

## TRANSSEXUALISM: EN ÖVERSIKT ÖVER ETIOLOGI, DIAGNOS OCH BEHANDLING

P.T. COHEN-KETTEN\* OCH L. J. G. GOOREN\*\*

\* Rudolf Magnus institut för neurovetenskap, avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Utrechts Universitet, Utrecht, Nederländerna.

\*\*Institutionen för andrologi, Fria Universitetssjukhuset, Amsterdam, Nederländerna.

### INLEDNING

I dagens moderna samhälle har människor som eftersträvar könsbyten inte alltid tagits på allvar. Önskan att genomgå könsbytesoperationer (KBO) har ofta setts som uttryck för någon slags förvirring eller tillfällig nyck. Men denna syn på personer med könsrollsöverträdande identitet, eller beteende, är inte likadan överallt. I t.ex. Oman klär sig vissa män i färggranna kläder av kvinnligt snitt. Dessutom använder de make-up och parfym och tillåts delta i typiska kvinnoaktiviteter. Männerna går under benämningen "Xanith" och har en speciell - men inte nödvändigtvis lägre - status i samhället.

Under de två senaste årtiondena har den negativa inställningen till KBO verkat förändras hos läkare och psykologer. I flera länder sker behandling och diagnosticering nu av specialister - ibland till och med av speciella vårdteam med inriktning på just fenomen runt könsidentitet. Behandlingen täcks också ofta av de nationella sjukvårdsförsäkringarna och juridiska möjligheter finns att ändra i födelseattester och liknande. Sammantaget så är det vetenskapliga intresset för könsidentitetsfrågor på uppgång.

1966 gjorde boken *Det transsexuella fenomenet* av Harry Benjamin, många kliniker uppmärksamma på de potentiella fördelarna med KBO. Boken fick stor genomslagskraft och en störtflod av studier kring transsexualitet kom snart ut. I denna artikel beskriver vi: relevanta aspekter kring det kliniska arbetet, sammanfattar de senaste etiologiska teorierna, undersöker sambandet mellan störd könsidentitet (SKI) hos barn och vuxna, presenterar data om prevalens och könsfördelning av SKI, samt diskuterar vissa kontroverser och studier på olika behandlingar.

Denna översikt är baserad på databassökningar i MEDLINE och PSYCHLIT. Tonvikten är på studie på patienter, snarare än rent teoretiska studier. Just inom områdena som rör psykologisk funktion samt uppföljningar efter KBO fanns en mängd studier att tillgå. Vi har gjort ett urval av de psykologiska undersökningar som

vi tror belyser de viktigaste delarna samt visar på de olika synsätt som finns. När det gäller uppföljningsstudierna så valde vi att inte ta upp alla 82 st själva, utan vi hänvisar till en kommande översikt som snart publiceras på engelska.

## TERMINOLOGI

Ordet *transsexuell* dök först upp i den medicinska litteraturen 1923 i en text av Hirschfeld. Han gjorde ännu inte någon skillnad mellan transvestitism, homosexualitet och det vi idag skulle kalla transsexualism. Det var inte förrän i början på 1940-talet som ordet användes på det sätt som det gör idag: dvs för att beteckna människor som önskar att leva, eller faktiskt lever, permanent i den sociala rollen hos det motsatta könet och dessutom eftersträvar KBO. Strävan att genomgå KBO har sitt ursprung i en upplevd skillnad mellan det kön som kroppen har och det kön man själv uppfattar eller känner att man har (*könsidentitet*).

Grundat på studier kring hermafroditism föreslog Money ett tvådelat synsätt kring könsidentitet. Enligt Money är *könrollen* det sätt som könsidentiteten manifesterar sig i samhället. Transsexualism, enligt hans synsätt, härstammar från en miss i överstämelsen mellan det kön kroppen tilldelats och könsrollen/könsidentitet. Men hos transsexuella är könsrollen (dvs hur allmänheten uppfattar ens könsidentitet) ofta, eller i alla fall under en viss tid, blockerad eller undertryckt. Hos sådana människor är det alltså könsidentiten, och inte könsrollen, som står i motsättningen till det kroppsliga könet. Vi föredrar därför att använda ordet könsroll så som den i allt ökande omfattning används i resten av litteraturen, dvs som beteende, attityder och personlighetsdrag som oftast associeras med personer av det aktuella könet.

I det vanliga diagnosystemet för psykiatriska sjukdomar, DSM-3, dök transsexualism först upp som en diagnos 1980. Men i den senaste versionen av systemet, DSM-4 har ordet "transsexualism" ersatts av uttrycket *störd könsidentitet* (SKI). SKI används för att beteckna personer som uppvisar en stark och varaktig identifikation med det motsatta könet och en ständig otillfredsställelse med det anatomiska könet och dess könsroll. I det internationella klassifikationssystemet för sjukdomar, ICD-10, ett annat vanligt system, listas fortfarande transsexualism som en diagnos. Ett annat uttryck är "könsdysforiskt syndrom" som föreslogs av Fisk 1973. Det uttrycket infattar såväl transsexualism som andra typer av störd könsidentitet och används ofta som en synonym till SKI. Könsdysfori kan sägas vara ett ord för nedstämdhet som beror på en konflikt mellan könsidentiten och det anatomiska könet.

## STÖRD KÖNSROLLSUTVECKLING

Den könsidentitet och den könsroll man får som vuxen utvecklas gradvis under lång tid under uppväxten och påverkas av ett flertal, ofta samverkande faktorer. Under de senaste årtiondena har förståelsen för denna process ökat avsevärt, men fortfarande är det många delar som förblivit gåtfulla. Föräldrar till pojkar med SKI brukar ofta berätta att nästan så fort deras söner lärt sig prata så insisterade de på att prova mammas kläder och skor, och var nästan uteslutande intresserade av flickleksaker. Dessutom lekte de bara med flickor. Sådana barn brukar också ofta visa tydliga tecken på att de missnöjda med att vara pojkar och ha "fel könsorgan". Nyligen har man även upptäckt att barn med SKI oftare förväxlar orden "man/kvinna, pojke/flicka" och överhuvudtaget har en mer diffus bild av vad det innebär att vara av ett visst kön. Det skulle kunna peka på en fördröjning i inläringen av könsrollskonceptet. Men man måste komma ihåg att graden av överensstämmelse mellan könsidentitet, könsroll, och kön vid födelsen alltid varierar. Pojkflickor och pojkar som ibland intresserar sig för flickors leksaker och lekar anser man inte uppvisa SKI.

Många faktorer har lagts fram för att förklara vad som driver könsrollsutvecklingen. Det som studerats mest är familjens och föräldrarnas påverkan samt rena biologiska faktorer. Såvitt vi vet så har det inte gjorts några undersökande studier om hur mer omfattande tendenser i samhället, som t.ex. vilka värderingar som kopplas till de olika könen, skulle påverka uppkomsten av SKI.

### *Föräldra-/familjefaktorer*

Influenser från föräldrarna, som t.ex. extrem närhet till modern, annorlunda psykosexuell utveckling hos föräldrarna, frånvaro av fadern, önskan hos föräldrarna om att få ett barn av motsatt kön, har påstått vara delaktiga i uppkomsten av SKI. Man har trott att sådana influenser skulle försämra barnens möjligheter till att identifiera sig med föräldern av samma kön och/eller utsätta barnen för könsrollsförändrande uppmuntran. Men senare studier har inte visat sig kunna ge några konkreta bevis för att dessa hypoteser skulle vara sanna. Föräldrarnas (emotionella) avstånd till sina söner med SKI, mätt som den tid far och son umgåtts tillsammans, har visat sig ha betydelse, men denna observation skulle lika väl kunna vara en konsekvens av att pojkarna redan har SKI och därför blir mer feminina.

Studier som undersökt de psykopatologiska tillståndet hos föräldrar till barn med SKI har gett en viss koppling, men vilka mekanismer det i så fall skulle vara som ger upphov till just SKI – och inte andra typer av psykologiska störningar – vet man

ingenting om. Man kan också tänka sig det motsatta, att beteenden hos barnen ger upphov till en speciell respons hos föräldrarna så att speciellt känsliga barn skulle kunna drivas åt "fel" håll. Ytterligare en orsak till kopplingen mellan psykopatologi hos föräldrarna och SKI-barn kan förstås vara att föräldrar som har eller har haft psykologiska problem i mycket större utsträckning tenderar att söka professionell hjälp till sina barn, jämfört med föräldrar som inte varit i kontakt med psykiatrivården tidigare. En annan intressant iakttagelse, som stöds av såväl kliniska som experimentella studier är att pojkar med SKI i allmänhet anses som mycket attraktiva, medan det motsatta gäller för flickor med SKI.

Tillbakablickande studier där man frågat vuxna transsexuella har visat på skillnader i hur man beskriver sin uppväxt jämfört med en normal kontrollgrupp. Transsexuella män (man till kvinna = M-K) beskrev sina fäder som mindre emotionellt engagerade, mer avståndstagande och mer (över)kontrollerande än vad männen i kontrollgruppen gjorde. Transsexuella kvinnor (kvinna till man = K-M) beskrev båda föräldrarna som mer avståndstagande och mindre emotionellt engagerande, men endast sina mödrar som mer (över)beskyddande jämfört med hur kontrollgruppen beskrev sina föräldrar.

Med stöd av ovanstående kan man alltså säga influenser från föräldrarna kan ha en viss betydelse för utvecklingen av SKI. Men troligtvis är det så att miljöfaktorer som barnuppfostran kan leda till vissa, men långtifrån alla typer av SKI. För utvecklingen av vissa lättare former av SKI kan det vara tillräckliga faktorer. Men för utvecklingen av mer omfattande tillstånd så verkar det inte räcka med endast miljöfaktorer, utan biologiska faktorer måste också till.

### *Biologiska faktorer*

I början av 1900-talet blev det klart att den sexuella differentieringen, dvs hur man blir av manligt eller kvinnligt kön, inte är fullständigt klar bara för att de yttre könsorganen har bildats (det kriterium som man baserar det nyfödda barnets könstillhörighet på). I hjärnan pågår också en könsdifferentiering, även om det råder debatt om i vilken utsträckning. Hos lägre däggdjur leder detta till en utveckling av beteendemönster som kompletterar det anatomiska könet.

En manlig differentiering av hjärnan sker i närvaro av testosteron under den speciella tidspunkt då hjärnan differentieras med avseende på kön. Saknas testosteron blir differentieringen av hjärnan istället kvinnlig. I djurstudier har frånvaron, eller närvaron, av testostereon under den kritiska perioden visat sig kunna påverka strukturen i vissa delar av hjärnan. En annan effekt av testosteron är att hypofysens förmåga att svara på östrogenstimulering försvinner [vilket behövs för t.ex.

menstruering -PL]. Men den närmast dogmatiska inställningen att alla skillnader mellan män och kvinnor har en [hormonell] biologisk grund har ifrågasätts de senaste åren. Man har föreslagit att en del skillnader mellan män och kvinnor är genetiskt bestämda, oberoende av hormonell påverkan.

En avvikelse mellan könsorganens differentiering, å ena sidan, och hjärnans differentiering, å andra sidan, har därför lagts fram som en förklaring till transsexualism. Den biomedicinska forskningen på transsexualism har därför riktat in sig på följande tre områden: (1) könsidentiteten hos personer som utsatts för annorlunda hormonnivåer under fostertiden: t.ex. effekten av för mycket testosteron på flickfoster och omvänt, för lite testosteron hos pojkfoster; (2) hur hypofysen svarar på östrogenstimulering; (3) undersökningar av hjärnstrukturer som ser annorlunda ut hos män och kvinnor.

Flickor som exponerats för ovanligt höga nivåer av testosteron under fostertiden, något som t.ex. kan hända vid s.k. medfödd adrenal hyperplasi (MAH), skulle alltså förväntas utveckla en manlig könsidentitet, även om de uppfostrades som flickor. Några sådana fall har också rapporterats, men i de flesta fall blir inte flickor med MAH transsexuella. Transsexualism var inte heller vanligare hos foster som utsatts för s.k. progestagener, som kan ha antiandrogena eller androgena effekter, och detsamma gällde för foster som exponerats för östrogenlika läkemedel som diethylstilbestrol. Däremot fann man i dessa studier att vissa andra aspekter av könsrolls beteendet trots allt blev påverkade.

I studier inom område (2) utgick man från att det borde gå att utläsa någonting om hjärnans sexuella differentiering genom att titta på hur hypofyshormonerna regleras. Baserat på vad man sett i djurstudier sattes en hypotes upp att hypofysen hos M-K, precis som hos kvinnor, skulle svara på östrogenstimulering. Det motsatta skulle också kunna observeras hos K-M. Detta observerades också en studie av Dörner m. fl., men i senare studier som utfördes med mer rigöros metodik kunde inte resultaten bekräftas.

Den tredje inriktningen inom forskning kring biologiska faktorer bakom SKI representeras av de studier som gjorts på könsspecifika hjärnregioner hos transsexuella. Hos människor vet man som sagt att strukturen hos vissa regioner i hypothalamus varierar mellan kvinnor och män. Man tänker sig då att skillnader i dessa strukturer skulle ligga bakom skillnader i könsidentitet, reproduktion och sexuell orientering. Nyligen fann man hos sex stycken M-K att ett sådant könsspecifikt område i hypothalamus inte bara var uttalat mindre än hos vanliga män, utan också av precis samma storlek som hos kvinnor. Denna första studie som visade på kvinnlig hjärnanatomi hos manliga transsexuella gjordes av Zhou m. fl. Icke-transsexuella, som hade tagit östrogener i samband med medicinsk behandling uppvisade ingen

förändring i hypothalamas, vilket pekar på att skillnaden i storleken hos området inte berodde på de hormonbehandlingar som de transsexuella gått igenom. Det bör påpekas att könsspecifika strukturer i hjärnan hos djur däremot styrs av hormoner, men för människor har man alltså inte några direkt bevis för att så är fallet.

## SAMBANDET MELLAN STÖRD KÖNSIDENTITET I BARNDOMEN OCH TRANSSEXUALISM

Alla barn som uppvisar SKI blir inte transsexuella i vuxen ålder. Studier av pojkar med SKI har visat att det råder ett starkare samband mellan tidig SKI och homosexualitet senare i livet, snarare än transsexualism. Det stämmer överens med intervjuer med vuxna homosexuella, som i allmänhet mindes att de sysslade med könsrollsöverskridande aktiviteter i högre grad än vad heteosexuella gjorde.

Att så få barn med SKI senare blir transsexuella kan förklaras på många sätt. Det är möjligt att graden av störning av könsidentitet i barndom inte är relaterad till den som uppvisas i vuxen ålder. I så fall skulle bara ett fåtal mycket extrema fall bli transsexuella, medan majoriteten skulle homo- eller heterosexuella. Man kan också tänka sig att i en liten grupp av barn med SKI, så manifesteras bara en del fall av transsexualism direkt efter puberteten, men en stor del av fallen kommer att visa sig vara transsexuella senare i livet. I de flesta studier av SKI-barn brukar uppföljningen bara ske till senare tonåren och därför skulle man alltså potentiellt kunna missa vissa fall. Zucker och Green har gett tre andra förklaringar: (1) eftersom SKI är så pass ovanligt [se nedan] så måste man göra mycket större undersökningar för att få riktiga resultat; (2) möjligheten att själva uppföljningen i sig påverkar utvecklingen av vuxen transsexualism; och kanske mindre troligt (3) att föräldrar till "framtida" transsexuella skulle vara mindre benägna att söka klinisk hjälp till barnen i låga åldrar, vilket skulle göra att det är mest "icke-transsexuella" SKI-barn som studeras i undersökningarna.

## PREVALENS OCH KÖNSFÖRDELNING AV SKI

Det har inte gjorts några studier på hur pass utbredd SKI är bland barn. Uppskattning av hur pass utbredd transsexualism är görs vanligen baserat på hur många transsexuella patienter som behandlats vid de nationella centren eller från rapporter från psykiatriker. De siffror som ges varierar stort mellan olika studier. Tidiga studier gav en prevalens på mellan 1:100 000 och 1:24 000 hos män och 1:400 000 till 1:100 000 hos kvinnor. I två senare studier från Singapore och Nederländerna rapporterades något högre frekvens: 1:10 000 hos män och 1:30 000 hos kvinnor. I båda länderna hade man också tidigare sett lägre frekvenser. Man tror att de högre

siffrorna i senare studier kan bero på att det tidigare var mycket svårare att få behandling för transsexualism och att det i högre grad än nu var förenat med social stigmatisering. Men skillnaderna kan också bero på hur man genomfört undersökningarna. I t.ex. Västtyskland ligger uppskattningar baserade på hur många som ansökte om KBO mellan 1981 och 1990 också närmare tidigare rapporter, nämligen 1: 42 000 för män och 1: 104 000 för kvinnor. I en svensk studie som omfattade 2,5 miljoner invånare sågs också en total [män + kvinnor] prevalens på 1:130 000 - men med en könsfördelning på 1:1. Andra avvikelser från den vanligast rapporterade könskvoten om 3:1 (män:kvinnor) har setts i Poland och f.d. Tjeckoslovakien. Könsfördelningen hos ungdomar som ansökt om KBO vid våra egna kliniker närmade sig också 1:1 (data från 120 patienter). I yngre åldrar är fördelningen bland de som söker hjälp mycket annorlunda. Vi har sett att det är ungefär 5-6 gånger fler pojkar än flickor. Från de här siffrorna verkar det alltså som att ett litet, jämfört delat, antal pojkar och flickor med SKI tidigt i livet ansöker om KBO medan en större del pojkarna med SKI senare i livet ansöker om KBO.

## BEHANDLING AV TRANSSEXUELLA: PSYKOTERAPI ELLER KBO?

Könsbytesoperation (KBO) som en lösning på de transsexuellas problem har debatterats alltsedan de första operationerna genomfördes på 1930-talet. Många psykoterapeuter betraktade transsexualism som en vanföreställning, en psykologisk försvarsmekanism mot ångest på grund av att inte kunna uppfylla sin könsroll eller kanske som ett resultat av ofullständig separation från modern. Man ansåg att man borde hjälpa transsexuella genom att försöka bryta upp de emotionella konflikterna som drev önskan att genomgå KBO endast genom psykoterapi. Men från de fallstudier man har undersökt så har man inte sett särskilt mycket bevis för att bara psykoterapi skulle kunna ändra könsidentiteten. Man tror att det beror på:

1. Att bedömningar av könsidentitet varierade avsevärt från fall till fall. Och därför baserades också eventuella framgångar av behandlingen på oklara kriterier, som t.ex. den behandlande psykoterapeutens helhetsbedömning.

2. Att önskan att genomgå KBO ibland försvinner av sig själv, utan att psykoterapi har satts in. En del transsexuella avstår från KBO av olika skäl som t.ex. rädsla för att förlora kontakt med familj/vänner eller bli socialt missanpassad, men väljer ibland att fortsätta med KBO många år senare. Så en del fall som hävdats som "botade" kanske i själva verket bara representerat en tillfällig uppskjutning.

3. Många av de studerade fallen har beskrivit patienter med mycket stark motivation att förändra sin könsidentitet och genomgå KBO. Men i de flesta fallen av ansökningar om KBO ser man inte denna starka motivation.

Kontrollerade studier där patienter med en mycket uttalade SKI slumpmässigt tilldelats antingen psykoterapi eller KBO har dock inte gjorts. Det ser dock ut som den enda rationella lösningen är att förändra kroppen så att den passar könsuppfattningen istället, eftersom det visat sig så svårt att förändra en redan väl etablerade könsidentitet.

Denna lösning får också stöd av vissa tidiga studier som inte såg en ökad förekomst av psykologiska störningar hos transsexuella. Det har senare gjorts ytterligare studier för att undersöka det psykologiska tillståndet hos transsexuella, men resultaten är motstridiga. Som vanligt kan en del av skillnaderna bero på hur studierna utförts och vilka instrument man använts sig av. Enligt Lothstein skulle en annan förklaring vara att transsexualism i själva verket är ett borderline-fenomen [*på gränsen mellan det normala och det sjukliga* - PL]. I så fall skulle patienterna främst uppvisa psykologiska störning under stress eller med speciellt konstruerade formulär för att upptäcka borderline-personlighet. Detta fenomen observerades i tidiga studier, men i modernare studier så talar inte resultaten lika tydligt för borderline-patologi. En mer sannolik förklaring till alla motstridiga resultat är att hittills så har transsexuella betraktats som en homogen grupp. Om så inte är fallet så skulle resultaten därför kunna variera beroende på vilka patienter som ingått i de olika försöksgrupperna.

Flera forskare har just föreslagit en mer noggrann indelning av fenomenet transsexualism. Blanchard har föreslagit "homosexuella transsexuella" (dvs de som är sexuellt orienterade mot det egna könet) och "ickehomosexuella transsexuella" som två undergrupper. Andra termer för att beskriva ungefär samma indelning är transsexualism i "tidigt debuterande" resp. "sent debuterande" och "primär" resp. "sekundär" transsexualism. Blanchards homosexuella grupp har visat sig söka hjälp tidigare, i större grad uppvisat SKI under barndomen, vara mindre intresserade av crossdressing i erotiskt syfte samt i allmänhet vara mindre ångerfulla efter en KBO. Att den heterosexuella gruppen har svårare att anpassat sig efter operation kan lätt förstås med tanke på att denna grupp förmodligen haft en längre historia av obehandlad könsdysfori och i större utsträckning försökt leva i sin "kroppsliga" könsroll. Många kan också starka band till sitt medfödda kön genom att t.ex. vara förälder eller leva i relation med någon av motsatt kön [*som inte är homosexuell* - PL]. Patienter ur den heterosexuella gruppen söker ofta hjälp i samband med en längre period av stress orsakad av de inte kunnat stå ut med leva i sin kroppsliga könsroll.

Ytterligare stöd för denna indelning kan hittas i en studie av Blanchard och

Sheridan. De fann att homosexuella manliga transsexuella kom från syskonskaror med en stor andel bröder samt att de ofta var ett av de yngsta barnen. Denna relation till syskonen kunde man inte se hos ickehomosexuella transsexuella. Utöver detta visade det sig också att homosexuella transsexuella var kortare, lättare och lättare i förhållande till sin kroppslängd än ickehomosexuella t.s. Sammantaget så är det tydligt att det verkar finnas åtminstone två typer av transsexuella.

Det skulle alltså kunna vara så att i de studier som fann psykopatologi hos transsexuella så ingick främst ickehomosexuella, medan det i de andra studierna ingick en högre andel homosexuella transsexuella. I såväl framtida forskning, som i det kliniska arbetet, är det därför viktigt att man tar hänsyn till denna distinktion mellan olika typer av transsexuella.

## DIAGNOS

Än så länge finns det inga objektiva kriterier för att diagnosticera transsexualism. Man är helt beroende av den, ibland mycket subjektiva, informationen som förmedlas av patienterna, eftersom det saknas psykologiska instrument för att "mäta" transsexualism. Vissa patienter förändrar medvetet, eller omedvetet, sina livshistorier för att uppnå målet att rekommenderas för KBO. Information från tredje part går inte alltid att få tag i för att bekräfta patientens egen berättelse. Just på grund av den subjektiva karaktären hos den tillgängliga information blir den diagnostiska proceduren omfattande och tidskrävande.

Det sätt som rekommenderas enligt *Standards of Care of the International Harry Benjamin Gender Dysphoria Association*, en organisation som samlar professionell inom området transsexualism, bör vägen till KBO gå i två steg. I det första steget ställs en diagnos baserat på en formell psykiatrisk utvärdering enligt DSM eller ICD. Men för att beslutet skall tas att börja med en KBO anses inte detta som tillräckligt. I t.ex. DSM-systemet är ett kriterium: "en stark och ihållande identifikation med det motsatta könet". Det finns dock inte några specifikationer om hur lång tid "ihållande" t.ex. är, och kliniker kan därför ha skilda åsikter om lämpligheten med en KBO, trots att de formella kriterierna på sätt och vis är uppfyllda. Dessutom kan man behöva göra riskbedömningar för sannolikheten att en KBO misslyckas, eftersom även patienter som uppvisar en extrem identifikation med det motsatta könet kan misslyckas med att genomföra de drastiska livsstilsförändringar som följer efter en KBO. Därför har man alltså ett andra steg där patientens drivkraft och förmåga att leva i sin önskade könsroll testas och utvärderas.

I detta steg samlar man alltså information om den sökandes allmän och psykosexuella utveckling, genom att undersöka typen av *crossdressing*, deras sexuella läggning, sexuella beteende och kroppsbild. En del, men inte alla, behandlingscentra använder sig av psykodiagnostik för att upptäcka psykopatologi hos patienterna samt göra en bedömning av intellektuella och emotionella egenskaper. Man samlar också information om det sociala nätverket eftersom det sociala stödet under könsbytesprocessen är ytterst viktigt. För att förhindra orealistiskt höga förväntningar på livet efter en KBO, informeras också patienterna noga om vilka möjligheter och begränsningar som finns med dagens KBO. Potentiella riskfaktorer för postoperativa problem behöver inte vara en avgörande kontraindikation för framtida behandling, men måste alltid tas med i bedömningen, så att man kan erbjuda utökat stöd under behandlingsperioden, om så krävs.

*Olika typer av diagnoser:* alla som ansöker om KBO visar sig inte vara transsexuella. T.ex. så har en del unga homosexuella män en livshistoria med stereotypiskt kvinnliga intressen och *crossdressing* - kanske har de varit barn med SKI. När de senare upptäcker sin sexuella attraktion till män, misstar en del sin homosexualitet för transsexualitet. Önskan att genomgå KBO kan också finnas hos: fetischistiska transvestiter; personer som känner sig könlösa, t.ex. vid s.k Skoptiskt syndrom; ego-dystoniska homosexuella; personer med tillfälliga stressrelaterade perioder av *crossdressing* samt hos patienter med allvarliga psykiatriska åkommor som schizofreni.

När DSM-4-kriterierna inte är helt uppfyllda används beteckningen "Ej specificerad störd könsidentitet". För mindre uttalade störningar finns det i ICD tre ytterligare kategorier utöver transsexualism: "Tvårollstransvestitism" när någon bär det motsatta könets kläder för att uppnå tillfällig, men inte permanent, tillhörighet i den andra könsrollen; "Störd könsidentitet av annan typ" samt "Störd könsidentitet, ospecificerad". För de två sista kategorierna finns inga angivna kriterier.

En del individer med SKI, som i medierna ofta kallas för transgenderister, eftersträvar inte ett fullständigt könsbyte. Istället försöker de integrera maskulina och feminina sidor av sig själva och är bara intresserade av en del av de medicinska behandlingarna, antingen hormonterapi eller vissa former av kirurgi. Denna typ av förfrågningar bör nog fortfarande behandlas med stor försiktighet från sjukvården, eftersom det saknas både formella sätt att ställa diagnos på och behandlingsprotokoll. Det är något som behövs i framtiden.

*Ungdomar:* den diagnostiska proceduren för ungdomar är i stort sett densamma som för äldre sökande, men mer utförlig och därför ännu mer tidskrävande. Man skulle kunna hävda att ungdomar aldrig borde få tillåtas påbörja könsbyte, vilket också är den policy som gäller i många länder. Men å andra sidan kan tidig behandling

vara värdefullt eftersom alla av kroppens könskaraktäristika inte har hunnit utvecklas och därför kan förhindras. Unga M-K upplevs t.ex. mycket lättare som kvinnor om de har mindre skäggväxt och en ljusare röst. Sker behandlingen flera år senare kommer rösten alltid ha en manlig karaktär och många års smärtsam, och dyr, behandling med elektrisk depilation krävs för att ta bort ansiktsbehåring. Hos K-M blir bröstreduktion enklare att genomföra och med mindre ärrvävnad som följd, eftersom bröstet är mindre. Ett annat argument för tidig behandling är att vad som skulle kunna bli en avstannad emotionell, social och intellektuell utveckling kan förhindras lättare om det grundläggande problemet har åtgärdats. Eftersom tidig icke-psykologisk behandling av unga fortfarande är under utveckling finns ytterligare kriterier för att genomföra behandling. Några studier på hur pass nödvändiga de är har dock inte gjorts. Några av kriterierna är:

1. Den ansökanden måste ha uppvisat livslång, stark och fullständig könsöverskridande identitet. Vid puberteten ska dessa känslor ha blivit mer uttalade, snarare än mindre uttalade.
2. Det ska inte finnas psykopatologi i bakgrunden, såvida det inte är problem som förmodligen är en konsekvens av att leva i en oönskad könsroll.
3. Den ansökande ska ha en fungerande socialt nätverk (stödande familj, klara sig bra i skolan osv). Det anses vara viktigt att sjukvårdspersonalen och familjen har regelbunden kontakt.

### *Diagnos - Steg 2*

I den andra diagnostiska fasen så måste patienten leva permanent i den nya könsrollen. Familjemedlemmar måste informeras om den förstående ändringen och ett nytt förnamn måste bestämmas. När det gäller hormonterapi varierar policyn mellan olika behandlingscentra. Vissa kräver en period av framgångsrikt liv i den nya rollen utan hormonbehandling, medan andra skriver ut hormoner så fort Steg 2 påbörjas. Ibland krävs deltagande i ett antal obligatoriska psykoterapisessioner, men obligatorisk psykoterapi har visat sig ha flera nackdelar. Hos de flesta som ansöker om KBO är motivationen för att delta i psykoterapi mycket låg, eftersom de förväntar sig att alla problem de har ska försvinna efter KBO. Andra tenderar att vara misstänksamma mot psykoterapeuten eftersom de - ibland med rätta - är rädda för att bli nekade KBO om de talar öppet om sina problem.

Den underliggande tanken med att vänta med hormonbehandling är den ansökande ska få tillräckligt med möjligheter att i fantasin, och i praktiken uppleva de olika konsekvenserna med ett könsrollsbyte. Under tiden ska de också få tid att bearbeta eventuella tvivel och olösta personliga frågor innan man sätter in behandling

som ger irreversibla fysiska förändringar. Patientorganisationer är ofta mycket kritiska till sådana upplägg. De menar att den diagnostiska proceduren görs onödigt lång, och därmed dyr. Här behövs verkligen studier som skulle kunna bekräfta att tanken att utfallet efter avslutade behandling verkligen står i proportion till strängare krav. Tyvärr finns det idag inga studier som undersökt vilka delar i de nuvarande behandlingarna som är nödvändiga för framgång.

När man tar beslut om behandling bör typen av transsexualism och därmed associerade risken tas med i bedömningen, eftersom behandlingsresultatet för heterosexuella transsexuella verkar vara sämre än för homosexuella transsexuella. Hos heterosexuella (sent debuterande) transsexuella, som ofta är mer tveksamma till KBO, kan man behöva justera hormonbehandlingen. De kan t.ex. ges endast antiandrogener i ett par månader i början av behandlingen. Andra alternativ kan vara ett förlängt "levnadstest" med hormoner, eller att hormonbehandling sätts in först efter en tid (se ovan).

Dysforiska känslor avtar vanligtvis som resultat av de första kroppsliga förändringarna från behandlingen och möjligheten att leva i den nya sociala rollen. Under levnadstestet krävs regelbunden kontakt med psykolog eller psykiater som är insatta i fallet. I samband med dessa sessioner bör tonvikten främst vara på de sociala förändringar som krävs, eftersom detta "förvandlingssteg" alltid brukar vara omvälvande.

## BEHANDLING

*Psykologiska metoder:* Patienter som framförallt är förvirrande över sin könsroll, eller vars önskan om KBO verkar härstamma från andra faktorer än en genuin och fullständig könsidentitetsstörning, hjälps förmodligen bäst av flera olika typer av psykologiska behandlingar. Sådana åtgärder kan hjälpa patienterna att bättre förstå och hantera könsrollsproblem, och att försöka hitta alternativa lösningar till sina problem. Exempel på sådana lösningar är att endast leva könsrollsöverskridande på deltid (i den önskade rollen endast i en accepterande omgivning) eller att försöka hitta stressfaktorer som frammanar önskan till *crossdressing* och försöka tackla dem på annorlunda sätt. För de som vill försöka att hitta metoder att leva med könsdysfori och inte genomgå KBO har gruppamtalsterapi föreslagits. Information från gruppmedlemmar i olika stadier av förståelse för sina könsidentitetsproblem och stöd till att hitta sätt att hantera problemen verkar vara de främsta fördelarna från gruppterapi. Äktenskapsrådgivning och familjterapi hjälper till att lösa konflikter mellan partners och familjmedlemmar snarare än individuella psykologiska konflikter. Läkemedelsbehandling (låga doser av litiumpreparat) kombinerat med psykoterapi har

rapporterats vara framgångsrikt i fall med skoptiskt syndrom tack vare att medicinering gör patienterna mer mottagliga för psykoterapi. Behandling på psykiatrisk klinik kan behövas för patienter som befinner sig i allvarliga psykiatriska tillstånd. Tyvärr har inte effektiviteten av dessa typer av interventioner undersökts i formella studier. Utfallsstudier, där särskilda former av psykoterapi för olika undergrupper av patienter med SKI provats skulle onekligen ge värdefull information om vilka typer av behandlingar som är lämpliga för patienter med SKI. Men det låga antalet fall och de stora skillnaderna inom patientergrupper gör att det är osannolikt att den typen av studier kommer att kunna genomföras inom den närmaste framtiden.

Psykoterapi eller rådgivning kan också vara av värde för patienter som bedöms lämpliga för KBO. De kan t.ex. behöva hjälp med att komma över ängslan inför framtiden eller behöva stöd när de "kommer ut" eller försöker anpassa sig den nya livssituationen.

*Hormonbehandling:* den sociala förändringen under "levnadstestet" underlättas vanligen av hormonterapi. Före behandlingen startas görs en medicinsk undersökning för att upptäcka ev. kromosom- eller hormonstörning samt förhindra komplikationer som kan uppkomma.

Hos M-K kan få en tillbaka gång av ursprungliga könskaraktäristika med s.k. LHRH-agonister eller progestagena ämnen, som medroxyprogesteronacetat. Effekten uppkommer genom att ämnena stör androgenproduktionen. En annan variant är att blockera androgenernas effekter, vilket sker med läkemedel som spironolakton, flutamid, eller vanligast, cyproteronacetat. De konkreta resultaten av denna typ av hormonbehandling är drastiskt minskad kroppsbehåring, erektionsförmåga och sexualdrift. Ansiktsbehåring är dock mycket motståndskraftig mot antiandrogenterapi, så kompletterande hårborttagning med elektrisk behandlingar behövs normalt för fullständig "avmuskulinisering". Utöver det är det också nödvändigt med röstträning, eftersom stämbanden inte förkortas av hormonbehandlingen. Kirurgiska metoder för att förkorta stämbanden är fortfarande endast på experimentstadiet. För att slutligen utveckla kvinnliga könskaraktäristika, som bröst och en mer kvinnlig kroppsform, används östrogener. Hormonerna omfördelar fettupplagringen till midja, höfter och skuldror och ger på så sätt mer kvinnligt utseende.

Hos K-M är proceduren enklare och man använder endast androgener för att få en mer manlig kroppsform, med t.ex. mer kroppsbehåring och större muskelmassa. En lägre röst erhålls också genom hormonerna eftersom stämbanden blir längre i likhet med vad som händer under puberteten (för pojkar).

*Kirurgisk behandling:* när levnadstestet har resulterat i en god social rollförändring är patienten redo för kirurgi. Hos M-K utförs vaginakonstruktion/vaginoplastik, och ibland till följd av dåligt svar hos bröstvävnad

av hormonbehandlingen, bröstförstoring. Hos K-M gör man däremot alltid bröstreduktion. Falloplastik befinner sig fortfarande på experimentstadiet och en del K-M föredrar testikelproteser, med eller utan s.k. metaidoioplatik där man opererar om den hypertrofiska klitoris till en "mikrofallos".

## UTFALL AV BEHANDLINGEN

Alltsedan de första KBO gjordes har det gjorts många studier för undersöka den terapeutiska effektiviteten av KBO. Pfäfflin och Junge gjorde en omfattande analys av 79 st studier gjorda mellan 1961 och 1991 (efter 1991 har också ett flertal ytterligare studier tillkommit). De flesta studier gällde bara förhållandevis små grupper och patienter och endast 7 st inkluderade mer än 50 patienter. Överhuvudtaget rådde en stor variation med avseende på metodik, antal patienter och vilka kriterier man använde för "lyckat" utfall. I många studier definierades postoperativ framgång med en kombination av kriterier, ibland även med s.k. objektiva kriterier som anställning och bostadssituation. Så som vi ser det bör dock förbättring av den typen av faktorer ses mindre viktiga i jämförelse med det huvudsakliga behandlingsmålet: att råda bot på könsdysforin.

Trots skillnaderna mellan studier går det att dra den generella slutsatsen att KBO effektivt botar den dysfori som transsexuella lider av. Procenttalen varierar, från äldre studier fås siffrorna 71,4% lyckade behandlingar för M-K och 89,5% för K-M. Nyare studier har visat på ännu högre tal: 87% för M-K och 97% för K-M. Negativa utfall, som stark ånger efter operation, har också beskrivits. Pfäfflin och Junge undersökte t.ex. 18 st M-K och 5 st K-M som efter att ha genomgått KBO återgått till sina gamla könsroller p.g.a. stark ånger. Exakta siffror på hur många som ångrar sig är svåra att få, men baserat på kriterier som namnbyten och återansökningar om KBO har siffran 0,4% getts (57 st av totalt 1422 patienter).

Genom att analysera patienthistorier från de som uppvisat ånger efter operation har man kommit från till att de flesta fall kunnat undvikas genom noggrann diagnos, längre levnadstest, och bättre kvalitet på KBO. Faktorer som associerats med sämre utfall av behandlingen är "sekundär" transsexualism, ansökan sent i livet, dåligt resultat av kirurgi, självmordsbenägenhet, dålig social funktion, förlust av vänner och familj, dåligt förtroende för sjukvården och samhällets attityder mot transsexuella. De flesta uppföljande studier av patienter visar dock att en lyckad behandling för könsidentitetsproblemen inte är samma sak ett problemfritt liv. Det är därför som psykologisk hjälp också ska erbjudas efter KBO. Hos en del patienter uppstår behovet av psykoterapi inte förrän det huvudsakliga målet (KBO) har uppnåtts. Det är först

då de tillåter sig själva att fokusera på andra livsproblem, eller accepterar att den nya könsrollen kan medföra fler problem än de tänkt sig. En undersökning av postoperativa problem indikerade också att psykoterapi eller rådgivning i just den här fasen ledde till ett avsevärt bättre utfall efter behandling.

I de flesta fall fungerar behandlingen bättre för K-M än M-K. Orsaken kan vara: att de har lättare att övertyga i sin nya könsroll, en mindre stigmatiserad barndom, "typen" av transsexualism (med behandling tidigare i livet) eller kanske en kombination av alla faktorer.

## SLUTSATS

Baserat på de studier som gjorts hittills är det tydligt att transsexuella som inte uppvisar allvarlig psykopatologi mår bäst av att få behandling så fort som det är möjligt efter att de har fått en tillförlitlig diagnos. Psykoterapi eller rådgivning kan behövas utöver KBO, men är sannolikt av mindre hjälp om den är obligatorisk.

Transsexualism bör inte ses som ett homogent fenomen och detta måste tas hänsyn till såväl inom forskningen som på klinikerna. Förhoppningsvis leder det till en bättre förståelse för olika fenomen inom transsexualism och en mer individuellt anpassad behandling. Transsexuella med aktuell psykopatologi, eller tillhörande gruppen av icke-homosexuella, äldre, bör inte heller nekas behandling, men dessa patienter behöver en ännu noggrannare diagnostik, en anpassade (hormon)behandling, och mer terapeutiskt stöd innan man komma fram till att KBO är den bästa behandlingen.

För att kunna göra framtidens behandling mer individuell och empiriskt baserad bör flera storskaliga studier göras, i kombination med detaljerade analyser av patienter som ångrar sig efter operation. Även resultatet av psykoterapi med SKI-patienter behöver följas upp bättre. [=vi vill ha mer pengar till vår forskning - PL]