence for transsexualism in adults were 1 in 37,000 males and 1 in 107,000 females. The most recent prevalence information from the Netherlands for the transsexual end of the gender identity disorder spectrum is 1 in 11,900 males and 1 in 30,400 females. Four observations, not yet firmly supported by systematic study, increase the likelihood of an even higher prevalence:

- 1) unrecognized gender problems are occasionally diagnosed when patients are seen with anxiety, depression, bipolar disorder, conduct disorder, substance abuse, dissociative identity disorders, borderline personality disorder, other sexual disorders and intersexed conditions;
- 2) some nonpatient male transvestites, female impersonators, transgender people, and male and female homosexuals may have a form of gender identity disorder;
- 3) the intensity of some persons' gender identity disorders fluctuates below and above a clinical threshold;
- 4) gender variance among female-bodied individuals tends to be relatively invisible to the culture, particularly to mental health professionals and scientists.

Natural History of Gender Identity Disorders.

Ideally, prospective data about the natural history of gender identity struggles would inform all treatment decisions. These are lacking, except for the demonstration that, without therapy, most boys and girls with gender identity disorders outgrow their wish to change sex and gender. After the diagnosis of GID is made the therapeutic approach usually includes three elements or phases (sometimes labeled triadic therapy): a real-life experience in the desired role, hormones of the desired gender, and surgery to change the genitalia and other sex characteristics. Five less firmly scientifically established observations prevent clinicians from prescribing the triadic therapy based on diagnosis alone:

- 1) some carefully diagnosed persons spontaneously change their aspirations;
- 2) others make more comfortable accommodations to their gender identities without medical

terapi. Disse er:

1. Patienten vælger spontant, trods omhyggelig diagnose, at opgive sit forehavende
2. Patienten vælger at indrette sig på anden måde med sine kønsidentitets problemer, hvorved kirurgisk og hormonelt indgreb kan undgås.
3. Patienten får løst sit kønsidentitets problem gennem psykoterapi
4. Nogle klinikker har en uforklarlig høj fortrydelsesrate.
5. Antallet af patienter, der ikke passer til den tredelte terapi, skifter markant fra studium til studium.

Mange patienter med kønsidentitets problemer vil ønske alle tre elementer i den tredelte behandling.

Det typiske forløb af behandlingen er:

1. Leve som det modsatte køn; 2. Operation
- Alternativt:

1. Leve som det modsatte køn; 2. Hormonbehandling; 3. Operation

For nogle biologisk fødte kvinder kan den foretrukne rækkefølge være:

1. Hormonel behandling; 2. Brystoperation
3. Erfaring fra det virkelige liv

Diagnosen kønsidentitets problemer indbyder til en vifte af terapeutiske muligheder. Kun en af disse er identisk med den tredelte terapi.

Efterhånden har behandlerne erkendt, at ikke alle patienter med kønsidentitets problemer ønsker eller behøver alle disse 3 elementer.

Verdens kulturelt betingede forskelle i kønsidentitetsforskelle

Uanset om epidemiologiske studier fastslår, at kønsidentitets problemer eksisterer i nogenlunde samme udstrækning over hele verden, er det givet at kulturelle forskelle fra det ene land til det andet betinger den enkeltes adfærd. Desuden varierer mulighederne for behandling, holdningerne til fænomenet, de økonomiske omkostninger m.m. kraftigt fra sted til sted.

I de fleste lande rammes kønsskifte mere af moralsk betingede indvendinger end af medfølelse. Der er dog markante eksempler på f.eks. åndelige ledere, som ikke møder fordømmelse.

3. Diagnostisk nomenklatura

Det kliniske arbejdes fem elementer

Professionel behandling af patienter med kønsidentitets problemer indebærer mindst et af følgende elementer:

1. Diagnostisering
2. Psykoterapi
3. Erfaring i det virkelige liv
4. Hormonel behandling
5. Kirurgisk behandling

Nomenklaturaens udvikling

interventions;

- 3) others give up their wish to follow the triadic sequence during psychotherapy;
- 4) some gender identity clinics have an unexplained high drop out rate; and
- 5) the percentage of persons who are not benefited from the triadic therapy varies significantly from study to study. Many persons with GID will desire all three elements of triadic therapy. Typically, triadic therapy takes place in the order of hormones == > real-life experience == > surgery, or sometimes: real-life experience = > hormones == > surgery. For some biologic females, the preferred sequence may be hormones == > breast surgery == > real-life experience. However, the diagnosis of GID invites the consideration of a variety of therapeutic options, only one of which is the complete therapeutic triad. Clinicians have increasingly become aware that not all persons with gender identity disorders need or want all three elements of triadic therapy.

Cultural Differences in Gender Identity Variance throughout the World.

Even if epidemiological studies established that a similar base rate of gender identity disorders existed all over the world, it is likely that cultural differences from one country to another would alter the behavioral expressions of these conditions. Moreover, access to treatment, cost of treatment, the therapies offered and the social attitudes towards gender variant people and the professionals who deliver care differ broadly from place to place. While in most countries, crossing gender boundaries usually generates moral censure rather than compassion, there are striking examples in certain cultures of cross-gendered behaviors (e.g., in spiritual leaders) that are not stigmatized.

III. Diagnostic Nomenclature

The Five Elements of Clinical Work. Professional involvement with patients with gender identity disorders involves any of the following: diagnostic assessment, psychotherapy, real-life experience, hormone therapy, and surgical therapy. This section provides a background on diagnostic assessment.

The Development of a Nomenclature.

Udtrykket transseksuel indgik i professionel og offentlig terminologi i 1950'erne. Udtrykket definerer en person som aspirerer til eller faktisk lever i det modsatte køns rolle. Dette uanset kirurgisk indgreb eller brug af hormoner.

I 1960'erne og 1970'erne har lægerne brugt udtrykket ægte transseksuel. Den ægte transseksuelle var anset som en person med et karakteristisk træk af atypisk kønsidentitets udvikling. Det forudsættes at personen vil opnå et forbedret liv efter en behandling som kulminerer i et kirurgisk indgreb.

Ægte transseksuelle forudsattes at have:

1. Træk fra det modsatte køn som blev udtrykt i adfærd under barndom, ungdom og voksenalder
2. Minimal eller ingen seksuel tilskyndelse til at klæde sig som det fysiologiske køn
3. Ingen heteroseksuel interesse for deres fysiologiske køn

Ægte transseksuelle kunne være af begge køn. Der blev skelnet mellem ægte transseksuelle mænd og mænd, som via en maskulin udvikling nåede til erkendelsen af et ønske om kønsskifte.

Troen på den ægte transseksuelle mandlige identitet forsvandt, da man erkendte at sådanne patienter sjældent fandtes og at nogle af de oprindelige "ægte transseksuelle" havde forfalsket deres historier så de passede til disse tidlige teorier. Den ægte transseksuelle kvindelige identitet skabte aldrig diagnostisk usikkerhed, mest fordi patient historierne var relativt ensartede og fordi adfærd, som afveg fra kønnets normale adfærd, som f.eks. at klæde sig som det modsatte køn, forblev uset af behandlerne.

Udtrykket "kønslig dysfunktion syndrom" ("Gender Dysphoria Syndrome") [Oversætterens bemærkning: Jeg kender ikke det korrekte danske udtryk] blev senere antaget som en midlertidig definition af et tilstedeværende kønsidentitets problem. Man forventede at psykiatrien udviklede en officiel nomenklatura.

Diagnosticeringen af transseksualitet blev indført i DSM-3 i 1980 for individer med kønsidentitets problemer, som havde vist mindst 2 års ubrudt interesse for at skifte deres fysiske og sociale køns status.

Andre med kønsidentitets problemer kunne diagnosticeres som havende kønsidentitets problemer (ungdom) eller kønsidentitets problemer (voksenalder).

Andre diagnoser kunne være "non transseksuel" "forstyrret kønsidentitet" eller ikke specificeret, engelsk akronym = GIDNOS. Denne terminologi blev i det store og hele ignoreret af medierne, som brugte ordet "transseksuel" i flæng om en hvilken som helst person som ønskede at skifte hans/hendes fysiologiske og sociale køn.

The term *transsexual* emerged into professional and public usage in the 1950s as a means of designating a person who aspired to or actually lived in the anatomically contrary gender role, whether or not hormones had been administered or surgery had been performed. During the 1960s and 1970s, clinicians used the term *truetranssexual*. The true transsexual was thought to be a person with a characteristic path of atypical gender identity development that predicted an improved life from a treatment sequence that culminated in genital surgery. True transsexuals were thought to have:

- 1) cross-gender identifications that were consistently expressed behaviorally in childhood, adolescence, and adulthood;
- 2) minimal or no sexual arousal to cross-dressing; and
- 3) no heterosexual interest, relative to their anatomic sex.

True transsexuals could be of either sex. True transsexual males were distinguished from males who arrived at the desire to change sex and gender via a reasonably masculine behavioral developmental pathway. Belief in the true transsexual concept for males dissipated when it was realized that such patients were rarely encountered, and that some of the original true transsexuals had falsified their histories to make their stories match the earliest theories about the disorder. The concept of true transsexual females never created diagnostic uncertainties, largely because patient histories were relatively consistent and gender variant behaviors such as female cross-dressing remained unseen by clinicians. The term "gender dysphoria syndrome" was later adopted to designate the presence of a gender problem in either sex until psychiatry developed an official nomenclature.

The diagnosis of Transsexualism was introduced in the DSM-III in 1980 for gender dysphoric individuals who demonstrated at least two years of continuous interest in transforming the sex of their bodies and their social gender status. Others with gender dysphoria could be diagnosed as Gender Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type; or Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified (GIDNOS). These diagnostic terms were usually ignored by the media, which used the term transsexual for any person who wanted to change his/her sex and gender.

DSM-4

I 1994 udskiftede DSM-4 komiteen diagnosen transseksualitet med diagnosen kønsidentitets problemer.

Afhængigt af deres alder skulle personer med en stærk og vedvarende identifikation med det modsatte køn og en tilsvarende modvilje i forhold til deres kønsrolle diagnosticeres som havende barndomsrelaterede kønsidentitets problemer. (302.6) Ungdom eller voksenalder (302.85) For personer, som ikke opfyldte disse kriterier, anvendtes diagnosen "ikke nærmere specificeret kønsidentitets problem". (GIDNOS)(302.6). Denne kategori omfattede en mangfoldighed af individer, blandt andet sådanne, som kun ønskede kastration eller amputation af penis – altså ikke brystudvikling. De som ønskede hormon behandling og brystamputation uden genital rekonstruktion. Personer født med begge køns karakteristika. Endvidere de, som havde forbigående stress relateret transvestit adfærd, samt de, som havde en betragtelig modvilje mod at opgive deres kønsidentitet.

Patienter med den engelske diagnose GID eller GIDNOS skulle stratificeres i henhold til deres seksuelle orientering mod henholdsvis mænd, kvinder, begge køn eller ingen af kønnene. Denne stratifikation var tænkt som en hjælp i valget af rette terapi. Den var **ikke** tænkt som vejledning i beslutningen om behandling.

Mellem offentliggørelsen af DSM-3 og DSM-4, begyndte man at anvende udtrykket "transseksuel" på forskellig måde. Nogle brugte udtrykket ikke værdiladet om patienter med afvigende kønsidentitet – altså ikke i nogen betydning af "psykisk afvigende". Nogle brugte det uformelt om personer med kønsidentitets problemer uanset disses art og natur. Transseksuel er ikke én formel diagnose, men mange. Såvel professionelle som lægmænd, fandt dette uformelle udtryk lettere at bruge end den formelle diagnose "ikke nærmere specificeret kønsidentitets problem".

ICD-10

ICD-10 giver nu fem diagnoser for kønsidentitets problemer (F64) (se side 8 øverst):

Transseksualitet (F64) har 3 kriterier:

1. Ønsket om at leve som det modsatte køn og at være accepteret som tilhørende dette. Dette ledsages som regel af ønsket om at have en krop der er i så nær overensstemmelse som muligt med det ønskede køns karakteristika. Målet søges opnået gennem kirurgisk og hormonel behandling.
2. Den transseksuelle identitet har været til stede i mindst 2 år.
3. Uregelmæssigheden er ikke et udslag af anden mental eller kromosomal afvigelse.

The DSM-IV. In 1994, the DSM-IV committee replaced the diagnosis of Transsexualism with Gender Identity Disorder. Depending on their age, those with a strong and persistent crossgender identification and a persistent discomfort with their sex or a sense of inappropriateness in the gender role of that sex were to be diagnosed as Gender Identity Disorder of Childhood (302.6), Adolescence, or Adulthood (302.85). For persons who did not meet these criteria, Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified (GIDNOS)(302.6) was to be used. This category included a variety of individuals, including those who desired only castration or penectomy without a desire to develop breasts, those who wished hormone therapy and mastectomy without genital reconstruction, those with a congenital intersex condition, those with transient stress-related cross-dressing, and those with considerable ambivalence about giving up their gender status. Patients diagnosed with GID and GIDNOS were to be subclassified according to the sexual orientation: attracted to males; attracted to females; attracted to both; or attracted to neither. This subclassification was intended to assist in determining, over time, whether individuals of one sexual orientation or another experienced better outcomes using particular therapeutic approaches; it was **not** intended to guide treatment decisions. Between the publication of DSM-III and DSM-IV, the term "transgender" began to be used in various ways. Some employed it to refer to those with unusual gender identities in a value-free manner -- that is, without a connotation of psychopathology. Some people informally used the term to refer to any person with any type of gender identity issues. Transgender is not a formal diagnosis, but many professionals and members of the public found it easier to use informally than GIDNOS, which is a formal diagnosis.

The ICD-10.

The ICD-10 now provides five diagnoses for the gender identity disorders (F64):

Transsexualism (F64.0) has three criteria:

1. The desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by the wish to make his or her body as congruent as possible with the preferred sex through surgery and hormone treatment;
2. The transsexual identity has been present persistently for at least two years;
3. The disorder is not a symptom of another mental disorder or a chromosomal abnormality.

Transvestisme (F64.1) har 3 kriterier:

1. Personen bærer det modsatte køns klædedragt i den hensigt at opnå en midlertidig identitet som det modsatte køn.
2. Skiftet i klædedragt er ikke seksuelt motiveret.
3. Personen har ikke noget ønske om permanent at tilhøre det modsatte køn.

Kønsidentitets problemer fra barndommen (64.2)

har særskilte kriterier for drenge og piger.

Piger:

1. Patienten viser intenst og vedvarende ubehag ved at være pige og har et konkret ønske om at være en dreng (her ses helt bort fra kulturelt betingede fordele ved at tilhøre det modsatte køn)
2. Et af følgende kriterier skal være opfyldt:
 - a. Vedvarende modvilje mod at gå i pigetøj og tilsvarende krav om at gå i drengetøj.
 - b. Vedholdende modvilje mod anatomisk udvikling i kvindelig retning, som udtrykt i mindst en af følgende 3 manifestationer:
 1. En forventning om at hun har eller vil få en penis.
 2. Modvilje mod vandladning i siddende stilling.
 3. Tilkendegivelser af at hun ikke ønsker at udvikle bryster eller få menstruation
 3. Pigen har endnu ikke nået puberteten
 4. Uregelmæssigheden har varet i mindst 6 måneder.

Drenge:

1. Patienten viser intenst og vedvarende ubehag ved at være dreng og har et konkret ønske om at være en pige (her ses helt bort fra kulturelt betingede fordele ved at tilhøre det modsatte køn)
2. Et af følgende kriterier skal være opfyldt:
 - a. Patienten viser en vedvarende modvilje mod at være en dreng. Han har et ønske om at være en pige. I sjældnere tilfælde insisterer han på at være en pige. (ikke kun være i en kvindelig rolle)
 - b. Drengen nærer en forventning om at han vil vokse op som kvinde
 1. Han finder sin penis og sine genitalier frastødende og forventer at de vil forsvinde Han finder det bedre ikke at have penis og genitalier
 3. Drengen har endnu ikke nået puberteten.
 4. Uregelmæssigheden har varet i mindst 6 måneder.

Andre kønsidentitets problemer (F64.8) har ikke specifikke kriterier.

Kønsidentitets problemer, uspecificerede, har ikke

Dual-role Transvestism (F64.1) has three criteria:

1. The individual wears clothes of the opposite sex in order to experience temporary membership in the opposite sex;
2. There is no sexual motivation for the cross-dressing;
3. The individual has no desire for a permanent change to the opposite sex.

Gender Identity Disorder of Childhood (64.2) has separate criteria for girls and for boys.

For girls:

1. The individual shows persistent and intense distress about being a girl, and has a stated desire to be a boy (not merely a desire for any perceived cultural advantages to being a boy) or insists that she is a boy;
2. Either of the following must be present:
 - a. Persistent marked aversion to normative feminine clothing and insistence on wearing stereotypical masculine clothing;
 - b. Persistent repudiation of female anatomical structures, as evidenced by at least one of the following:
 1. An assertion that she has, or will grow, a penis;
 2. Rejection of urination in a sitting position;
 3. Assertion that she does not want to grow breasts or menstruate.
3. The girl has not yet reached puberty;
4. The disorder must have been present for at least 6 months.

For boys:

1. The individual shows persistent and intense distress about being a boy, and has a desire to be a girl, or, more rarely, insists that he is a girl.
2. Either of the following must be present:
 - a. Preoccupation with stereotypic female activities, as shown by a preference for either cross-dressing or simulating female attire, or by an intense desire to participate in the games and pastimes of girls and rejection of stereotypical male toys, games, and activities;
 - b. Persistent repudiation of male anatomical structures, as evidenced by at least one of the following repeated assertions:
 1. That he will grow up to become a woman (not merely in the role);
 2. That his penis or testes are disgusting or will disappear;
 3. That it would be better not to have a penis or testes.
3. The boy has not yet reached puberty;
4. The disorder must have been present for at least 6 months.

Other Gender Identity Disorders (F64.8) has no specific criteria.

Gender Identity Disorder, Unspecified has no

specifikke kriterier.

En af de foregående to diagnoser kan anvendes på de som opfylder betingelserne for at være det modsatte køn.

Formålet med DSM-4 og ICD-10 er at vejlede i behandling og forskning. Forskellige professionelle grupper skabte disse nomenklaturer gennem vedtagelser på forskellige tidspunkter. Der er en forventning om at forskelle i systemerne vil blive mindre i fremtiden. På nuværende tidspunkt er de specifikke diagnoser mere baseret på et klinisk rationale end på en videnskabelig forskning.

Er kønsidentitets problemer udtryk for mentale problemer?

For at kunne diagnosticeres som en mental uregelmæssighed, må et adfærdsmønster medføre et føleligt handicap eller en personlig mental lidelse for individet. DSM-4 og ICD-10 har defineret hundredvis af mentale uregelmæssigheder som varierer i styrke, varighed, udvikling, svigtende funktionsevne og mulighed for helbredelse. Fastlæggelsen af kønsidentitets problemer som en mental uregelmæssighed giver ikke ret til stigmatisering eller til at fratage patienten hans eller hendes borgerlige rettigheder. Brugen af en formel diagnose er ofte af betydning i arbejdet med at tilbyde forbedret livskvalitet i form af mere effektive fremtidige behandlinger.

4. Behandlerne

Behandlernes 10 opgaver

De tilbagevendende opgaver for de behandlere som beskæftiger sig med patienter med kønsidentitets problemer vil være:

1. At stille en præcis diagnose over patientens kønsidentitets problemer.
2. At stille en præcis diagnose over patientens psykiske følgelidelse og sørge for disses nødvendige behandling.
3. At rådgive patienten om behandlings-muligheder og disses følgevirkninger.
4. At involvere sig i psykoterapi
5. At sikre sig patientens egnethed og parathed for hormonel og kirurgisk terapi
6. At foretage formelle indstillinger til medicinske og kirurgiske kolleger.
7. At dokumentere patientens relevante historie i en skriftlig indstilling.
8. At indgå kollegialt i en professionel behandlergruppe
9. At vejlede omverdenen om kønsidentitets problemer
10. At lave opfølgende arbejde for tidligere patienter med kønsidentitets problemer.

specific criteria.

Either of the previous two diagnoses could be used for those with an intersexed condition.

The purpose of the DSM-IV and ICD-10 is to guide treatment and research. Different professional groups created these nomenclatures through consensus processes at different times.

There is an expectation that the differences between the systems will be eliminated in the future.

At this point, the specific diagnoses are based more on clinical reasoning than on scientific investigation.

Are Gender Identity Disorders Mental Disorders?

To qualify as a mental disorder, a behavioral pattern must result in a significant adaptive disadvantage to the person or cause personal mental suffering. The DSM-IV and ICD-10 have defined hundreds of mental disorders which vary in onset, duration, pathogenesis, functional disability, and treatability. The designation of gender identity disorders as mental disorders is not a license for stigmatization, or for the deprivation of gender patients' civil rights. The use of a formal diagnosis is often important in offering relief, providing health insurance coverage, and guiding research to provide more effective future treatments.

IV. The Mental Health Professional

The Ten Tasks of the Mental Health Professional.

Mental health professionals (MHPs) who work with individuals with gender identity disorders may be regularly called upon to carry out many of these responsibilities:

1. To accurately diagnose the individual's gender disorder;
2. To accurately diagnose any co-morbid psychiatric conditions and see to their appropriate treatment;
3. To counsel the individual about the range of treatment options and their implications;
4. To engage in psychotherapy;
5. To ascertain eligibility and readiness for hormone and surgical therapy;
6. To make formal recommendations to medical and surgical colleagues;
7. To document their patient's relevant history in a letter of recommendation;
8. To be a colleague on a team of professionals with an interest in the gender identity disorders;
9. To educate family members, employers, and institutions about gender identity disorders;
10. To be available for follow-up of previously seen gender patients.

Voksen specialisten

Den professionelle behandler som beskæftiger sig med kønsidentitets problemer hos voksne må som grundlag have almindelig lægelig kompetence indenfor diagnosticering og behandling af mentale og emotionelle uregelmæssigheder.

Klinisk erfaring kan forekomme indenfor alle relevante discipliner, f. eks. psykologi, psykiatri, socialt arbejde rådgivning eller pleje. Følgende anbefales som minimums krav til special kompetence indenfor området kønsidentitets problemer:

1. Doktorgrad eller tilsvarende i adfærds videnskab.

[Oversætters bemærkning: Den oprindelige tekst tager sit udgangspunkt i amerikanske forhold.

Direkte oversættelse vil være meningsforstyrende og er derfor udeladt, hvorfor tilnærmelse til danske forhold er foretaget]

2. Særlig uddannelse og kompetence indenfor DSM-4/ICD-10 kønsidentitets problemer på avanceret niveau.

3. Dokumenteret uddannelse og praktisk erfaring i psykoterapi

4. Løbende uddannelse i behandlingen af kønsidentitets problemer. Denne skal inkludere deltagelse i professionelle konferencer, arbejdsgrupper, seminarer og deltagelse i forskning relateret til emner omkring kønsidentitets problemer

Børnespecialisten

Behandleren som yder terapi til et barn eller teenager med kønsidentitets problemer skal være uddannet i børnepsykiatri. Behandleren skal være kunne behandle ordinære problemer hos børn og unge. Disse krav modsvarer kravene stillet til voksenbehandlere.

Forskellen mellem modtagelighed og parathed

Omsorgsstandarden anbefaler, at der stilles krav om modtagelighed for hormoner og kirurgisk indgreb.

Såfremt patienten ikke opfylder disse krav om modtagelighed, bør patienten ikke ønske hormonel eller kirurgisk behandling.

Et eksempel på krav om modtagelighed er at personen skal leve som det foretrukne køn på fuld tid i 12 måneder før der foretages genitalt kirurgisk indgreb.

For at imødekomme dette krav må behandleren dokumentere at patienten, i denne periode, har opnået erfaring fra det virkelige liv. At opfylde parathedskriterierne – yderligere konsolidering af den fremvoksende kønsidentitet, forbedret mental tilstand i den nye eller bekræftede identitet – er mere kompliceret, thi dette hviler på behandlerens og patientens skøn.

The Adult-Specialist.

The education of the mental health professional who specializes in adult gender identity disorders rests upon basic general clinical competence in diagnosis and treatment of mental or emotional disorders. Clinical training may occur within any formally credentialing discipline -- for example, psychology, psychiatry, social work, counseling, or nursing. The following are the recommended minimal credentials for special competence with the gender identity disorders:

1. A master's degree or its equivalent in a clinical behavioral science field. This or a more advanced degree should be granted by an institution accredited by a recognized national or regional accrediting board. The mental health professional should have documented credentials from a proper training facility and a licensing board.

2. Specialized training and competence in the assessment of the DSM-IV/ICD-10 Sexual Disorders (not simply gender identity disorders).

3. Documented supervised training and competence in psychotherapy.

4. Continuing education in the treatment of gender identity disorders, which may include attendance at professional meetings, workshops, or seminars or participating in research related to gender identity issues.

The Child-Specialist.

The professional who evaluates and offers therapy for a child or early adolescent with GID should have been trained in childhood and adolescent developmental psychopathology. The professional should be competent in diagnosing and treating the ordinary problems of children and adolescents. These requirements are in addition to the adult-specialist requirement.

The Differences between Eligibility and Readiness.

The SOC provide recommendations for eligibility requirements for hormones and surgery. Without first meeting these recommended eligibility requirements, the patient and the therapist should not request hormones or surgery. An example of an eligibility requirement is: a person must live full time in the preferred gender for twelve months prior to genital surgery. To meet this criterion, the professional needs to document that the real-life experience has occurred for this duration. Meeting readiness criteria -- further consolidation of the evolving gender identity or improving mental health in the new or confirmed gender role -- is more complicated, because it rests upon the clinician's and the patient's judgment.

Den professionelle behandlers relationer til den ordinerende læge og kirurgen.

Behandleren som anbefaler hormonal og kirurgisk terapi, deler det juridiske og etiske ansvar for sin beslutning med den læge som foretager indgrebet. Hormonel behandling kan ofte fremkalde nervøsitet og depression hos patienten, hvis den ikke understøttes af psykisk relateret medicinering. Nogle patienter behøver psykisk medicin som en integreret del af den hormonelle og / eller kirurgiske behandling. Den professionelle behandler forventes at kunne anlægge denne vurdering og at kunne tilse, at patienten bliver ordineret den rette medicinering.

Tilstedeværelsen af psykiske lidelser fører ikke nødvendigvis til hormonal eller kirurgisk behandling, men nogle diagnoser indebærer vanskelige behandlings dilemmaer og kan forsinke eller fremskynde brugen af anden behandling.

Den professionelle behandlers dokumentation for hormonal behandling eller kirurgisk indgreb.**Dokumentationen skal indeholde følgende:**

1. Patientens generelle personlige karakteristika
2. De indledende og følgende diagnoser for patientens kønsrolle, seksualitet og andet med psykiatrisk relevans
3. Varigheden af de professionelle relationer inkluderer den type psykoterapi eller evaluering som patienten har undergået.
4. Krævede modtageligheds kriterier som er blevet opfyldt og behandlerens rationale for hormonal og kirurgisk behandling.
5. Redegørelse for i hvilken udstrækning patienten til dato har fulgt omsorgs-standarden og sandsynligheden for fremtidig overensstemmelse med denne.
6. Bekræftelse af hvorvidt behandleren er del af en arbejdsgruppe indenfor området kønsrolleproblematik.
7. Bekræftelse af behandlerens villighed til verifikation af de fremsatte udsagn

Opfyldelsen af omstående punkter giver den hormondocerende læge og kirurgen en vigtig grad af sikkerhed for at den psykiatriske behandler er kompetent på området kønsidentitets problemer.

En indstilling påkrævet for iværksættelse af hormonbehandling eller brystoperation

En dokumentation fra en psykiater, indeholdende ovenstående 7 punkter, stilet til en læge som vil være ansvarlig for patientens lægelige behandling, er tilstrækkeligt for iværksættelse af hormonbehandling eller henvisning til brystkirurgi (eksempelvis brystfjernelse, bryst rekonstruktion eller brystforstørrelse)

To indstillinger påkrævede for genital kirurgi.
Genital kirurgi for biologiske mænd vil omfatte

The Mental Health Professional's Relationship to the Prescribing Physician and Surgeon.

Mental health professionals who recommend hormonal and surgical therapy share the legal and ethical responsibility for that decision with the physician who undertakes the treatment. Hormonal treatment can often alleviate anxiety and depression in people without the use of additional psychotropic medications. Some individuals, however, need psychotropic medication prior to, or concurrent with, taking hormones or having surgery. The mental health professional is expected to make this assessment, and see that the appropriate psychotropic medications are offered to the patient. The presence of psychiatric co-morbidities does not necessarily preclude hormonal or surgical treatment, but some diagnoses pose difficult treatment dilemmas and may delay or preclude the use of either treatment.

The Mental Health Professional's Documentation Letter for Hormone Therapy or Surgery Should Succinctly Specify:

1. The patient's general identifying characteristics;
2. The initial and evolving gender, sexual, and other psychiatric diagnoses;
3. The duration of their professional relationship including the type of psychotherapy or evaluation that the patient underwent;
4. The eligibility criteria that have been met and the mental health professional's rationale for hormone therapy or surgery;
5. The degree to which the patient has followed the Standards of Care to date and the likelihood of future compliance;
6. Whether the author of the report is part of a gender team;
7. That the sender welcomes a phone call to verify the fact that the mental health professional actually wrote the letter as described in this document.

The organization and completeness of these letters provide the hormone-prescribing physician and the surgeon an important degree of assurance that mental health professional is knowledgeable and competent concerning gender identity disorders.

One Letter is Required for Instituting Hormone Therapy, or for Breast Surgery. One letter from a mental health professional, including the above seven points, written to the physician who will be responsible for the patient's medical treatment, is sufficient for instituting hormone therapy or for a referral for breast surgery (e.g., mastectomy, chest reconstruction, or augmentation mammoplasty).

Two Letters are Generally Required for Genital Surgery. Genital surgery for biologic males

kastration, fjernelse af penis, dannelse af klitoris, dannelse af skamlæber, dannelse af vagina. For biologiske kvinder vil den omfatte fjernelse af livmoder, æggeleder, vagina, dannelse af pung, penis, indsættelse af testikel attrapper.

Det ideelle vil være, hvis psykiatere følger disse aktiviteter og periodisk rapporterer til disse processer som del af en arbejdsgruppe, som også består såvel andre psykiatere som ikke psykiatriske læger. Et brev til en genitalkirurg vil generelt være tilstrækkeligt med psykiateres underskrift.

Mere almindeligt er dog indstillinger fra psykiatere som arbejder alene, uden kolleger med erfaring indenfor kønsidentitets problemer. Fordi de, som arbejder alene, ikke har de samme muligheder som de kolleger, der arbejder sammen med specialister på området kønsidentitets problemer, er to indstillinger påkrævede for at operative indgreb kan iværksættes.

Hvis den første indstilling er fra en dr.med. Skal den anden være fra en psykiater, som kan evaluere den psykiske tilstand efter indgrebet.

Hvis den første indstilling er fra patientens psykiater skal det andet være fra en person, som kun har spillet en evaluerende rolle for patienten. Begge indstillinger forventes at dække samme emne.

Mindst den ene skal være en omfattende rapportering. Forfatteren til den anden indstilling kan nøjes med at skrive et kort resumé og udtrykke sin tilslutning til indstillingen.

5. Vurdering og behandling af børn og unge Fænomenologi

Kønsidentitets problemer hos børn og unge er anderledes end hos voksne. De har en hurtig og dramatisk udvikling, dette såvel fysisk, som psykisk og seksuelt. Kønsidentitets problemer hos børn og unge er komplekse.

Den unge kan opleve hans eller hendes fænotype køn som uforeneligt med hans eller hendes egen følelse af kønsidentitet. Intense problemer opleves ofte, især i pubertets årene og de følges ofte med følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer.

Der er en større spredning og variation i materialet, især blandt børn i præpuberteten.

Kun få af de unge bliver transseksuelle, medens mange udvikler en homoseksuel orientering.

Almindelige tegn på kønsidentitets problemer blandt børn og unge er et fastslået ønske om at være det modsatte køn, at bære det modsatte køns klædedragt, interesse for lege og legetøj som hører til det ønskede køn. Barnet undgår og afviser lege

may include orchiectomy, penectomy, clitoroplasty, labiaplasty or creation of a neovagina; for biologic females it may include hysterectomy, salpingo-oophorectomy, vaginectomy, metoidioplasty, scrotoplasty, urethroplasty, placement of testicular prostheses, or creation of a neophallus.

It is ideal if mental health professionals conduct their tasks and periodically report on these processes as part of a team of other mental health professionals and nonpsychiatric physicians. One letter to the physician performing genital surgery will generally suffice as long as two mental health professionals sign it.

More commonly, however, letters of recommendation are from mental health professionals who work alone without colleagues experienced with gender identity disorders. Because professionals working independently may not have the benefit of ongoing professional consultation on gender cases, two letters of recommendation are required prior to initiating genital surgery. If the first letter is from a person with a master's degree, the second letter should be from a psychiatrist or a

Ph.D. clinical psychologist, who can be expected to adequately evaluate co-morbid psychiatric conditions. If the first letter is from the patient's psychotherapist, the second letter should be from a person who has only played an evaluative role for the patient. Each letter, however, is expected to cover the same topics. At least one of the letters should be an extensive report. The second letter writer, having read the first letter, may choose to offer a briefer summary and an agreement with the recommendation.

V. Assessment and Treatment of Children and Adolescents

Phenomenology. Gender identity disorders in children and adolescents are different from those seen in adults, in that a rapid and dramatic developmental process (physical, psychological and sexual) is involved. Gender identity disorders in children and adolescents are complex conditions. The young person may experience his or her phenotype sex as inconsistent with his or her own sense of gender identity. Intense distress is often experienced, particularly in adolescence, and there are frequently associated emotional and behavioral difficulties. There is greater fluidity and variability in outcomes, especially in pre-pubertal children. Only a few gender variant youths become transsexual, although many eventually develop a homosexual orientation.

Commonly seen features of gender identity conflicts in children and adolescents include a

der normalt forbindes med dets køn. Det foretrækker legekammerater af det ønskede køn. Det kan ikke lide kroppens kønsspecifikke dele og funktioner. Diagnosen kønsidentitets problemer stilles hyppigst hos drenge. Fænomenologisk er der en kvalitativ forskel på den måde børn og unge viser deres køns- og kønsrolleproblem. Fra falsknerier til andre psykiske problemer. Falske forestillinger om deres krop eller køn kan resultere i psykotiske tilstande. Disse kan skelnes fra kønsidentitets problemer. Kønsidentitets problemer i barndommen er ikke de samme som de man finder i voksenalderen og de fører ikke nødvendigvis til sidstnævnte. Desto yngre barnet er desto mere usikker er konklusionen, ligesom personligheden lettere lader sig forme.

Psykologiske og sociale indgreb

En børnepsykiaters opgave er at give professionel behandling, som stort set omfatter følgende retningslinier:

1. Anerkendelse af kønsidentitetsproblemet. Accept og fjernelse af hemmeligheds-aspektet kan give en betragtelig lettelse.
 2. Adgangen skal udforske natur og karakteristika i barnets eller den unges kønsidentitet. Der skal skabes en komplet psykodiagnostisk og psykiatrisk beskrivelse. En komplet beskrivelse omfatter en evaluering af familiesituationen, fordi andre følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer er meget almindelige og uafklarede problemer i barnets omverden ofte er tilstedeværende.
 3. Terapien skal fokusere på forbedring af barnets liv, herunder årsager som er medvirkende til situationen. Den skal medvirke til at reducere ulemperne ved barnets oplevelse af kønsidentitets problemer og andre vanskeligheder. Barn og familie skal hjælpes med de vanskelige beslutninger, som er nødvendige for at hjælpe barnet til at antage en kønsrolle svarende til dets faktiske kønsidentitet.
- Dette inkluderer spørgsmål som hvorvidt andre skal oplyses om barnets situation og hvordan andre personer i barnets liv skal reagere. Herunder hvorvidt barnet skal bruge navn og klædedragt tilhørende det modsatte køn. De skal også støttes i forståelsen for usikkerhed og frygt i relation til barnets kønslige udtryk og i hvordan man bedst håndterer disse problemer. Professionelle netværk kan være meget nyttige i bestræbelserne på at finde brugbare løsninger på disse problemer.

stated desire to be the other sex; cross dressing; play with games and toys usually associated with the gender with which the child identifies; avoidance of the clothing, demeanor and play normally associated with the child's sex and gender of assignment; preference for playmates or friends of the sex and gender with which the child identifies; and dislike of bodily sex characteristics and functions. Gender identity disorders are more often diagnosed in boys.

Phenomenologically, there is a qualitative difference between the way children and adolescents present their sex and gender predicaments, and the presentation of delusions or other psychotic symptoms. Delusional beliefs about their body or gender can occur in psychotic conditions but they can be distinguished from the phenomenon of a gender identity disorder. Gender identity disorders in childhood are not equivalent to those in adulthood and the former do not inevitably lead to the latter. The younger the child the less certain and perhaps more malleable the outcome.

Psychological and Social Interventions. The task of the child-specialist mental health professional is to provide assessment and treatment that broadly conforms to the following guidelines:

1. The professional should recognize and accept the gender identity problem. Acceptance and removal of secrecy can bring considerable relief.
2. The assessment should explore the nature and characteristics of the child's or adolescent's gender identity. A complete psychodiagnostic and psychiatric assessment should be performed. A complete assessment should include a family evaluation, because other emotional and behavioral problems are very common, and unresolved issues in the child's environment are often present.
3. Therapy should focus on ameliorating any comorbid problems in the child's life, and on reducing distress the child experiences from his or her gender identity problem and other difficulties. The child and family should be supported in making difficult decisions regarding the extent to which to allow the child to assume a gender role consistent with his or her gender identity. This includes issues of whether to inform others of the child's situation, and how others in the child's life should respond; for example, whether the child should attend school using a name and clothing opposite to his or her sex of assignment. They should also be supported in tolerating uncertainty and anxiety in relation to the child's gender expression and how best to manage it. Professional network meetings can be very useful in finding appropriate solutions to these problems.

Fysisk indgreb

Før nogen fysisk intervention overvejes skal en udstrakt udforskning af psykologiske, familiemæssige og sociale emner foretages. Fysisk intervention skal indgå i sammenhæng med den unges udvikling. Den unges kønsidentitet kan udvikle sig hurtigt og uventet. Et ungdommeligt skift mod det ydre køn kan ske primært for at behage familien og behøver ikke at afspejle et permanent skift i kønsidentiteten. Identitetsopfattelsen i ungdommen kan være meget fast og give sig stærke udtryk. Dette giver et falsk indtryk af uigenkaldelighed. En mere flydende opfattelse kan vende tilbage på et senere tidspunkt. Af disse grunde skal uigenkaldelige indgreb udskydes så længe det er klinisk forsvarligt.

Den unge kan lægge stort pres på omgivelserne for fysisk indgreb. I sådanne tilfælde skal omgivelserne ikke være eftergivende.

Fysiske indgreb falder indenfor tre kategorier eller trin:

1. Fuldt genkaldelige indgreb. Disse omfatter hormonelle indgreb som har til formål at undertrykke produktionen af østrogen hhv. testosteron. Konsekvensen er en forsinket pubertetsudvikling.
2. Delvist genkaldelige indgreb. Dette omfatter hormonelle indgreb som hhv. maskuliniserer eller feminiserer kroppen. Kirurgiske indgreb kan være en del af denne kategori.
3. Uigenkaldelige indgreb = kirurgiske indgreb. En anbefalet procedure er at holde mulighederne åbne mellem de to første trin. At bevæge sig fra et trin til et andet bør ikke ske før der har været tilstrækkelig tid for den unge og dennes familie til at vurdere de fulde virkninger af tidligere indgreb.

Fuldt genkaldelige indgreb

Unge vil være modtagelige overfor pubertetsforsinkende hormoner så snart de pubertetsbetingede forandringer er indtruffet. For at den unge og dennes forældre kan træffe en uformel beslutning om forsinkelse af puberteten, anbefales det at den unge får lov at opleve pubertetens begyndelse som den opleves af hans / hendes biologiske køn. Hvis det af kliniske grunde skønnes at være bedst for patienten at gribe ind tidligere skal dette foretages med pædiatrisk endokrinologisk rådgivning og med mere end én psykiatrisk vurdering.

To målsætninger begrunder dette indgreb:

1. At opnå tid til yderligere at udforske

Physical Interventions.

Before any physical intervention is considered, extensive exploration of psychological, family and social issues should be undertaken. Physical interventions should be addressed in the context of adolescent development. Adolescents' gender identity development can rapidly and unexpectedly evolve. An adolescent shift toward gender conformity can occur primarily to please the family, and may not persist or reflect a permanent change in gender identity. Identity beliefs in adolescents may become firmly held and strongly expressed, giving a false impression of irreversibility; more fluidity may return at a later stage. For these reasons, irreversible physical interventions should be delayed as long as is clinically appropriate.

Pressure for physical interventions because of an adolescent's level of distress can be great and in such circumstances a referral to a child and adolescent multi-disciplinary specialty service should be considered, in locations where these exist.

Physical interventions fall into three categories or stages:

1. Fully reversible interventions. These involve the use of LHRH agonists or medroxyprogesterone to suppress estrogen or testosterone production, and consequently to delay the physical changes of puberty.
2. Partially reversible interventions. These include hormonal interventions that masculinize or feminize the body, such as administration of testosterone to biologic females and estrogen to biologic males. Reversal may involve surgical intervention.
3. Irreversible interventions. These are surgical procedures.

A staged process is recommended to keep options open through the first two stages. Moving from one state to another should not occur until there has been adequate time for the young person and his/her family to assimilate fully the effects of earlier interventions.

Fully Reversible Interventions.

Adolescents may be eligible for puberty-delaying hormones as soon as pubertal changes have begun. In order for the adolescent and his or her parents to make an informed decision about pubertal delay, it is recommended that the adolescent experience the onset of puberty in his or her biologic sex, at least to Tanner Stage Two. If for clinical reasons it is thought to be in the patient's interest to intervene earlier, this must be managed with pediatric endocrinological advice and more than one psychiatric opinion.

Two goals justify this intervention: a) to gain time to further explore the gender identity and other developmental issues in psychotherapy; and

kønsidentiteten og andre psykoterapeutiske udviklingsmæssige aspekter

2. At lette overgangen hvis den unge fortsat fysiologisk og socialt ønsker at skifte køn.

For at forsinke den unges pubertet, må følgende krav være opfyldt:

1. I løbet af barndommen må den unge have udvist et intenst adfærdsmønster i retning af det modsatte køns adfærd og normer samt en modvilje mod forventet kønsrollebetinget adfærd.

2. Modviljen mod sit køn og den dertil knyttede rolle er tydeligt vokset ved pubertetens indtræden.

3. Familien er indforstået med behandlingen og tager del i denne

Biologisk fødte af hankøn skal behandles hormonelt, således at testosteron udviklingen dannelsen blokeres. Biologisk fødte af hunkøn skal behandles tilsvarende således at udviklingen af østrogen og progesteron udviklingen blokeres og menstruation standses.

Delvist genkaldelige indgreb

Unge må være modtagelige overfor maskulinisering hhv. feminisering gennem hormonal behandling når de er 16 år, så vidt muligt med forældrenes samtykke. I mange lande er 16 år den personlige myndighedsalder for medicinsk beslutning og kræver således ikke forældrenes samtykke.

Psykiatrisk medvirken er en nødvendighed for tretrins behandling i ungdommen. For implementeringen af erfaringen med at leve som det ønskede køn eller hormon behandlingen må den psykiatriske behandler have kontakt med patienten og dennes familie i mindst seks måneder. Medens antallet af behandlinger i denne periode afhænger af behandlerens skøn, er det meningen at den hormonelle behandling og den praktiske erfaring med at leve som det ønskede køn løbende skal vurderes og revideres.

I tilfælde hvor patienten er begyndt at leve som det ønskede køn, skal behandleren arbejde nært sammen med patienten og dennes familie. Forløbet skal løbende evalueres.

Uigenkaldelige indgreb

Kirurgiske indgreb skal ikke udføres straks ved voksenalderens indtræden eller umiddelbart efter mindst to års praktisk erfaring med at leve som det ønskede køn. Aldersgrænsen på 18 år skal ses som en mulighed og ikke som en selvstændig indikation for et aktivt indgreb.

6. Psykoterapi blandt voksne

Grundlæggende observation.

Mange voksne med kønsidentitets problemer finder bekvemme, effektive, måder at leve på.

Disse livsformer omfatter ikke foran nævnte trepunkts plan. Medens nogle personer evner at løse problemerne på deres egen måde, kan

b) to make passing easier if the adolescent continues to pursue sex and gender change. In order to provide puberty delaying hormones to an adolescent, the following criteria must be met:

1. throughout childhood the adolescent has demonstrated an intense pattern of cross-sex and cross-gender identity and aversion to expected gender role behaviors;

2. sex and gender discomfort has significantly increased with the onset of puberty;

3. the family consents and participates in the therapy.

Biologic males should be treated with LHRH agonists (which stop LH secretion and therefore testosterone secretion), or with progestins or antiandrogens (which block testosterone secretion or neutralize testosterone action). Biologic females should be treated with LHRH agonists or with sufficient progestins (which stop the production of estrogens and progesterone) to stop menstruation.

Partially Reversible Interventions.

Adolescents may be eligible to begin masculinizing or feminizing hormone therapy as early as age 16, preferably with parental consent. In many countries 16-year olds are legal adults for medical decision making, and do not require parental consent.

Mental health professional involvement is an eligibility requirement for triadic therapy during adolescence. For the implementation of the real-life experience or hormone therapy, the mental health professional should be involved with the patient and family for a minimum of six months. While the number of sessions during this six-month period rests upon the clinician's judgment, the intent is that hormones and the real-life experience be thoughtfully and recurrently considered over time. In those patients who have already begun the real-life experience prior to being seen, the professional should work closely with them and their families with the thoughtful recurrent consideration of what is happening over time.

Irreversible Interventions.

Any surgical intervention should not be carried out prior to adulthood, or prior to a real-life experience of at least two years in the gender role of the sex with which the adolescent identifies. The threshold of 18 should be seen as an eligibility criterion and not an indication in itself for active intervention.

VI. Psychotherapy with Adults

A Basic Observation.

Many adults with gender identity disorder find comfortable, effective ways of living that do not involve all the components of the triadic treatment sequence. While some individuals manage to do this on their own, psychotherapy can be very

psykoterapi for andre være meget nyttig i fremkaldelsen af den erkendelses- og modningsproces, som danner grundlag for personens livskvalitet.

Psykoterapi er ikke et absolut krav for tretrins behandling

Ikke alle voksne med kønsidentitets problemer behøver psykoterapi som forudsætning for hormonbehandling, erfaring fra det virkelige liv, hormoner eller kirurgisk indgreb. Individuelle programmer varierer i den grad, at de kan omfatte psykoterapeutisk behandling.

Når behandlerens indledende behandling fører til en anbefaling af psykoterapi, skal han specificere behandlingens målsætning og vurdere dens hyppighed og varighed. Der er ikke noget påkrævet mindstemål for antallet af psykoterapeutiske behandlinger forud for hormonbehandling, erfaringer fra det virkelige liv eller kirurgiske indgreb. Begrundelserne for dette er følgende:

1. Der er stor forskel på patienternes evne til at nå de samme mål på den samme tid.
2. Fastlæggelsen af et minimums antal behandlinger har en tendens til at virke som en hindring for virkelig mulighed for personlig udvikling.
3. Psykiateren kan være en væsentlig støtte for patienten under alle kønsskiftets faser.

Individuelle programmer kan kræve et fastlagt minimum af behandlinger og konsultationer eller et minimums antal måneder.

Den behandler, som forestår den indledende evaluering, behøver ikke at være psykiater.

Hvis et medlem af en behandler gruppe ikke er psykiater, skal gruppens psykiater informeres skriftligt om patientens behandling med henblik på behandlingens næste trin.

Psykoterapiens mål

Psykoterapien bringer ofte lys over flere muligheder, som patienten hidtil ikke har overvejet. Den betoner nødvendigheden af at sætte realistiske mål for arbejde og relationer, ligesom den søger at definere og belyse de konflikter som måtte have undergravet patientens muligheder for en stabil tilværelse.

Den terapeutiske relation

Etableringen af et tillidsfuldt forhold til patienten er behandlerens første skridt mod et godt resultat. Under den indledende diagnosticering følges dette sædvanligvis med en kompetent, upartisk, udforskning af patientens kønsrolle. Andre emner bør udskydes til det senere tidspunkt, hvor patienten har oplevet behandlerens interesse og forståelse for hans / hendes kønsidentitets problemer. Fra et ideelt synspunkt er behandlerens arbejde et arbejde med hele patientens kompleksitet.

Terapiens målsætning er hjælpe patienten til at leve

helpful in bringing about the discovery and maturational processes that enable self-comfort.

Psychotherapy is Not an Absolute Requirement for Triadic Therapy.

Not every adult gender patient requires psychotherapy in order to proceed with hormone therapy, the real-life experience, hormones, or surgery. Individual programs vary to the extent that they perceive a need for psychotherapy. When the mental health professional's initial assessment leads to a recommendation for psychotherapy, the clinician should specify the goals of treatment, and estimate its frequency and duration. There is no required minimum number of psychotherapy sessions prior to hormone therapy, the real-life experience, or surgery, for three reasons:

- 1) patients differ widely in their abilities to attain similar goals in a specified time;
- 2) a minimum number of sessions tends to be construed as a hurdle, which discourages the genuine opportunity for personal growth;
- 3) the mental health professional can be an important support to the patient throughout all phases of gender transition. Individual programs may set eligibility criteria to some minimum number of sessions or months of psychotherapy.

The mental health professional who conducts the initial evaluation need not be the psychotherapist. If members of a gender team do not do psychotherapy, the psychotherapist should be informed that a letter describing the patient's therapy might be requested so the patient can proceed with the next phase of treatment.

Goals of Psychotherapy.

Psychotherapy often provides education about a range of options not previously seriously considered by the patient. It emphasizes the need to set realistic life goals for work and relationships, and it seeks to define and alleviate the patient's conflicts that may have undermined a stable lifestyle.

The Therapeutic Relationship.

The establishment of a reliable trusting relationship with the patient is the first step toward successful work as a mental health professional. This is usually accomplished by competent nonjudgmental exploration of the gender issues with the patient during the initial diagnostic evaluation. Other issues may be better dealt with later, after the person feels that the clinician is interested in and understands their gender identity concerns. Ideally, the clinician's work is with the whole of the person's complexity. The goals of therapy are to help the person to live more comfortably within a

bedre med sin kønsidentitet og at kunne håndtere ikke kønsrolle relaterede problemstillinger. Behandleren hjælper ofte patienten til at forøge sin arbejdsevne og evnen til at oprette eller vedligeholde støttende relationer. Også når disse mål er nået, skal behandleren drage omsorg for at ingen uddannelsesmæssig, psykoterapeutisk, medicinsk eller kirurgisk behandling udletter alle patientens oprindelige kønsmæssige erfaringer.

Psykoterapeutiske processer

Psykoterafi defineres som en række interaktive kommunikationer mellem en terapeut, som er vidende om hvorledes mennesker lider følelsesmæssigt og hvorledes dette kan behandles, og en patient som oplever et følelsesmæssigt ubehag.

En typisk psykoterapeutisk behandling varer 50 minutter. De psykoterapeutiske behandlinger omfatter en udviklingsmæssig proces. De muliggør patienten at opnå forståelse for sin historie og sine problemer, ligesom urealistiske idéer og irrelevant adfærd kan identificeres. Meningen med psykoterapien er ikke at kurere patientens kønsidentitets problemer. Dets traditionelle mål er på langt sigt at give patienten et stabilt liv med realistiske muligheder for gode resultater i relationer til andre mennesker, i uddannelse, arbejde og udtryk for sin oplevede kønsidentitet. Dette modsat en tilværelse præget af kønsidentitets problemer, der oftest skaber problemer på disse områder.

Behandleren må gøre sig det klart at det er patientens ret at vælge mellem mange muligheder. Patienten kan i forløbet forsøge sig med alternative muligheder. Ideelt set er psykoterapi en samarbejdende behandlingsform. Behandleren må forvise sig om at patienten forstår hvad modtagelighed og parathed indebærer, da et samarbejde er nødvendigt for at definere patientens problemer og for at opnå fremskridt i arbejdet med dem. Samarbejde kan forebygge at parterne kører fast, fordi behandleren nytteløst fastholder en anbefaling og patienten fra en dybtfølt mistro ikke frit kan dele tanker, følelser, begivenheder og relationer. Patienten må drage fordel af psykoterapien på ethvert stadium i sin kønsrolleudvikling. Dette omfatter også tiden efter operation, hvor de fysiske hindringer for oplevelsen af den følte kønsidentitet er bortfjernet. Patienten kan risikere fortsat at føle et ubehag og mangel på evne til at leve optimalt i den nye kønsrolle.

Antagelse af kønsrolle og dermed forbundne muligheder

De i det følgende opsummerede aktiviteter og processer, har i forskellige kombinationer, hjulpet

gender identity and to deal effectively with non-gender issues. The clinician often attempts to facilitate the capacity to work and to establish or maintain supportive relationships. Even when these initial goals are attained, mental health professionals should discuss the likelihood that no educational, psychotherapeutic, medical, or surgical therapy can permanently eradicate all vestiges of the person's original sex assignment and previous gendered experience.

Processes of Psychotherapy.

Psychotherapy is a series of interactive communications between a therapist who is knowledgeable about how people suffer emotionally and how this may be alleviated, and a patient who is experiencing distress. Typically, psychotherapy consists of regularly held 50-minute sessions. The psychotherapy sessions initiate a developmental process.

They enable the patient's history to be appreciated, current dilemmas to be understood, and unrealistic ideas and maladaptive behaviors to be identified. Psychotherapy is not intended to cure the gender identity disorder. Its usual goal is a long-term stable life style with realistic chances for success in relationships, education, work, and gender identity expression. Gender distress often intensifies relationship, work, and educational dilemmas.

The therapist should make clear that it is the patient's right to choose among many options. The patient can experiment over time with alternative approaches. Ideally, psychotherapy is a collaborative effort. The therapist must be certain that the patient understands the concepts of eligibility and readiness, because the therapist and patient must cooperate in defining the patient's problems, and in assessing progress in dealing with them. Collaboration can prevent a stalemate between a therapist who seems needlessly withholding of a recommendation, and a patient who seems too profoundly distrusting to freely share thoughts, feelings, events, and relationships. Patients may benefit from psychotherapy at every stage of gender evolution. This includes the post-surgical period, when the anatomic obstacles to gender comfort have been removed, but the person may continue to feel a lack of genuine comfort and skill in living in the new gender role.

Options for Gender Adaptation.

The activities and processes that are listed below have, in various combinations, helped people to find more personal comfort. These adaptations may

folk til at finde en højere livskvalitet. Disse tilpasninger kan opstå spontant eller under terapiens forløb. Det at patienten finder nye tilpasninger betyder ikke at han eller hun ikke på et senere tidspunkt kan vælge hormon terapi, erfaring fra det virkelige liv eller genital operation.

Aktiviteter biologiske mænd:

1. Antager uden modvilje, kønsneutralt eller kvindeligt, undertøj.
2. Kroplige forandringer som: Fjernelse af kropsbehåring ved teknisk metode, mindre plastikkirurgiske indgreb.
3. Ændring i personlig pleje, garderobe og mundtlig udtryksform

Aktiviteter biologiske kvinder:

1. Antager uden modvilje, kønsneutralt eller mandligt. Undertøj.
2. Kroplige forandringer som: Opbinding af bryster, ændring af kropsform gennem sport, som f.eks. vægtløftning, anlæggelse af kunstigt skæg.
3. Kunstig udfyldning af underbukser med eller uden penis attrap. .

Aktiviteter begge køn:

Erfarer om transseksuelle fænomener fra:

Støttegrupper, netværk, kommunikation med ligestillede over Internet, studium af nærværende materiale, læsning af relevant populær- og faglitteratur om lovformelige rettigheder m.h.t. arbejde, relationer og offentlig fremtræden som det modsatte køn.

1. Deltagelse i det ønskede køns fritidsaktiviteter
2. Lever episodisk som det modsatte køn.

Processer:

1. Accept af personlige homo- eller biseksuelle fantasier og tilsvarende adfærd (orientering) som forskellig fra kønsidentitet og kønsrolle aspirationer.
2. Accept af nødvendigheden af varetagelse et arbejde, forståelse for børns følelsesmæssige behov, varetagelse af en opgave i parforholdet eller forståelsen for ikke at måtte være et vedvarende problem for andre medlemmer af familien.
3. Indpasning af mandlig / kvindelig køns bevidsthed i hverdagslivet.
4. Identifikation af forhold der øger længslen efter at den modsatte identitet, således at disse effektivt kan kontrolleres. Som eksempler kan nævnes: Bedre personlig beskyttelse, selvassertion, faglige kvalifikationer til advancement på arbejdspladsen og evnen til at skabe relationer til andre mennesker.

7. Krav til hormonbehandling for voksne

Begrundelser for hormon behandling

Behandling med det modsatte køns hormoner

evolve spontaneously and during psychotherapy. Finding new gender adaptations does not mean that the person may not in the future elect to pursue hormone therapy, the real-life experience, or genital surgery.

Activities:

Biological Males:

1. Cross-dressing: unobtrusively with undergarments; unisexually; or in a feminine fashion;
2. Changing the body through: hair removal through electrolysis or body waxing; minor plastic cosmetic surgical procedures;
3. Increasing grooming, wardrobe, and vocal expression skills.

Biological Females:

1. Cross-dressing: unobtrusively with undergarments, unisexually, or in a masculine fashion;
2. Changing the body through breast binding, weight lifting, applying theatrical facial hair;
3. Padding underpants or wearing a penile prosthesis.

Both Genders:

1. Learning about transgender phenomena from: support groups and gender networks, communication with peers via the Internet, studying these Standards of Care, relevant lay and professional literatures about legal rights pertaining to work, relationships, and public cross-dressing;
2. Involvement in recreational activities of the desired gender;
3. Episodic cross-gender living.

Processes:

1. Acceptance of personal homosexual or bisexual fantasies and behaviors (orientation) as distinct from gender identity and gender role aspirations;
2. Acceptance of the need to maintain a job, provide for the emotional needs of children, honor a spousal commitment, or not to distress a family member as currently having a higher priority than the personal wish for constant cross-gender expression;
3. Integration of male and female gender awareness into daily living;
4. Identification of the triggers for increased cross-gender yearnings and effectively attending to them; for instance, developing better self-protective, self-assertive, and vocational skills to advance at work and resolve interpersonal struggles to strengthen key relationships.

VII. Requirements for Hormone Therapy for Adults

Reasons for Hormone Therapy. Cross-sex hormonal treatments play an important role in the

spiller en vigtig rolle i den anatomiske og psykiske forvandringsproces for omhyggeligt udvalgte voksne med kønsidentitets problemer. Hormoner er ofte medicinsk nødvendige for et godt liv i det nye køn. De forbedrer livskvaliteten og begrænser de psykiske problemer, som ofte følger af manglende behandling. Når psykiatere giver androgen til biologisk fødte kvinder og østrogen, progesteron og testosteron blokerende midler til biologisk fødte mænd, føler og fremtræder disse i højere grad som medlemmer af det ønskede køn.

Egnetheds kriterier

Som følge af deres medicinske og sociale risici må doseringen af hormoner ikke tages let.

De 3 egnethedskriterier

1. Aldersgrænse 18 år
2. Påviseligt kendskab af hvad hormoner kan bevirke medicinsk og hvad de ikke kan. Kendskab til de risici og muligheder som hormonbehandling indebærer.
3. enten
 - En dokumenteret erfaring af at leve som det modsatte køn i mindst 3 måneder forud for indtagelsen af hormoner.eller
 - En psykoterapeutisk periode af en længde som fastsættes af behandleren efter den indledende periode (sædvanligvis er denne på mindst 3 mdr.)

Under særlige omstændigheder er det acceptabelt at give hormoner til patienter som ikke har fuldført kriterium 3 – for eksempel for at lette tildelingen af overvåget brug af hormoner af kendt kvalitet. Dette som alternativ til indtagelse af hormoner købt på det sorte marked eller ukontrolleret indtagelse af hormoner.

Paratheds kriterier

1. Patienten har opnået en styrkelse af sin kønsidentitet gennem psykoterapi eller ved at leve som det ønskede køn.
2. Patienten har gjort fremskridt ved beherske andre identificerede problemer som fører til forbedring eller fortsat stabil mental sundhed. Dette omfatter også tilfredsstillende kontrol med sådanne problemer som sociopati, misbrug, psykoser og selvmordsforsøg.
3. Patienten er indstillet på at indtage hormoner på forsvarlig måde.

Hormonbehandling til personer som hverken ønsker operation eller erfaring fra det virkelige liv?

Dette er forsvarligt ved diagnosticering og psykoterapi med en professionel behandler, som følger de ovenfor angivne minimumstandarder. Hormonbehandling kan give en væsentlig

anatomical and psychological gender transition process for properly selected adults with gender identity disorders. Hormones are often medically necessary for successful living in the new gender. They improve the quality of life and limit psychiatric co-morbidity, which often accompanies lack of treatment. When physicians administer androgens to biologic females and estrogens, progesterone, and testosterone-blocking agents to biologic males, patients feel and appear more like members of their preferred gender.

Eligibility Criteria. The administration of hormones is not to be lightly undertaken because of their medical and social risks. Three criteria exist.

1. Age 18 years;
2. Demonstrable knowledge of what hormones medically can and cannot do and their social benefits and risks;
3. Either:
 - a. A documented real-life experience of at least three months prior to the administration of hormones; or
 - b. A period of psychotherapy of a duration specified by the mental health professional after the initial evaluation (usually a minimum of three months).

In selected circumstances, it can be acceptable to provide hormones to patients who have not fulfilled criterion 3 – for example, to facilitate the provision of monitored therapy using hormones of known quality, as an alternative to black-market or unsupervised hormone use.

Readiness Criteria.

Three criteria exist:

1. The patient has had further consolidation of gender identity during the real-life experience or psychotherapy;
2. The patient has made some progress in mastering other identified problems leading to improving or continuing stable mental health (this implies satisfactory control of problems such as sociopathy, substance abuse, psychosis and suicidality);
3. The patient is likely to take hormones in a responsible manner.

Can Hormones Be Given To Those Who Do Not Want Surgery or a Real-life Experience?

Yes, but after diagnosis and psychotherapy with a qualified mental health professional following minimal standards listed above. Hormone therapy can provide significant comfort to gender patients who do not wish to cross live or undergo surgery, or

lettelse til patienter, som ikke ønsker at leve som det modsatte køn eller gennemgå operation. For nogle patienter kan hormonbehandling alene give tilstrækkelig lettelse for symptomerne, så behovet for yderligere foranstaltninger bortelimineres.

Hormonbehandling af fængslede

Fængslede som modtager behandling for kønsidentitets problemer bør fortsætte med at modtage relevant behandling efter gældende retningslinier under hele fængslingen. Ligeledes bør afsoningen ske under hensyntagen til deres specielle situation og risiko for represalier fra medfanger. [Oversættelse forkortet i forhold til original tekst side 12 afsnit 2].

8. Hormonbehandlingens virkninger på voksne

Der kan gå indtil 2 års vedvarende behandling før hormonernes fulde virkning viser sig.

Arvelige egenskaber begrænser vævenes modtagelighed og kan ikke overvindes ved forøget behandling. Virkningsgraden skifter fra person til person.

Hormonernes ønskede virkning

Biologisk fødte mænd, som er behandlet med østrogen, kan realistisk set forvente brystudvikling og nogle omfordelinger af kroppens fedt i retning af en kvindelig krop.

Overkroppens styrke formindskes. Huden blødgøres. Kropsbehåring bortfalder. Skaldethed aftager eller forsvinder. Frugtbarhed aftager. Testikler formindskes. Færre erektioner. De fleste af disse forandringer er genkaldelige, dog vil brystforstørrelsen ikke aftage fuldstændigt efter afbrudt behandling.

Biologisk fødte kvinder som er behandlet med testosteron kan forvente følgende forandringer: Dybere stemme, forstørret klitoris, lettere aftagende bryststørrelse, forøget hårvækst på krop og i ansigt, skaldethed som en mand. Genkaldelige behandlinger inkluderer forøget styrke på overkroppen, forøget vægt, ændret adfærdsmønster overfor andre, større seksuel interesse, lavere tærskel for seksuel ophidselse. Formindskede fedtdepoter omkring hofterne.

who are unable to do so. In some patients, hormone therapy alone may provide sufficient symptomatic relief to obviate the need for cross living or surgery.

Hormone Therapy and Medical Care for

Incarcerated Persons. Persons who are receiving treatment for gender identity disorders should continue to receive appropriate treatment following these Standards of Care after incarceration. For example, those who are receiving psychotherapy and/or cross-sex hormonal treatments should be allowed to continue this medically necessary treatment to prevent or limit emotional lability, undesired regression of hormonally-induced physical effects and the sense of desperation that may lead to depression, anxiety and suicidality. Prisoners who are subject to rapid withdrawal of cross-sex hormones are particularly at risk for psychiatric symptoms and self-injurious behaviors. Medical monitoring of hormonal treatment as described in these Standards should also be provided. Housing for transgendered prisoners should take into account their transition status and their personal safety.

VIII. Effects of Hormone Therapy in Adults

The maximum physical effects of hormones may not be evident until two years of continuous treatment. Heredity limits the tissue response to hormones and this cannot be overcome by increasing dosage. The degree of effects actually attained varies from patient to patient.

Desired Effects of Hormones.

Biologic males treated with estrogens can realistically expect treatment to result in: breast growth, some redistribution of body fat to approximate a female body habitus, decreased upper body strength, softening of skin, decrease in body hair, slowing or stopping the loss of scalp hair, decreased fertility and testicular size, and less frequent, less firm erections. Most of these changes are reversible, although breast enlargement will not completely reverse after discontinuation of treatment.

Biologic females treated with testosterone can expect the following permanent changes: a deepening of the voice, clitoral enlargement, mild breast atrophy, increased facial and body hair and male pattern baldness. Reversible changes include increased upper body strength, weight gain, increased social and sexual interest and arousability, and decreased hip fat.

Mulige negative bivirkninger

Patienter med medicinske problemer eller risiko for hjertelidelser er udsat for større risiko for alvorlige eller farlige bivirkninger af behandling med hormoner fra det modsatte køn.

Bivirkninger kan også ramme cigaret rygere, overvægtige, folk i høj alder, patienter med hjertelidelser, for højt blodtryk, blodpropper, kroniske sygdomme, visse endokrine afvigelser.

Derfor tåler ikke alle behandling med hormoner fra det modsatte køn.

Hormoner kan dog også tilføre forbedringer. Derfor må der i hvert enkelt tilfælde anlægges et skøn i samråd med såvel patienten som den ordinerende læge.

Bivirkninger hos biologisk fødte mænd som er behandlet med østrogen og progestin kan være at de er mere udsatte for blodpropper, ufrugtbarhed, vægttab, følelsesmæssige udsving, lever sygdomme, galdesten

Bivirkninger hos biologisk fødte kvinder som er behandlet med testosteron kan være ufrugtbarhed, udslet, forøget kønsdrift, risiko for udvikling af leversygdomme. [Oversætterens bemærkning: Den oprindelige tekst opremser en lang række lidelser, som den hormonelt behandlede er disponeret for. Oversættelsen nævner kun en del af disse risici.]

Den ordinerende læges ansvar

Hormoner skal ordineres af en læge. Behandlingen skal både før og under forløbet overvåges forsvarligt af kyndig lægelig og psykiatrisk myndighed. Patienter som ikke forstår kravene om modtagelighed og parathed og som ikke kender de til grund liggende principper skal oplyses forsvarligt. Dette vil være en god regel for arbejdet med kønsidentitets problemer.

Den læge som ordinerer hormonbehandling og lægelig overvågning behøver ikke at være specialist i endokrinologi, men skal være kyndig i relevante medicinske og psykologiske aspekter i behandlingen af patienter med kønsidentitets problemer.

Efter en gennemgribende journalskrivning, psykisk undersøgelse og laboratorie-undersøgelse skal lægen igen overveje hormonbehandlingens mulige virkninger og bivirkninger, herunder risici for alvorlige livstruende konsekvenser. Patienten må selv være i stand til at vurdere fordele og risici ved behandlingen. Patienten skal have mulighed for svar på spørgsmål ligesom patientens accept af lægelig overvågning af behandlingen er påkrævet. Journaliseringen skal indeholde skriftlig dokumentation som afspejler diskussion af fordele og ulemper ved hormon

Potential Negative Medical Side Effects. Patients with medical problems or otherwise at risk for cardiovascular disease may be more likely to experience serious or fatal consequences of cross-sex hormonal treatments. For example, cigarette smoking, obesity, advanced age, heart disease, hypertension, clotting abnormalities, malignancy, and some endocrine abnormalities may increase side effects and risks for hormonal treatment. Therefore, some patients may not be able to tolerate cross-sex hormones. However, hormones can provide health benefits as well as risks. Risk-benefit ratios should be considered collaboratively by the patient and prescribing physician.

Side effects in biologic males treated with estrogens and progestins may include increased propensity to blood clotting (venous thrombosis with a risk of fatal pulmonary embolism), development of benign pituitary prolactinomas, infertility, weight gain, emotional lability, liver disease, gallstone formation, somnolence, hypertension, and diabetes mellitus.

Side effects in biologic females treated with testosterone may include infertility, acne, emotional lability, increases in sexual desire, shift of lipid profiles to male patterns which increase the risk of cardiovascular disease, and the potential to develop benign and malignant liver tumors and hepatic dysfunction.

The Prescribing Physician's Responsibilities.

Hormones are to be prescribed by a physician, and should not be administered without adequate psychological and medical assessment before and during treatment. Patients who do not understand the eligibility and readiness requirements and who are unaware of the SOC should be informed of them. This may be a good indication for a referral to a mental health professional experienced with gender identity disorders.

The physician providing hormonal treatment and medical monitoring need not be a specialist in endocrinology, but should become well-versed in the relevant medical and psychological aspects of treating persons with gender identity disorders. After a thorough medical history, physical examination, and laboratory examination, the physician should again review the likely effects and side effects of hormone treatment, including the potential for serious, life-threatening consequences. The patient must have the capacity to appreciate the risks and benefits of treatment, have his/her questions answered, and agree to medical monitoring of treatment. The medical record must contain a written informed consent document reflecting a discussion of the risks and

behandling.

Læger har vidtstrakt handlingsfrihed til at vælge hvilke hormonpræparater, de måtte ønske at ordinere og hvilke måder de ønsker at administrere dem overfor den enkelte patient. Der er mulighed for oral indtagelse, for injektion og for transdermal indtagelse. Brugen af trans-dermal indtagelse bør overvejes for mænd over 40 år, for de som lider af blodpropper eller som har lidt af venøs blodprop. Transdermalt testosteron er nyttigt for kvinder som ikke ønsker injektioner. I fravær af andre medicinske, kirurgiske eller psykiatriske muligheder skal den grundlæggende medicinske overvågning omfatte: Fortløbende fysiske undersøgelser relateret til virkninger og bivirkninger, vital målinger før og efter behandlingen, vejninger og laboratorieundersøgelser.

Såvel hormonelt, som ikke hormonelt, behandlede patienter skal screenes for bækkenlidelser.

De som modtager østrogen, skal som minimum modtage en forbehandling med gratis måling af testosteron niveau, faste glukose, levertest, en komplet blodundersøgelse med gentagelse efter 6 og 12 måneder og derefter en årlig gentagelse. En prolactin måling skal foretages og gentages efter 1, 2 og 3 år. Hvis hyperprolactemi ikke forekommer i dette tidsrum er yderligere målinger ikke nødvendige. Biologisk fødte mænd, som gennemgår østrogen behandling, skal undersøges for brystkræft og opmuntres til rutinemæssig selvundersøgelse.

Med alderen skal de undersøges for prostata kræft.

For de som modtager androgener, skal laboratorieundersøgelsen mindst bestå af en leverundersøgelse forud for behandlingen og en komplet blodundersøgelse med gentagelse efter 6 måneder, 12 måneder og derefter hvert år.

En årlig leverundersøgelse bør overvejes. Kvinder der har fået fjernet bryster og som har brystkræft i familien bør undersøges for denne sygdom.

Læger kan give deres patienter en kort, skriftlig, redegørelse som angiver at personen er under lægeligt opsyn, der inkluderer kønsskifterelateret hormon behandling. Under disse tidlige faser i hormonbehandlingen bør patienten opfordres til altid at bære denne redegørelse på sig til forklaring for politi og andre myndigheder.

Reduktion i hormondoser efter kønsskifte

Østrogen doser hos opererede patienter kan ofte nedsættes med 33 - 50 % og stadig have den ønskede virkning. Nedsættelse af testosteron dosering bør overvejes under hensynstagen til

benefits of hormone therapy.

Physicians have a wide latitude in what hormone preparations they may prescribe and what routes of administration they may select for individual patients. Viable options include oral, injectable, and transdermal delivery systems. The use of transdermal estrogen patches should be considered for males over 40 years of age or those with clotting abnormalities or a history of venous thrombosis. Transdermal testosterone is useful in females who do not want to take injections. In the absence of any other medical, surgical, or psychiatric conditions, basic medical monitoring should include: serial physical examinations relevant to treatment effects and side effects, vital sign measurements before and during treatment, weight measurements, and laboratory assessment. Gender patients, whether on hormones or not, should be screened for pelvic malignancies as are other persons. '

For those receiving estrogens, the minimum laboratory assessment should consist of a pretreatment free testosterone level, fasting glucose, liver function tests, and complete blood count with reassessment at 6 and 12 months and annually thereafter. A pretreatment prolactin level should be obtained and repeated at 1, 2, and 3 years. If hyperprolactemia does not occur during this time, no further measurements are necessary. Biologic males undergoing estrogen treatment should be monitored for breast cancer and encouraged to engage in routine selfexamination.

As they age, they should be monitored for prostatic cancer.

For those receiving androgens, the minimum laboratory assessment should consist of pretreatment liver function tests and complete blood count with reassessment at 6 months, 12 months, and yearly thereafter. Yearly palpation of the liver should be considered. Females who have undergone mastectomies and who have a family history of breast cancer should be monitored for this disease.

Physicians may provide their patients with a brief written statement indicating that the person is under medical supervision, which includes cross-sex hormone therapy. During the early phases of hormone treatment, the patient may be encouraged to carry this statement at all times to help prevent difficulties with the police and other authorities.

Reductions in Hormone Doses After Gonadectomy.

Estrogen doses in post-orchietomy patients can often be reduced by 1/3 to 1/2 and still maintain feminization. Reductions in testosterone doses post-oophorectomy should be considered, taking

risikoen for knogleskørhed. Livsvarig vedligeholdelsesbehandling er sædvanligvis påkrævet for alle kønsskifte patienter.

Hormonmisbrug

Nogle modtager hormoner uden recept. Dette kan ske via venner, familiemedlemmer og apoteker i andre lande. Hormoner indtaget uden lægeligt opsyn kan udsætte patienten for en stor medicinsk risiko. Personer som indtager lægeligt ordinerede hormoner har undertiden indtaget supplerende mængder af illegale hormoner uden lægens vidende.

Psykiatere og receptudstedende læger bør forebygge sygdom ved at advare mod sammenblanding med ordinerede doser. Det er en etisk pligt for læger at afvise behandling af patienter som ikke overholder den foreskrevne behandling.

Andre mulige fordele ved hormoner

Når hormonbehandling tolereres medicinsk, skal den gå forud for et hvilket som helst kirurgisk indgreb. Tilfredsstillende virkning af hormonerne styrker patientens identitet som det ønskede køn og bidrager yderligere til processens udvikling. Utilfredshed med hormonernes virkninger kan signalere ambivalens overfor kirurgiske indgreb. Hos biologisk fødte mænd fører hormonbehandlingen ofte til brystudvikling, som gør brystimplantering overflødig. Nogle patienter som modtager hormonbehandling, vil ikke ønske genitale eller andre kirurgiske indgreb.

Brugen af antiandrogener og sequentiel terapi

Antiandrogener kan bruges som ekstra behandling af biologisk fødte mænd, som modtager østrogen. Dette vil ikke altid være nødvendigt.

Hos nogle patienter vil antiandrogener mere grundlæggende undertrykke produktionen af testosteron, hvilket muliggør en lavere dosering af østrogen når dets bivirkninger er forudsat. Udviklingen til kvinde kræver ikke efterfølgende behandling. Bestræbelser på at efterligne den menstruelle cyklus gennem ordineret afbrudt østrogen behandling eller erstatning af østrogen med progesteron i en del af måneden er ikke nødvendigt for at opnå kvindelig udvikling.

Enighed på baggrund af indsigt

Hormonel behandling bør kun gives til de som er i stand til at give deres samtykke.

Dette defineres som personer, der har den fornødne indsigt og myndighed til selv at deltage i de lægelige afgørelser. For unge kræves accept fra forældre eller værge. Denne accept gives på baggrund af erhvervet fornøden viden.

[Oversætterens bemærkning: Af sproglige grunde er dette afsnit redigeret og tilpasset danske forhold].

into account the risks of osteoporosis. Lifelong maintenance treatment is usually required in all gender patients.

The Misuse of Hormones.

Some individuals obtain hormones without prescription from friends, family members, and pharmacies in other countries. Medically unmonitored hormone use can expose the person to greater medical risk. Persons taking medically monitored hormones have been known to take additional doses of illicitly obtained hormones without their physician's knowledge. Mental health professionals and prescribing physicians should make an effort to encourage compliance with recommended dosages, in order to limit morbidity. It is ethical for physicians to discontinue treatment of patients who do not comply with prescribed treatment regimens.

Other Potential Benefits of Hormones.

Hormonal treatment, when medically tolerated, should precede any genital surgical interventions. Satisfaction with the hormone's effects consolidates the person's identity as a member of the preferred sex and gender and further adds to the conviction to proceed. Dissatisfaction with hormonal effects may signal ambivalence about proceeding to surgical interventions. In biologic males, hormones alone often generate adequate breast development, precluding the need for augmentation mammoplasty. Some patients who receive hormonal treatment will not desire genital or other surgical interventions.

The Use of Antiandrogens and Sequential Therapy.

Antiandrogens can be used as adjunctive treatments in biologic males receiving estrogens, though they are not always necessary to achieve feminization. In some patients, antiandrogens may more profoundly suppress the production of testosterone, enabling a lower dose of estrogen to be used when adverse estrogen side effects are anticipated.

Feminization does not require sequential therapy. Attempts to mimic the menstrual cycle by prescribing interrupted estrogen therapy or substituting progesterone for estrogen during part of the month are not necessary to achieve feminization.

Informed Consent.

Hormonal treatment should be provided only to those who are legally able to provide informed consent. This includes persons who have been declared by a court to be emancipated minors and incarcerated persons who are considered competent to participate in their medical decisions. For adolescents, informed consent needs to include the minor patient's assent and the written informed consent of a parent or legal guardian.

Reproduktionsmuligheder

Samtykke indebærer at patienten er indforstået med at hormonbehandling begrænser frugtbarheden og at fjernelsen af kønsorganer udelukker muligheden for reproduktion. Der er kendte tilfælde, hvor patienter har modtaget hormonbehandling og operation og som senere har fortrudt deres tabte evne til at få genetisk relevante børn. De psykiatere, som anbefaler hormonbehandling og de læger som ordinerer denne, bør drøfte perspektiverne med patienten før hormonbehandlingen sættes i gang. Især biologiske mænd som ikke allerede har fået børn, bør oplyses om sædbanker og opmuntres til at bruge disse. Biologisk fødte kvinder har ikke samme muligheder, bortset fra nedfrysning af befrugtede æg. Imidlertid bør de oplyses om de foreliggende muligheder, inkl. nedfrysningen. Hvis andre muligheder vil foreligge, bør de oplyses om disse.

9. Erfaring fra det virkelige liv

Som sådan defineres den fulde accept af en ny eller mere udviklet rolle eller præsentation af kønsrolle i hverdagen. Erfaringen fra det virkelige liv er grundlæggende for overgangen til den kønsrolle som er i overensstemmelse med patientens oplevede kønsidentitet.

Da det at skifte sin kønsidentitet har omgående og dybe virkninger i patientens personlige og sociale liv, skal beslutningen træffes med bevidsthed om dens familiemæssige, arbejdsmæssige, medmenneskelige, uddannelsesmæssige, økonomiske og juridiske konsekvenser.

De professionelle behandlere har et ansvar for at drøfte disse forudsigelige konsekvenser med deres patienter. Forandring af kønsrolle og fremtoning kan medføre diskrimination på arbejdsmarkedet, skilsmisse, problemer i ægteskabet og begrænsning i mulighederne for samkvem med børn. Disse er alle kendsgerninger, som må ses i øjnene for at den nye kønsidentitet kan blive vellykket. Følgerne kan være ganske forskellige fra hvad patienten forestillede sig før han / hun begyndte at drage erfaringer fra det virkelige liv. Det er dog ikke alle forandringer der er negative.

Erfaring fra det virkelige liv – parametre

Når læger vurderer kvaliteten af patientens erfaring fra det virkelige liv som det ønskede køn, vurderes følgende opnåede færdigheder:

1. At kunne opretholde hel- eller deltidsansættelse på en arbejdsplads
2. At kunne fungere i et studium

Reproductive Options.

Informed consent implies that the patient understands that hormone administration limits fertility and that the removal of sexual organs prevents the capacity to reproduce. Cases are known of persons who have received hormone therapy and sex reassignment surgery who later regretted their inability to parent genetically related children. The mental health professional recommending hormone therapy, and the physician prescribing such therapy, should discuss reproductive options with the patient prior to starting hormone therapy.

Biologic males, especially those who have not already reproduced, should be informed about sperm preservation options, and encouraged to consider banking sperm prior to hormone therapy. Biologic females do not presently have readily available options for gamete preservation, other than cryopreservation of fertilized embryos. However, they should be informed about reproductive issues, including this option. As other options become available, these should be presented.

IX. The Real-Life Experience

The act of fully adopting a new or evolving gender role or gender presentation in everyday life is known as the real-life experience. The real-life experience is essential to the transition to the gender role that is congruent with the patient's gender identity. Since changing one's gender presentation has immediate profound personal and social consequences, the decision to do so should be preceded by an awareness of what the familial, vocational, interpersonal, educational, economic, and legal consequences are likely to be. Professionals have a responsibility to discuss these predictable consequences with their patients. Change of gender role and presentation can be an important factor in employment discrimination, divorce, marital problems, and the restriction or loss of visitation rights with children. These represent external reality issues that must be confronted for success in the new gender presentation. These consequences may be quite different from what the patient imagined prior to undertaking the real-life experiences. However, not all changes are negative.

Parameters of the Real-Life Experience. When clinicians assess the quality of a person's real-life experience in the desired gender, the following abilities are reviewed:

1. To maintain full or part-time employment;
2. To function as a student;
3. To function in community-based volunteer

3. At kunne påtage sig frivillige aktiviteter i den nære omverden.
4. At kunne fungere i en blanding af 1 - 3
5. At kunne antage et (lovligt) fornavn fra det ønskede køn.
6. At kunne dokumentere at andre end behandleren, er bekendt med at patienten fungerer som det ønskede køn.

Erfaring fra det virkelige liv versus test af funktion i det virkelige liv

Selvom behandlerne kan anbefale et liv som det ønskede køn, er det patientens eget ansvar at beslutte hvordan og hvornår. Nogle påbegynder fasen med at skulle leve og fungere som det ønskede køn, men erkender, at livet som den ønskede identitet ikke er til deres bedste.

Nogle behandlere fremstiller tilværelsen i det virkelige liv som den ultimative afprøvning. Hvis det lykkes for patienten, bliver denne bekræftet som "transseksuel", men hvis patienten beslutter sig for ikke at forsætte, bliver diagnosen "har vist ikke været".

Dette ræsonnement er en forvirring af de kræfter, som skaber en vellykket udvikling fra kønsidentitets problemer. Erfaringerne fra det virkelige liv afprøver patientens beslutsomhed, evnen til at fungere som det ønskede køn og værdien af social, økonomisk og psykologisk støtte. Den hjælper patienten og behandleren i deres valg af den videre fremgangsmåde.

Diagnosen, som altid er åben for revision, rummer en anbefaling til patienten af at påbegynde det virkelige liv. Når positive erfaringer med dette er indhentet, kan behandleren og patienten i fællesskab begynde at tale om næste skridt.

Fjernelse af skæg og anden uønsket hårvækst fra mand til kvinde patienten

[Oversætterens bemærkning: Dette afsnit bygger på forældede metoder og er derfor ikke oversat]

- activity;
4. To undertake some combination of items 1-3;
5. To acquire a (legal) gender-identity-appropriate first name;
6. To provide documentation that persons other than the therapist know that the patient functions in the desired gender role.

Real-Life Experience versus Real-Life Test.

Although professionals may recommend living in the desired gender, the decision as to when and how to begin the real-life experience remains the person's responsibility. Some begin the real-life experience and decide that this often imagined life direction is not in their best interest.

Professionals sometimes construe the real-life experience as the real-life test of the ultimate diagnosis. If patients prosper in the preferred gender, they are confirmed as "transsexual," but if they decided against continuing, they "must not have been." This reasoning is a confusion of the forces that enable successful adaptation with the presence of a gender identity disorder. The real-life experience tests the person's resolve, the capacity to function in the preferred gender, and the adequacy of social, economic, and psychological supports. It assists both the patient and the mental health professional in their judgments about how to proceed. Diagnosis, although always open for reconsideration, precedes a recommendation for patients to embark on the real-life experience. When the patient is successful in the real-life experience, both the mental health professional and the patient gain confidence about undertaking further steps.

Removal of Beard and other Unwanted Hair for the Male to Female Patient.

Beard density is not significantly slowed by cross-sex hormone administration. Facial hair removal via electrolysis is a generally safe, time-consuming process that often facilitates the real-life experience for biologic males. Side effects include discomfort during and immediately after the procedure and less frequently hypo- or hyperpigmentation, scarring, and folliculitis. Formal medical approval for hair removal is not necessary; electrolysis may be begun whenever the patient deems it prudent. It is usually recommended prior to commencing the real-life experience, because the beard must grow out to visible lengths to be removed. Many patients will require two years of regular treatments to effectively eradicate their facial hair. Hair removal by laser is a new alternative approach, but experience with it is limited.

10. Kirurgi

Kønsskifteoperation er effektiv og lægeligt indikeret i alvorlige tilfælde af kønsidentitets problemer

Hos patienter med diagnosen transseksualitet eller alvorlige kønsidentitets problemer har operation sammen med hormonbehandling og erfaring fra det virkelige liv som det ønskede køn vist sig effektivt.

Et terapeutisk regime, som foreskrevet og praktiseret, blandt kvalificerede behandlere er lægeligt begrundet og tilsvarende nødvendigt. Kønsskifte er ikke "eksperimentelt", "et valg", "kosmetisk" eller en "mulighed" i dette ords meningsfulde betydning. Det repræsenterer en meget effektiv og forsvarlig behandling af transseksualitet eller grundlæggende kønsidentitets problemer

Etiske spørgsmål omkring kønsskifteoperation

Af etiske grunde afviser mange, der iblandt også dele af lægeverdenen, kønsskifteoperation som middel mod kønsidentitets problemer. I almindelig kirurgisk praksis fjernes organer for at genoprette forstyrrede funktioner eller ændringer foretages af kosmetiske grunde.

Hos patienter med ønsket om at få kønsskifteoperation, forventes disse betingelser ikke at være opfyldt for at operation kan finde sted. Det er vigtigt, at behandleren kan leve med, at man i sådanne tilfælde forandrer normale anatomiske strukturer. For at forstå hvordan operation kan lette det psykiske ubehag hos patienten med diagnosen kønsidentitets problemer, skal behandleren lytte til patienten og dennes historie og dilemma. Den etisk betingede modvilje mod "frem for alt ikke at ville skade" skal respekteres og imødegås med muligheden for at lære af patienten og dennes psykiske pres med at leve med dybe kønsidentitets problemer.

Det er uetisk at benægte egnethed for kønsskifteoperation eller hormonbehandling alene på grund af blodinfektioner som HIV, hepatitis B eller C, etc.

Kirurgens relation til psykiater og den hormonordinerende læge

Kirurgen er ikke bare en tekniker som skal udføre en konkret opgave. Kirurgen er del af det lægehold, som deltager i en langsigtet proces. Patienten nærer ofte en yderst positiv hengivenhed overfor kirurgen, som ideelt set vil være deltager i en langtidsomsorg. Som følge af sin ansvarlighed overfor patienten, må kirurgen

X. Surgery

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.

How to Deal with Ethical Questions Concerning Sex Reassignment Surgery.

Many persons, including some medical professionals, object on ethical grounds to surgery for GID. In ordinary surgical practice, pathological tissues are removed in order to restore disturbed functions, or alterations are made to body features to improve the patient's self image. Among those who object to sex reassignment surgery, these conditions are not thought to present when surgery is performed for persons with gender identity disorders. It is important that professionals dealing with patients with gender identity disorders feel comfortable about altering anatomically normal structures. In order to understand how surgery can alleviate the psychological discomfort of patients diagnosed with gender identity disorders, professionals need to listen to these patients discuss their life histories and dilemmas. The resistance against performing surgery on the ethical basis of "above all do no harm" should be respected, discussed, and met with the opportunity to learn from patients themselves about the psychological distress of having profound gender identity disorder.

It is unethical to deny availability or eligibility for sex reassignment surgeries or hormone therapy solely on the basis of blood seropositivity for blood-borne infections such as HIV, or hepatitis B or C, etc.

The Surgeon's Relationship with the Physician Prescribing Hormones and the Mental Health Professional.

The surgeon is not merely a technician hired to perform a procedure. The surgeon is part of the team of clinicians participating in a long-term treatment process. The patient often feels an immense positive regard for the surgeon, which ideally will enable longterm follow-up care. Because of his or her responsibility

forstå den diagnose, som har ført til at patienten er blevet indstillet til operation. Kirurgen må have lejlighed til langvarig samtale med patienten for at sikre sig at denne kan drage fordel af indgrebet.

Ideelt set må kirurgen være i samarbejde med de øvrige læger, som har været involveret i patientens såvel psykologiske som medicinske sagsbehandling. Dette mål opnås bedst ved at kirurgen er del af en tværfaglig styregruppe med speciale i kønsidentitets problemer. Men, det er langt fra alle steder at sådanne styregrupper er nedsat.

Sidst, men ikke mindst, må kirurgen være forvisset om, at de hormonordinerende instanser er kompetente på området kønsidentitets problemer. Dette afspejler sig ofte i den dokumentation som de har udfærdiget. Da falske beskrivelser er forekommet, skal kirurgen personligt henvende sig til mindst en af de implicerede psykiatere, for at få skrivelsen verificeret.

Forud for alle kirurgiske indgreb skal kirurgen have dokumentation for alle patientens medicinske data. Virkningerne på lever og andre organer skal efterforskes. Dette arbejde kan kirurgen udføre alene eller i samarbejde med lægefaglige kolleger. Da tidligere tilstande kankomplicere genitalforændrende indgreb, skal kirurgen også være kompetent til at stille en urologisk diagnose. Journalen skal indeholde skriftlig dokumentation som bekræfter forsvarligheden af det påtænkte indgreb.

11. Bryst kirurgi

Brystforstørrelse og -amputation er samme type indgreb. Der er en mangfoldighed af indikationer og begge indgreb kan opnås af offentligheden. Indikationerne kan variere fra kosmetiske til kræft. Da brysterne er en central sekundær køns karakter, er indgreb vedrørende brysternes størrelse og tilstedeværelse ikke del af den juridiske definition af køn og kønsrolle. Ligeledes er disses udseende ikke en forudsætning for individets reproduktion. Brystoperationer bør dog udføres med samme forbehold som påbegyndelsen af hormonbehandling. Begge medfører relativt uigenkaldelige forandringer på kroppen.

Tilgangen til mand til kvinde patienten er anderledes end tilgangen til kvinde til mand patienten.

For kvinde til mand patienten er brystamputation sædvanligvis det første indgreb med henblik på en vellykket fremtræden som mand. For nogle patienter er det det eneste indgreb.

to the patient, the surgeon must understand the diagnosis that has led to the recommendation for genital surgery. Surgeons should have a chance to speak at length with their patients to satisfy themselves that the patient is likely to benefit from the procedures. Ideally, the surgeon should have a close working relationship with the other professionals who have been actively involved in the patient's psychological and medical care. This is best accomplished by belonging to an interdisciplinary team of professionals who specialize in gender identity disorders. Such gender teams do not exist everywhere, however. At the very least, the surgeon needs to be assured that the mental health

professional and physician prescribing hormones are reputable professionals with specialized experience with gender identity disorders. This is often reflected in the quality of the documentation letters. Since fictitious and falsified letters have occasionally been presented, surgeons should personally communicate with at least one of the mental health professionals to verify the authenticity of their letters.

Prior to performing any surgical procedures, the surgeon should have all medical conditions appropriately monitored and the effects of the hormonal treatment upon the liver and other organ systems investigated. This can be done alone or in conjunction with medical colleagues. Since pre-existing conditions may complicate genital reconstructive surgeries, surgeons must also be competent in urological diagnosis. The medical record should contain written informed consent for the particular surgery to be performed.

XI. Breast Surgery

Breast augmentation and removal are common operations, easily obtainable by the general public for a variety of indications. Reasons for these operations range from cosmetic indications to cancer. Although breast appearance is definitely important as a secondary sex characteristic, breast size or presence are not involved in the legal definitions of sex and gender and are not important for reproduction. The performance of breast operations should be considered with the same reservations as beginning hormonal therapy. Both produce relatively irreversible changes to the body.

The approach for male-to-female patients is different than for female-to-male patients. For female-to-male patients, a mastectomy procedure is usually the first surgery performed for success in gender presentation as a man; and for some patients it is the only surgery undertaken. When the amount of breast tissue removed requires skin removal, a scar will result and the

I tilfælde hvor mængden af fjernet brystvæv kræver fjernelse af skind, vil et ar blive følgen. I sådanne tilfælde skal patienten informeres på forhånd.

Kvinde til mand patienter få kirurgisk indgreb samtidig med at de påbegynder hormonbehandling.

For mand til kvinde patienter kan operation, med henblik på at få tilført bryster, foretages hvis den hormonordinerende læge og kirurgen har dokumenteret at brystforstørrelsen på trods af 18 måneders hormonbehandling ikke har udviklet sig tilstrækkeligt til at give patienten en tilfredsstillende identitet som det ønskede køn.

12. Genital kiruegi

Egnethedskriterier

Følgende egnethedskriterier er minimumsstandarder for forskellige genitale indgreb. Kriterierne gælder for såvel mænd som kvinder der ønsker genital kirurgi. Kriterierne er:

1. Patienten har nået myndighedsalder som gældende i hjemlandet.
2. Sædvanligvis 12 måneders hormon-behandling. Dette gælder for patienter, som ikke opfylder en medicinsk kontraindiation (se nedenstående afsnit "Kan operation osv.?")
3. 12 måneders ubrudt vellykket liv som det ønskede køn. Periodevis tilbagevending til det oprindelige køn, kan indikere ambivalens omkring det videre forløb. Sædvanligvis bør "tilbagefald" anses for en mangel i dette kriteriums opfyldelse.
4. Hvis det kræves fra psykiatrisk side, skal patienten deltage i psykoterapeutisk behandling sideløbende med opnåelse af erfaring fra det virkelige liv. Dette besluttet i samråd mellem patienten og den behandlende psykiater.
5. Patienten skal påviseligt være bevidst om priser, indlæggelsestid, komplikationer, nødvendige foranstaltninger efter operationen samt påkrævede senere kirurgiske behandlinger.
6. Patienten skal være bekendt med forskellige kompetente kirurger.

Parathedskriterier

Parathedskriterierne omfatter:

1. Tydeligt fremskridt i konsolidering af kønsidentiteten.
2. Tydelige fremskridt i relation til arbejde, familie og interpersonelle anliggender. Alt dette skal føre til en bedre mental tilstand, som omfatter kontrol med problemer såsom sociopati, misbrug, psykoser, selvmordstrang m. fl.

Kan operation bevilges uden hormonbehandling og erfaring fra det virkelige liv?

Patienten kan ikke modtage kirurgiske indgreb uden at opfylde kriterierne for modtagelighed.

Genital kirurgi er en behandling for diagnosticerede

patient should be so informed. Female-to-male patients may have surgery at the same time they begin hormones. For male-to-female patients, augmentation mammoplasty may be performed if the physician prescribing hormones and the surgeon have documented that breast enlargement after undergoing hormone treatment for 18 months is not sufficient for comfort in the social gender role.

XII. Genital Surgery

Eligibility Criteria. These minimum eligibility criteria for various genital surgeries equally apply to biologic males and females seeking genital surgery. They are:

1. Legal age of majority in the patient's nation;
2. Usually 12 months of continuous hormonal therapy for those without a medical contraindication (see below, "Can Surgery Be Performed Without Hormones and the Real-life Experience");
3. 12 months of successful continuous full time real-life experience. Periods of returning to the original gender may indicate ambivalence about proceeding and generally should not be used to fulfill this criterion;
4. If required by the mental health professional, regular responsible participation in psychotherapy throughout the real-life experience at a frequency determined jointly by the patient and the mental health professional. Psychotherapy per se is not an absolute eligibility criterion for surgery;
5. Demonstrable knowledge of the cost, required lengths of hospitalizations, likely complications, and post surgical rehabilitation requirements of various surgical approaches;
6. Awareness of different competent surgeons.

Readiness Criteria.

The readiness criteria include:

1. Demonstrable progress in consolidating one's gender identity;
2. Demonstrable progress in dealing with work, family, and interpersonal issues resulting in a significantly better state of mental health; this implies satisfactory control of problems such as sociopathy, substance abuse, psychosis, suicidality, for instance).

Can Surgery Be Provided Without Hormones and the Real-life Experience?

Individuals cannot receive genital surgery without meeting the eligibility criteria. Genital surgery is a treatment for a diagnosed gender identity disorder,

kønsidentitets problemer og skal foretages efter nøje evaluering. Sådanne indgreb er ikke en rettighed som skal opfyldes efter anmodning. Omsorgsstandarden bygger på en individuel tilgang til den enkelte patient, men dette betyder ikke, at generelle retningslinier for fastlæggelse af diagnose, eventuelt psykoterapi, hormonbehandling og krav om erfaring fra det virkelige liv, blot kan tilsidesættes. Imidlertid kan man, i tilfælde hvor en person har levet overbevisende i lang tid som det ønskede køn og ved psykiatrisk behandling har vist sig at være i psykisk balance, fravige kravet om at patienten skal indtage hormoner forud for genitalt indgreb.

Betingelser for operation

Operative indgreb på en patient med diagnosen kønsidentitets problemer er ikke bare et valg. Et typisk valg indebærer kun en aftale mellem patienten og kirurgen. I tilfældet hvor genital kirurgi anvendes som behandling af kønsidentitets problemer kan dette kun ske efter en omfattende vurdering foretaget af en professionel psykiater. Genital kirurgi kan udføres når der foreligger skriftlig dokumentation for at patienten opfylder kravene til modtagelighed og parathed.

Krav til den udførende genitalkirurg

Kirurgen skal være urolog, gynækolog, plastic kirurg eller have generel kirurgisk erfaring.

Kirurgen skal have speciel kompetence indenfor genital rekonstruktion. Erfaring på området skal være indhentet under overopsyn af en erfaren kollega. Selv erfarne kapaciteter på området må være indstillet på at underkaste deres kvalifikationer en kollegial revurdering. Kirurgen skal deltage relevante kongresser og kurser, hvor nye teknikker bliver fremlagt.

Ideelt set bør kirurgen have kendskab til mere end en af de kirurgiske teknikker som kan anvendes til genital kirurgi, således at han i forbindelse med patientens konsultation kan vælge den rette teknik for den individuelle patient.

Når en kirurg kun er kvalificeret i en enkelt teknik, skal han oplyse sin patient om dette. Såfremt patienten ikke ønsker denne metode eller den ikke skønnes optimal for ham eller hende skal han henvise til en anden kirurg.

Genital kirurgi for mand til kvinde patienten

Genitalkirurgiske procedurer kan omfatte fjernelse af pung, penis, dannelse af vagina, klitoris, og skamlæber. Disse procedurer kræver kirurgiske kvalifikationer og opfølgning efter operationen.

and should undertaken only after careful evaluation. Genital surgery is not a right that must be granted upon request. The SOC provide for an individual approach for every patient; but this does not mean that the general guidelines, which specify treatment consisting of diagnostic evaluation, possible psychotherapy, hormones, and real-life experience, can be ignored. However, if a person has lived convincingly as a member of the preferred gender for a long period of time and is assessed to be a psychologically healthy after a requisite period of psychotherapy, there is no inherent reason that he or she must take hormones prior to genital surgery.

Conditions under which Surgery May Occur.

Genital surgical treatments for persons with a diagnosis of gender identity disorder are not merely another set of elective procedures. Typical elective procedures only involve a private mutually consenting contract between a patient and a surgeon. Genital surgeries for individuals diagnosed as having GID are to be undertaken only after a comprehensive evaluation by a qualified mental health professional. Genital surgery may be performed once written documentation that a comprehensive evaluation has occurred and that the person has met the eligibility and readiness criteria. By following this procedure, the mental health professional, the surgeon and the patient share responsibility of the decision to make irreversible changes to the body.

Requirements for the Surgeon Performing Genital Reconstruction.

The surgeon should be a urologist, gynecologist, plastic surgeon or general surgeon, and Board-Certified as such by a nationally known and reputable association. The surgeon should have specialized competence in genital reconstructive techniques as indicated by documented supervised training with a more experienced surgeon. Even experienced surgeons in this field must be willing to have their therapeutic skills reviewed by their peers. Surgeons should attend professional meetings where new techniques are presented. Ideally, the surgeon should be knowledgeable about more than one of the surgical techniques for genital reconstruction so that he or she, in consultation with the patient, will be able to choose the ideal technique for the individual patient. When surgeons are skilled in a single technique, they should so inform their patients and refer those who do not want or are unsuitable for this procedure to another surgeon.

Genital Surgery for the Male-to-Female Patient.

Genital surgical procedures may include orchiectomy, penectomy, vaginoplasty, clitoroplasty, and labiaplasty. These procedures

Seksuel følelse er et vigtigt element i vaginadannelse, dette i tilslutning til dannelsen af en funktionel vagina og acceptabelt udseende.

[Oversætterens bemærkning: Det foranstående afsnit er lettere forkortet, da specifikationen omfatter en række medicinske fagudtryk som ikke har kunnet findes i tilgængelige opslagsværker].

Øvrig kirurgi formand til kvinde patienten

Plastikkirurgiske operationer, der har til formål at styrke patientens ydre fremtoning som kvinde kræver ikke psykiatrisk anbefaling.

Der er grund til bekymring omkring såvel sikkerhed som virkning af operationer med det formål at ændre stemmen. Der bør foretages yderligere opfølgings forskning forud for en større udbredelse af sådan fremgangsmåde. For at beskytte stemmebåndene, bør patienter der vælger sådan operation, vente til efter alle operationer som kræver fuld bedøvelse.

Genital kirurgi for kvinde til mand patienten

Den genitale kirurgi kan omfatte fjernelse af livmoder, æggeleder, vagina, livmoder, dannelse af pung, ændring af urinrør, testikelproteser og dannelse af penis. For sidstnævntes vedkommende er der forskellige teknikker. Valgmulighederne begrænses af anatomiske og kirurgiske overvejelser. Hvis patientens mål er en penis af godt udseende, evnen til stående vandladning, seksuel følelse og / eller evnen til at gennemføre samleje, skal patienten tydeligt oplyses om at adskillige operationer på forskellige stadier er påkrævede og at problemer af teknisk art kan gøre yderligere operationer nødvendige.

Selv operationstekniker, der teoretisk set skulle kunne gennemføres over én operation, kræver ofte mere end ét indgreb. Omkring penis konstruktion hersker så omfattende problemstillinger, at man må konkludere, at yderligere teknisk udvikling er påkrævet.

Anden kirurgi for kvinde til mand patienten

Anden kirurgi, som kan hjælpe maskuliniseringen omfatter fedtsugning omkring hofterne, lårene og ballerne.

13. Opfølgning efter kønsskifteoperation

Langtidsopfølgning efter operation bør fremmes, da dette er en af betingelserne for et godt psykosocialt resultat. Opfølgning er vigtigt for patientens såvel anatomiske som medicinske sundhed, ligesom den giver kirurgen kendskab til det kirurgiske indgrebs muligheder og begrænsninger.

Langtidsopfølgning med kirurgen anbefales alle patienter for at sikre et optimalt udbytte af operationen. Kirurger som opererer tilrejsende

require skilled surgery and postoperative care. Techniques include penile skin inversion, pedicled rectosigmoid transplant, or free skin graft to line the neovagina. Sexual sensation is an important objective in vaginoplasty, along with creation of a functional vagina and acceptable cosmesis.

Other Surgery for the Male-to-Female Patient.

Other surgeries that may be performed to assist feminization include reduction thyroid chondroplasty, suction-assisted lipoplasty of the waist, rhinoplasty, facial bone reduction, face-lift, and blepharoplasty. These do not require letters of recommendation from mental health professionals. There are concerns about the safety and effectiveness of voice modification surgery and more follow-up research should be done prior to widespread use of this procedure. In order to protect their vocal cords, patients who elect this procedure should do so after all other surgeries requiring general anesthesia with intubation are completed.

Genital Surgery for the Female-to-Male Patient.

Genital surgical procedures may include hysterectomy, salpingo-oophorectomy, vaginectomy, metoidioplasty, scrotoplasty, urethroplasty, placement of testicular prostheses, and phalloplasty. Current operative techniques for phalloplasty are varied. The choice of techniques may be restricted by anatomical or surgical considerations. If the objectives of phalloplasty are a neophallus of good appearance, standing micturition, sexual sensation, and/or coital ability, the patient should be clearly informed that there are several separate stages of surgery and frequent technical difficulties which may require additional operations. Even metoidioplasty, which in theory is a one-stage procedure for construction of a microphallus, often requires more than one surgery. The plethora of techniques for penis construction indicates that further technical development is necessary.

Other Surgery for the Female-to-Male Patient.

Other surgeries that may be performed to assist masculinization include liposuction to reduce fat in hips, thighs and buttocks.

XIII. Post-Transition Follow-up

Long-term postoperative follow-up is encouraged in that it is one of the factors associated with a good psychosocial outcome. Follow-up is important to the patient's subsequent anatomic and medical health and to the surgeon's knowledge about the benefits and limitations of surgery. Long-term follow-up with the surgeon is recommended in all patients to ensure an optimal surgical outcome. Surgeons who operate on patients who are coming from long distances should

patienter, bør sikre patienten lokal efterbehandling og omsorg i patientens nærmeste område.

Tidligere patienter afskærer ofte sig selv fra opfølgning fra den hormon ordinerende læge. De indser ikke, at disse læger bedst er i stand til at forebygge, diagnosticere og efterbehandle de virkninger som er specielle for hormonelt og kirurgisk behandlede patienter.

Efter operationen skal patienten gennemgå regulær medicinsk kontrol svarende til hans / hendes alder.

Behovet for opfølgning strækker sig fra konsultation hos den psykiater, der har haft længst kontakt med patienten i det foregående forløb.

Denne behandler er i en enestående position med hensyn til mulighederne for at assistere patienten i de problemer som der måtte opstå i tiden efter operationen.

Oversætterens epilog

Dansk oversættelse af det foranstående skrift er foretaget i

perioden 2. til 25. februar 2003.

Der er ved oversættelsen tilstræbt en så nøje kongruens med den originale tekst som muligt. På punkter hvor væsentlige afvigelser har været nødvendige eller i særlig grad berettiget er der indsæt oversætterens bemærkning med markeret skrift.

På enkelte punkter er der foretaget begrænsede versioneringer. Dette er begrundet i passager, hvor stringens i forhold til den oprindelige tekst kan medføre uforståelighed i oversættelsen.

Ligeledes er anglicismer imødegået gennem meget begrænset versionering.

Enkelte afsnit er blevet omredigeret, da en oversættelse ikke er relevant. Dette gælder afsnittet om epilering, der er forældet i forhold til den seneste udvikling. Ligeledes er enkelte opremninger blevet reduceret, da problematikken forventes at være læseren bekendt.

Oversættelse af fagudtryk er sket med stor varsomhed og under alle forbehold. I den udstrækning, det har været muligt er fagudtryk blevet kontrolleret gennem opslag i tilgængelig litteratur eller via tilgængelige autoritative kilder på Internet. Oversætterens pligt til aldrig at skabe nye ord er overholdt med streng faglig disciplin.

Enkelte akronymer er ikke oversat. Det må antages at disse indgår eller vil indgå i den internationale terminologi.

Oversættelsen tilegnes alle som har lidt med eller lider med kønsidentitets problemer. Ved citater forventes kildeangivelse til denne oversættelse.

Kommerciel anvendelse må kun ske med

include personal follow-up in their care plan and attempt to ensure affordable, local, long-term aftercare in the patient's geographic region.

Postoperative patients may also sometimes exclude themselves from follow-up with the physician prescribing hormones, not recognizing that these physicians are best able to prevent, diagnose and treat possible long term medical conditions that are unique to hormonally and surgically treated patients. Postoperative patients should undergo regular medical screening according to recommended guidelines for their age. The need for follow-up extends to the mental health professional, who having spent a longer period of time

with the patient than any other professional, is in an excellent position to assist in any postoperative adjustment difficulties.

oversætterens skriftlige tilladelse.

Litteratur anvendt i oversættelsesarbejdet:

The American College Dictionary

The Oxford Advanced Learner's Dictionary

Medicinske Fagudtryk (Jan Rytter Nørgaard)

AZ Medicinsk Ordbog (B Zetterberg & B. Lindskog)

Århus, 25. februar 2003

Ib Vestergård