
Kjønn, identitet og sykdom

KOMMENTAR

BJØRN HOFMANN

bjoern.hofmann@ntnu.no

Bjørn Hofmann er professor.

Forfatter oppgir ingen interessekonflikter.

Mange takk til Lie og Slagstad for svar på min kommentar (se Tidsskriftet nr. 12) til deres leder (1). Deres presisering av forskjellen mellom en persons kjønnsidentitet, personens kjønnskarakteristika og personens ønske om å endre disse, er viktig. Det er også prisverdig at de ser farene for medikalisering av kjønnsidentitet. Samtidig forblir begrunnelsen for å gjøre kjønnsinkongruens til sykdom høyst uklar.

Hvis det er slik som Lie og Slagstad skriver, at det er «det er patologisering av kjønnsidentiteter som har skapt plager for mange», så burde man vel nettopp være ekstremt forsiktig med slik patologisering. Hvis problemet er fravær av helsetjenester og nærvær av diagnoser, så bør man vel fremme helsetjenestene og ikke diagnosene. Hvis helsetjenestens kategorier er «resultat av historiske prosesser» og av «omfattende kompromisser og praktisk arbeid ... i fagmiljøet, blant transpersoner og aktivister» så blir det uklart hvorfor man skal bruke aktivismen og makten på diagnosen.

Kjønn har utvilsomt vært viktig, men er det ikke nettopp normene for dette man vil endre? Vi bruker «min partner» (og ikke «min kone») og «hen» (og ikke «han»). Det går riktignok smått, men i et slikt perspektiv kan det å skjære i enkeltmenneskers genitalier for å endre kulturelle fenomener virke mot sin hensikt. I tillegg bryter det med medisinens selvforståelse gjennom 3000 år. På veien mot et samfunn der vi vektlegger de indre kvaliteter mer enn de ytre attributter, undres jeg på om det å skjære i folks kropp er den rette måten å forme individ og samfunn på?

Mange vil være enige med Lie og Slagstad i at eksempler som høyde og hår er sære eksempler. Det samme gjelder «body integrity identity disorder» (BIID). Men eksemplene understreker behovet for å sette grenser. Grensebehovet blir ikke borte ved å stemple eksemplene er søkte eller absurde. For ikke altfor lenge siden ble det oppfattet som absurd å skjære i personer på grunn av deres

kjønnsinkongruens. Men den opplevelsen som personer med
kjønnsinkongruens har hatt – og de helseproblemene som fulgte – er kanskje
ikke så forskjellige fra hvordan personer med høydeinkongruens eller «body
integrity identity disorder» opplever det i dag. Det er betydelig makt i å definere
noe som «søkt», uvirkelig, uviktig eller absurd.

Jeg deler Lie og Slagstads implisitte kamp for sårbare grupper, men jeg er
bekymret for de som blir sårbare av å gjøre kjønnsinkongruens til sykdom. Med
en diagnose, og et helsetilbud, følger det gjerne en «standardoppfatning», en
«standardbehandling» og en implisitt anbefaling. Jeg er bekymret for at
skalpellens svar, uavhengig av hva som er spørsmålet – og for at man har
lært lite av legenes håndtering av drapetomani og homofili. Hvis man er opptatt
av å bryte ned normer og barrierer, er det å befeste diagnosenes dikotomier
kanskje ikke den beste veien å gå?

LITTERATUR

1. Lie AK, Slagstad K. Diagnosens makt. Tidsskr Nor Legeforen 2018;
138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0438. [CrossRef]

Publisert: 3. september 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0628
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. mars 2026.