

MICHAL TRACZYK, MATILDA WURM
& LIA AHONEN

”Det är ju inget vi frågar efter som psykologer”

Psykologers upplevelse av klienter
med könsöverskridande beteende

PSYKOLOGER INOM KOMMUN, landsting och den privata vården möter klienter med allt mer varierad problematik, och olika klientgrupper har skiftande behov. Psykologers bild av klientgruppen påverkar det professionella mötet och som en följd av detta, i vilken utsträckning klientens behov tillgodoses. Föreliggande studie syftar till att undersöka psykologers upplevelser av mötet med klienter med könsöverskridande beteende (KÖB). Artikeln grundar sig på en explorativ studie där fem kliniskt verksamma psykologer med erfarenhet av att möta klienter med KÖB intervjuades.

Historisk tillbakablick

Den västerländska medicinens utveckling har påverkat samhällets syn på kön och bidragit till patologiserande av individer som uppvisar KÖB (Johannisson 1990; Stryker och Whittle 2006). Psykologin som vetenskap utvecklade sina egna teorier om sexualitet och könsidentitet (Clarke m.fl. 2010) och har fortsatt inflytande över samhällets syn på KÖB. Vidare upprätthåller diagnosmanualerna könsdikotomin genom att definiera vissa KÖB som diagnoskriterier för transsexualism (WHO 1992). Sammantaget bidrar detta till att såväl forskningen som prakti-

ken alltfjämt genomsyras av heteronormativa antaganden (Clarke m.fl. 2010). Fördomar och patologisering märks genom reaktionerna som personer med KÖB stöter på i sin omgivning (Burgess 2000; Roth, Boström och Nykvist 2006). Personer som avviker från normen får ofta negativa reaktioner från såväl omgivningen som professionella vårdgivare, och patologiseras i högre grad än individer med normativa uttryckssätt (Winter m.fl. 2009; Nilsson och Jensen 2010; Bremer 2011). Normgränserna förändras dock över tiden, vilket gör att vissa fenomen som förr ansågs patologiska (exempelvis homosexualitet) eller onormala (exempelvis kvinnor som studerar) avstigmatiserades och nu betraktas som en del av normalvariansen. Fortfarande visar dock studier att könskonträrt beteende bestraffas (Rudman och Fairchild 2004), och att personer med KÖB i högre grad utsätts för mobbing och överfall (Roth, Boström och Nykvist 2006).

Professionellt ansvar och utmaningar

Psykisk ohälsa ökar generellt i befolkningen och även inom gruppen personer med KÖB, vilket ställer krav på professionella att kunna erbjuda anpassade lösningar utifrån denna patientgrupps specifika erfarenheter. Etiskt och evidensbaserat arbete med klienter kräver kompetens och flexibilitet hos behandlaren, samt hänsyn till patientens grupptillhörighet och gruppens särdrag (Øvreeide 2003). Carroll, Gilroy och Ryan (2002) menar att psykologer är produkter av sin egen socialisering och kan känna obehag när de arbetar med personer som avviker från den internaliserade normen. Detta är inte specifikt för klienter med KÖB utan allmängiltigt och därför väl förankrat i de etiska riktlinjerna för psykologer (Sveriges Psykologförbund 1998). Psykologer har ett professionellt ansvar att inte upprepa omgivningens negativa reaktioner i mötet med klienten (Carroll, Gilroy och Ryan 2002), utan bör hålla sig till definierade diagnosmallar, vilka dock i viss mån är tolkningsbara. I DSM-IV-TR står: "Neither deviant behavior nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the individual." (American Psychiatric Association 2000, xxxi) Som kliniker är det vik-

tigt att medvetandegöra egna reaktioner, så att klienter bemöts på ett professionellt sätt (Bieschke, Perez och DeBord 2007).

I psykologyrket blir samspelet mellan det officiella och det privata synligt när psykologen använder sig själv som verktyg i sin yrkesutövning. Psykologer verkar inom landsting och kommuner, men kan också vara statligt eller privat anställda. Vanliga arbetsuppgifter är terapier (men långt ifrån alla arbetar med det) och utredningar, samt handledning och utbildning av andra yrkesgrupper. De flesta terapier och utredningar sker i landstingets regi inom psykiatrin. Bland utredningar är begåvnings- och neuropsykiatriska utredningar vanligast. En person med KÖB kan alltså träffa på psykologer inom skolan, på arbetsförmedlingen, inom företagshälsovården eller på andra vårdinstanser och på otaliga andra ställen, både för egen del och som anhörig/förälder. Under dessa möten ska psykologer respektera sina klienters olika världsbilder, övertygelser och tro, och ska inte tvinga på dem sina egna övertygelser (Sveriges Psykologförbund 1998). Detta är inte minst viktigt för den terapeutiska alliansen som är grundläggande för ett effektivt behandlings- och utredningsarbete (Brimhall och Butler 2010). Alliansskapandet kräver ett personligt engagemang av psykologen som samtidigt ska undvika att låta personliga värderingar styra klienten, vilket kan vara en svår balansgång. Psykologens egen förförståelse, utbildningsbakgrund och sätt att förklara olika psykiatriska tillstånd påverkar den terapeutiska processen och är faktorer som influerar klinikers professionella förhållningssätt (López m.fl. 1989; Pope och Vasquez 2011). Det finns ett flertal faktorer i de kulturella och kunskapsmässiga olikheter och likheter som uppmärksammas i mötet mellan psykolog och klient, och dessa kan ibland bidra till utmanande och givande dimensioner i det gemensamma arbetet. I DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) står: "Diagnostic assessment can be especially challenging when a clinician from one ethnic or cultural group uses the DSM-IV Classification to evaluate an individual from a different ethnic or cultural group." I de etiska riktlinjerna för psykologer står att olikheter ska respekteras, samt att psykologen ska "vara uppmärksam på de begränsningar som ligger i egna kulturella, klassmässiga och könsmässiga förutsättningar"

(Øvreeide 2003, 276). Trots detta visar studier att transpersoner ibland upplever att de behöver utbilda sina terapeuter innan de kan påbörja terapin (Korell och Lorah 2007; Darj och Nathorst-Böös 2010; Nilsson och Jensen 2010) eller att de bemöts på ett invaliderande sätt (Korell och Lorah 2007). Sammantaget leder detta till att ett avstånd skapas och upprätthålls mellan psykologen och klienten, vilket i sin tur kan betraktas som terapistörande och ha negativa konsekvenser för klienters hälsa och välbefinnande.

Könsöverskridande beteende

I denna artikel används begreppet "person med könsöverskridande beteende" synonymt med begreppet transperson. Anledning till detta är att KÖB användes i kontakt med respondenterna för att inte begränsas av okunskap om vad som ingår i paraplybegreppet transperson. KÖB är ett samlingsbegrepp för många olika företeelser som personer använder för att definiera och uttrycka sin könsidentitet. De flesta personer med KÖB identifierar sig som män eller kvinnor, men det finns en minoritet vars könsuttryck och identifikation ligger utanför könsdikotomin (Bornstein 1994; Feinberg 1997; Volcano och Halberstam 1999; RFSL 2001; Roth, Boström och Nykvist 2006). För några är det viktigt att benämnas med alternativa pronomen, exempelvis hen eller en.

I mötet med klienten bör beaktas om problemen beror på externa faktorer, för att i så fall inrikta behandlingen på hur klienten kan förhålla sig till sin omgivning (Burgess 2000; Carroll, Gilroy och Ryan 2002). Klienter med KÖB är relativt sällsynta inom den psykiatriska vården, där de flesta psykologkontakter äger rum. Klienten löper troligtvis risk att bemötas utifrån psykologens heteronormativa erfarenhet samt att klientens problem individualiseras och att kontexten missas.

Trots risken för felaktigt bemötande har psykologisk forskning visat relativt lite intresse för personer med KÖB (Commissioner for Human Rights 2009; Socialstyrelsen 2010), trots att kunskap om transpersoner och deras livsvillkor efterfrågas (Carroll, Gilroy och Ryan 2002; Commissioner for Human Rights 2009; Socialstyrelsen 2010). Denna underrepresentation kan bero på att KÖB oftast berörs i samband med

diskussioner inom kategorin "HBT(Q)" (homosexualitet, bisexualitet, transperson, queer) där främst homosexuella fokuseras. Arvidsson (2011) har undersökt hur olika aktörer inom vårdapparaten förhåller sig till personer som vill genomgå könskorrigering, men hon inkluderar inte psykologer i sin studie. Däremot har transpersoners upplevelse av vård (Socialstyrelsen 2010), terapi (Nilsson och Jensen 2010) och deras allmänna livssituation (Darj och Nathorst-Böös 2010) undersökts (för en översikt över forskningen, se Bremer 2011). Själva mötet mellan den professionella psykologen och klienten undersöktes endast i ett fåtal studier (Israel m.fl. 2008). Liknande forskning specifikt för svenska förhållanden fanns inte.

Samtidigt efterfrågas kunskap om transpersoner och deras livsvillkor. Socialstyrelsen (2010) förespråkar exempelvis kunskapsutveckling i transfrågor som ett led för att förbättra bemötandet inom vårdsektorn eftersom vården för personer med KÖB bedöms vara bristfällig (Commissioner for Human Rights 2009; Socialstyrelsen 2009). Enligt Korell och Lorah (2007) kommer många psykologer att träffa minst en klient med KÖB, eller en anhörig till en person med KÖB, vilket gör det viktigt att vetenskapligt grundad psykologisk information om KÖB finns tillgänglig inom psykiatrin. Att ha psykologers berättelser som utgångspunkt ger andra perspektiv och möjliggör en mer direkt kartläggning av viktiga faktorer, som i förlängningen kan leda till konkreta förslag för förbättringen av vården.

Samtliga individer som vill genomgå en könskorrigering utreds av specialistteam där psykologer ingår. I dessa team bör en viss grad av erfarenhet med KÖB kunna förutsättas. I föreliggande artikel fokuserar vi på psykologer som inte tillhör dessa specialistteam. Mer specifikt behandlar vi möten inom psykiatrin och har därmed aktivt valt ett verksamhetsområde där det uppstår en tydlig roll som patient.

Metod

Föreliggande studie är kvalitativ och bygger på semistrukturerade intervjuer med fem psykologer som varit i kontakt med klienter med KÖB. Respondenterna rekryterades från en lista över samtliga (96 st.)

kliniska psykologer verksamma i ett svenskt landsting. Kontaktuppgifterna hämtades från landstingets personalkatalog och ett mail med kort information om studien samt förfrågan om deltagande skickades ut. Initialt erhöles sju svar med intresseanmälningar. Av dessa sju intervjuades slutligen fem. En tilltänkt respondent valde att inte delta på grund av ändrad arbetsbelastning och ytterligare en psykolog uppfyllde inte kriteriet att ha träffat på KÖB i sin yrkesutövning, utan enbart i andra sammanhang. I resultatredovisningen benämns de deltagande fem respondenterna som Respondent 1 – Respondent 5.

Intervjuguiden innehöll tre kategorier frågor: psykologens personliga och yrkesmässiga bakgrund, psykologens kontakt med personer med KÖB, och psykologens syn på KÖB och könsidentitet. Intervjuguiden pilottestades och justerades. Samtliga intervjuer genomfördes av två intervjuledare på respektive respondents arbetsplats och spelades in digitalt. Intervjuernas längd varierade mellan 60 och 110 minuter. Varje intervju transkriberades av en av intervjuledarna (hälften var) och överensstämmelsen mellan transkriptionen och inspelningen granskades av den andra. Intervjudata bearbetades genom meningskoncentrering och kodning, vilket innebär att data organiserades, tolkades, analyserades och kategoriserades genom följande steg: genomläsning, utveckling av en kodningsmall som relaterar till studiens syfte, koncentrerat av intervjupersonernas utsagor för att identifiera mönster och nyanser i deras berättelser, och sedan jämförande av dessa resultat i relation till syftet för att på så sätt identifiera möjliga alternativa förklaringar till resultatet (Langdridge 2007; Bryman 2008). Dataanalysen gav upphov till fyra huvudkategorier: utbildning och kunskap om KÖB, subjektiva föreställningar om KÖB, kognitiva och emotionella reaktioner i samband med kontakt med klienter med KÖB, samt patologisering *versus* normalisering av KÖB. Resultatet och analysen presenteras inom ramen för de fyra kategorierna. Majoriteten av respondenterna hade träffat personer som enligt remiss ville ha en utredning om könskorrigering behandling eller en remiss till specialistteamet. Distinktionen mellan transsexuella och övriga transpersoner är viktig att beakta vid läsningen.

Psykologernas utbildning och formella kunskap om KÖB

Två respondenter berättar att de gått sexologikurser där KÖB nämnades. Respondent 5: "Det här var väldigt brett och som sex i konsten och sådär och sex i litteraturen och fysiologi och biologi och så vidare." Med utgångspunkt i respondenternas berättelse syns en tendens till att KÖB endast behandlas marginellt under grundutbildningen och fokus ligger då på psykopatologi istället för förhållningssätt och bemötande (Dahlström, Nilsson och Wallin 2006). De tre psykologer som skulle remittera en klient vidare till ett utredningsteam eller skulle utreda eventuell transsexualitet, letade framförallt uppgiftsinriktad information om hur en utredning görs eller vad utredningsteamet kräver vid remittering. De vanligaste informationskällorna var Socialstyrelsens Rättsliga råd, externa handledare och arbetskamrater, men även internet och vetenskapliga artiklar. Respondenterna berättar att offentliga riktlinjer sällan når fram till dem och att det saknas handlingsplaner och tillgång till relevant information. Ansvar för informationssökandet ligger oftast på de enskilda psykologerna. Tydligt är också att psykologer inte vet varifrån de kan få specialist-handledning och stöd vid arbete med denna klientgrupp, något som anses grundläggande (Bockting, Knudson och Goldberg 2006). Respondenter berättar exempelvis att de gjort mer än utredningsteamet efterfrågar när de börjat utreda klienter och inte bara kontrollerat förekomsten av psykopatologi. Respondent 5 säger: "En period så hade jag en ambition att vara väldigt noga med utredning då, men så var det en patient som ilsknade till och tog kontakt med specialistteamet. Man hamnade ju på något vis lite snett, att det skulle vara i princip klart när man skickar remissen. Men så var det ju inte." Trots att psykologerna själva uppmärksammar brister i sin kunskap om KÖB och dess olika varianter har ingen av dem aktivt sökt information om just detta, något som förklaras med hög arbetsbelastning, i kombination med att psykologer utgår ifrån att allmänpsykologisk kunskap är tillräcklig för att täcka in KÖB. Forskare menar dock att det är viktigt att exempelvis läsa transpersoners egna berättelser för att få en inblick i gruppens specifika sociala kontext (Carroll, Gilroy och Ryan 2002; Bockting, Knudson och Goldberg 2006;

Korell och Lorah 2007; Burnes m.fl. 2009). Øvreeide nämner respekt för kulturella olikheter och uppmärksammande av egna kulturella förutsättningar som en av psykologers yrkesmässiga principer. Han skriver: "[E]gna kulturella perspektiv kan göra oss trångsynta och bli ett hot mot den respekt som våra klienter har rätt till." (Øvreeide 2003, 132) Erfarenheten av klienter med KÖB varierar i undersökningsgruppen. Vissa har haft en eller bara ett fåtal klienter medan en respondent rapporterar 10 klienter med KÖB. Respondent 1 säger: "När det gäller [...] diagnosgrupper som det inte är så många av, [...] så blir man rätt så snabbt profilerad till sådant. Nu kommer jag inte riktigt ihåg varför det var jag som tog den första [...] men jag ställde upp [...]. Sedan när den nästa kom så: 'Jamen, du har ju gjort en sådan tidigare [...]'. Det var typ det som behövdes." Här blir det tydligt att klienttilldelningen på arbetsplatser beror på de enskilda psykologernas intressen och tidigare erfarenheter. Eftersom formell utbildning i ämnet saknas räknas även enstaka kontakter med klienter med KÖB som tillräcklig kunskap. Personer med KÖB utgör dessutom en förhållandevis liten andel av alla klienter som söker psykiatrisk hjälp, vilket gör att en behandlare snabbt får en status av lokal specialist. Förutom yrkesmässig kontakt rapporterar de flesta av respondenterna privata erfarenheter av personer med KÖB. Här nämns dock bara kontakter med homo- och bisexuella, vilket tyder på en begränsad förståelse för begreppen och variationsbredden. Resultatet visar en tendens att relatera KÖB till dessa grupper istället för att betrakta det som allmänt förekommande i samhället i stort. Sammantaget leder dessa brister ofta till att klienterna själva blir en primär kunskapskälla för psykologen (Carroll, Gilroy och Ryan 2002; Nilsson och Jensen 2010). Respondent 1 berättar att kontakten med personer med KÖB har lett till djupare funderingar kring den egna identiteten och det egna könsuttrycket. Hen menar vidare att transsexuella personer inte ser sig själva som psykiskt sjuka och berättar: "Någonstans mellan raderna så har jag fått den känslan att 'Jag [klienten] är inte sjuk, vad fan gör jag på psyk?'" Vanligt är att erfarenheten av det första mötet med KÖB generaliseras och skapar en referensram för nästa klient.

Subjektiva föreställningar och förförståelse om KÖB

Psykologens personliga faktorer och balansen mellan det professionella och det privata spelar en viktig roll i allt klientarbete. Detta illustreras av Respondent 1 som reflekterar över att egna åsikter och attityder hen har med sig på grund av hens uppväxtförhållanden, påverkar arbetet: "En viktig sak som framkommer i utbildningen är just hur jag som psykolog är ett verktyg i kontakten att hur eventuellt sådana åsikter och attityder påverkar mitt jobb. Och bedömning. [...] Om kunskap inte finns då utgår man ganska mycket utifrån vad man har för uppväxt och påverkad av miljön."

Respondenternas ofta omedvetna föreställningar och förväntningar om KÖB bekräftas eller stjälpas över ända vid det första mötet. Respondent 3 säger: "[D]et satt ingen man i väntrummet, det satt en kvinna där. [...] Jag trodde jag skulle möta en kille med feminina drag och kanske lite såhär karikatyren som man kan tänka som väldigt feminin, med sådana gester." Detta är ett exempel på hur människor automatiskt tillordnar andra personer kön. Fast en upplever frågan om vad som är en "riktig man" eller en "riktig kvinna" som svår att besvara, går det ändå att snabbt bestämma sig för vad som är rätt etikett. Respondenterna 2 och 4 ser på kön som något socialt konstruerat och starkt socialt betingat. Detta inkluderar även hur saker upplevs intrapsykiskt. Respondent 4 säger: "Man förhåller sig till och inordnar sig under de koder som finns för respektive kön, att man gillar vissa saker, man klär sig på ett visst sätt och man uttrycker sig på ett visst sätt [...] det är väldigt starkt socialt betingat och jag tror även hur vi upplever saker, alltså även intrapsykiskt, så är det också socialt betingat." Dessa två respondenter är öppna för möjligheten att leka med könsroller och tycker att kön och KÖB inte borde vara av så stor betydelse. En av dem beskriver KÖB som ett normbrytande som medför en ökad stressfaktor för individen.

Förkroppsligat kön

Respondenterna förväntar sig att transsexualitet manifesterar sig genom olika signaler och de beskriver sina klienter utifrån utseende och beteende som relateras till kön. Exempelvis beskrivs skäggväxt, klädsel,

smycken eller att klienter ser ut som eller har många drag av "det andra könet". Här nämner respondenterna också rörelsemönster och preferenser, uttryckssätt och vilket kön klienten framförallt umgås med. Det blir tydligt hur mycket respondenternas perception är kopplat till implicita antaganden och hur den lägger grunden för tankearbete och känslomässiga reaktioner, vilka i sin tur påverkar behandlingen. Ibland uppfattas klienter som att de snarare har generella identitetsförvirringar än "genuin transsexualitet" (Respondent 3) och att de försöker övertala psykologerna om att de har ett annat kön än vad respondenterna uppfattar. Detta har respondenterna svårt att hantera. Som Respondent 3 uttrycker det: "Det fanns ju en identifikation med klientens bild av det andra könet i alla fall. [...] Den första klientens bild stämde överens med min bild också, vad jag kände. Den andras stämde inte... jag tror att min bild är, alltså vad de skickar över till mig, det påverkar. Alltså om det var samstämmigt med min egen bild, då var det lättare." Transsexualitet bedöms och värderas, även när detta inte är uppgiften, i relation till hur "äkte" klientens könsuttryck är, och detta trots att både utbildning och riktlinjer saknas.

Sexualitet och KÖB

Sambandet mellan sexualitet och KÖB beskriver respondenterna genomgående som att det ofta finns kopplingar. Feminina bögar och maskulina flator används som exempel och en klients könsuttryck förklaras med dennes bisexualitet. Två respondenter ser homosexualitet i sig som ett KÖB och förknippat med könsidentitet. Respondent 3 säger: "Jag har ju träffat människor som har haft problem med sin manliga respektive kvinnliga identitet då. Det är inte så ovanligt, människor som har haft... som har varit homosexuella." Trots att en skillnad görs mellan könsidentitet och sexuell läggning blir sexualitet ändå ett tema när klienternas könsidentitet diskuteras. Klienter kan få frågan om vem de blir intresserade av och om det skulle ändras efter en könskorrigering, ibland för att psykologen utgår ifrån att sociala konstruktioner runt kön också påverkar vem man i vårt samhälle kan rikta sin sexualitet mot. Detta tyder på att det görs en koppling mellan könsidentitet och sexu-

ell läggning och att en viss sammanblandning av definitionerna förekommer. Respondent 5 ser KÖB som icke-adaptivt då reproduktionen i denna grupp, enligt respondenten, är liten. Det är dock så att allt fler inom HBTQ-gruppen skaffar barn (DeAngelis 2002), vilket också gäller personer med KÖB. Resultatet skulle kunna tyda på att kunskapen om gruppen är förhållandevis liten.

KÖB – patologi eller normalvarians?

Psykologer som har träffat transsexuella klienter nämner biologiska orsaksförklaringar. Respondent 5 säger: "Det bestäms någon gång under fosterutvecklingen om vad man ska ha för könsidentitet då. Så tänk på att det blir ju som ett programfel." Respondent 3 ansåg att orsaken framförallt är socialt betingad, men blev övertygad om att den måste ha ett biologiskt ursprung efter mötet med första klienten som ville genomgå könskorrigering. Hen säger: "Tidigare var jag inne mera på att det handlade kanske bara eller nästan bara om omgivningens reaktioner, utforskande och sådant [...] men efter det [att jag träffat klienten] så tänker jag mig nog att man kan födas i fel kropp." Att tillskriva ett fenomen biologiska orsaksförklaringar skulle kunna förstås som patologiserande i sig, då individuella skillnader förklaras i termer av medfödda fel. Biologiska orsaksförklaringar kan dock förekomma oberoende från patologisering som ett sätt att förklara naturliga variationer. Vid samtycklighet ses oftast könsuttrycket eller dess konsekvenser som en bidragande faktor till personens övriga symtom. Respondent 5 menar dock att personer med KÖB gärna vill förklara sina psykiska svårigheter som ett resultat av sin könsidentitet men tycker inte en kan vara säker på riktningen av eventuella kausala relationer: "[D]et går ju inte att säga åt vilket håll verkar spelen [*sic*] gå, om man har en personlighetsstörning, är det den som orsakar könsidentitetsproblematiken eller är det tvärtom." Resultatet tyder på att könsidentitet oftast, men inte av alla, betraktas som något primärt och inte patologiskt. Här syns en tydligt avstigmatiserande inställning, där ansvaret för klienters problem flyttas över från individen till omgivningen. Temat patologi tas också upp vid samtal om transsexualism. Respondenterna förklarar att eftersom transsexu-

alism finns i de stora diagnossystemen, förväntas psykologer att betrakta den som störning rent formellt. Samtidigt säger några att det känns fel att patologisera transsexualism. Respondent 1 säger: "Det tar lite emot för mig att tänka att det är en sjukdom. Att definiera den så. [...] För mig att vara psyksjuk det är en psykos. Allt annat det är besvär. [...] Så på det sättet tar det emot att tänka transsexualitet som en sjukdom." Detta tyder på att diagnosmanualerna spelar en stor roll i psykologiskt arbete. De verkar ofta följas även när psykologer personligen inte tycker att de riktigt stämmer överens med klienters problembild. Inom den psykiatriska vården, där manualerna dominerar, verkar inga alternativa referensramar finnas som psykologer kan förhålla sig till. Manualernas makt kritiserar av transpersoner då de upplever att den leder till ett avpersonaliserat klientbemötande (Ophelian 2009). Två psykologer uppmärksammar det samhälleliga trycket på människor att definiera sig inom dikotoma mallar. De ifrågasätter könsdikotomin och ger sina klienter rätt att själva definiera sin identitet. Respondent 2 tar intersexuella personer som exempel: "De som växt upp eller föds med att ha båda [könen]. Varför skulle man behöva välja då? Det skulle man inte behöva göra, då skulle man ju kunna vara ett tredje kön eller vad det skulle vara i så fall." En av respondenterna uttrycker en patologiserande inställning till KÖB om det inte kan förklaras av den kulturella kontexten. Respondent 5 menar: "En man som envisas med att gå kring i kjol hemma, han gör ju ett könsrollsöverskridande beteende. Det kan ju inte förklaras kulturellt. Han är ju inte skotte och bär kilt. [...] Det är ungefär som i DSM-IV där man pratar om föreställningar. Vanföreställningar och sådär. Att tro på andar och sådär. Det är sjukligt. Såvida det inte har kulturell sanktion. Och har det kulturell sanktion att gå i kjol så är det ju inte sjukligt." Enligt de flesta av respondenterna skiljer sig inte klienter med KÖB från andra klientkategorier. Endast Respondent 5 anser att de visar "ganska framträdande narcissistisk problematik. [...] Men det är klart, i sitt avvikande så blir de ju väldigt upptagna av sig själva. Väldigt självcentrerade faktiskt. Mer än kanske andra ungefär lika belastade patienter i övrigt då." Vid en direkt fråga om KÖB är patologiskt svarar de flesta nekande. Respondent 3 menar att föreställningen om alternativa

kön begränsas genom att erfarenheter framförallt har skaffats genom mötet med klienter inom psykiatri som mår dåligt på olika sätt. ”Då kan det vara att det är möjligt att man kan må bra också mitt emellan där, men det går över min fantasi.” Respondenterna använder sig dock ibland av stigmatiserande sätt att beskriva klientgruppen, mer specifikt när respondenterna pratar om sina upplevelser och formulerar åsikter om något de inte har det givna svaret på. Patologiserande uttryck korrigeras dock ofta snabbt, vilket gör att den slutliga, genomtänkta utsagan oftast kan karakteriseras som neutral eller bekräftande. Detta kan tyda på att respondenternas faktiska bemötande av personer med KÖB ändå är positivt och accepterande. Däremot identifieras till viss del det Shelton och Delgado-Romero kallar för mikroaggressioner, det vill säga en subtil och indirekt kommunikation som präglas av heterosexism och fördomar och oftast uttrycks i form av ”relativt meningslösa och oskadliga budskap” (Shelton och Delgado-Romero 2011, 210). Dessa grundar sig inte nödvändigtvis i en avsiktlig illvilja utan används omedvetet av personer som oftast är positivt inställda och vill sina samtalspartners väl. Mikroaggressioner förstås som ett uttryck för omedvetna förförståelser och övertygelser, som utifrån klienters perspektiv kan upplevas kränkande.

Tankar och känslor

Ansvar

Kategorisering av kön är något som blir relevant i möten med klienter med KÖB. I studien framgår att det är relativt ovanligt att möta klienter med ett könsuttryck som inte faller inom den vedertagna dikotomin. Respondenterna exemplifierar genom att berätta om hur de i olika sammanhang träffat personer där könet var oklart. De beskriver då en tydlig konflikt mellan sina spontana känslor vid mötet och sina rationella, intellektuella reaktioner. De respondenter vars klienter inte hade remitterats till dem just för att diskutera könskorrigering berättar att det är klienten själv som tar upp temat KÖB. Respondent 2 säger: ”Man frågar ju inte så himla ofta som psykolog om sådana saker. Alltså det är ju om de tar upp det och det gjorde ju klienten.” Respondent 1

hävdar: "Patienten var också ett lätt fall på det sättet att det var inte jag som började undra på det. Jag hängde bara med och försökte hjälpa med rätta frågor." En annan respondent beskriver att hen fick vänta tills klienten vågade ta upp temat kön. Flera respondenter beskriver en känsla av lättnad över att inte behöva ta det slutliga beslutet om könskorrigering behandling. Ofta ligger ansvaret hos klienten själv att lyfta fram frågan. Detta kan bero antingen på okunskap eller på att KÖB uppfattas som ett personligt tema, där klienten själv ska få bestämma om det ska diskuteras. Skiljelinjen mellan att arbeta för delaktighet och medbestämmande i behandlingen, och att lägga över ansvaret på klienten är dock hårfin och bör tas i beaktande.

Sammantaget kan psykologens bemötande skapa osäkerhet hos klienten om denne upplever att klinikern saknar kunskap och kommer att grunda sitt bemötande på tidigare erfarenheter och förförståelser. Särskilt gäller detta klienter som inte underordnar sig den klassiska könsdiskotomin, då erfarenheter av detta saknas helt hos många psykologer. En annan förklaring kan vara att respondenterna inte tycker att klientens KÖB är något märkvärdigt eller avvikande på ett sätt som måste belysas, utan att det finns en öppenhet för variation hos dem.

Engagemang

Respondenterna säger sig känna empati med klienterna och uttrycker förståelse för deras frustration och för hur ett icke-könskonformt uttryck kan medföra ökad stress. De beskriver också hur de förhåller sig empatiska genom att möjliggöra teman och vänta in klienten. Detta tyder på engagemang och en generellt positiv inställning till klienterna, som underlättar bemötandet och behandlingsalliansen. Fyra av respondenterna uttrycker nyfikenhet och att de tycker det är spännande att träffa dessa klienter, bland annat just för att diagnosen transsexualism är ovanlig. En lyckad behandling/remittering gör att de känner sig bekräftade i sin yrkesroll. Respondent 1 berättat bland annat: "Komma i kontakt med de här primära känslorna, psykologkänslan av att jag är här för att hjälpa människor, yes, nu kunde jag göra det. Så det kändes jätteskönt." De beskriver en positiv känsla, ibland en lättnad, när det enligt

deras uppskattning inte går att misstolka klientens könsidentitet, vilket möjligtvis kan tyda på att det finns en osäkerhet i hur man hanterar ett mindre tydligt könsuttryck. Eventuellt finns en rädsla över att ta så stora beslut i en människas liv. Flera respondenter säger att det har varit fantastiskt att få vara med på klientens resa.

Hon, han och hen?

I internationella riktlinjer och i transorganisationers rapporter belyses ofta frågan om hur man förhåller sig till pronomen, det vill säga hur man använder benämningar om kön. Respondent 3 berättar om sin första klient: "Jag började diktera som hon och sedan ändrade jag till han, kommer jag ihåg. Men sedan andra eller tredje gången så sa jag hon, och så lät jag det vara hon sedan i diktaten. Fast det var en han." Detta tyder på att pronomen tillskrivs en djupare betydelse och inte byts ut lättvindigt. Det kan också tyda på en deterministisk syn på kön. I riktlinjer ses det i regel som respektfullt att klienten själv bestämmer vilket pronomen (inklusive könsneutrala pronomen) som ska användas (Korell och Lorah 2007; Burnes m.fl. 2009). Darren Langdridge, behandlare och forskare med intresse inom HBTQ-psykologi och, bland annat, medförfattare av brittiska psykologförbundets riktlinjer om hur arbetet med HBTQ-klienter bör gå till, ser det som självklart att psykologen även bör blanda pronomen och omväxlande säga han och hon om klienten vill det (Langdridge 2011).

Blandade känslor

En respondent (5) uttrycker en oförståelse för varför man skulle vilja ändra på sig så radikalt och tycker problematiken och upplevelsen med dessa klienter är "ganska udda". En annan (3) uttrycker en känsla av förvirring vid det första mötet med klienten som beskrivs som ett slags kognitiv obalans. En (4) beskriver blandade känslor för att arbetet uppfattas som mycket givande, men också krävande och en (1) blev besviken när den första klienten inte visade sig vara transsexuell. Gemensamt för respondenterna är att det förekommer tydliga reaktioner och laddade känslor inför klientgruppen, vilka skulle kunna vara en följd av egna,

cementerade föreställningar, samt både okunskap och ovana att möta KÖB. Respondent 5 menar att hen hanterar sina känslor genom att bli väldigt problemfokuserad för att bevara sin professionalism. Detta skulle kunna leda till att förutfattade meningar och subjektiva övertygelser påverkar remitteringen i mindre grad, men skulle också kunna förstås som att diagnosmanualen tar över som ett skydd mot att hantera något okänt.

Diskussion

Föreliggande studie påvisar en kunskapsbrist bland psykologer om KÖB som fenomen, vilket påverkar mötet med klienten, särskilt när klienten identifierar sig utanför könsdikotomin. Respondenterna och deras yrkesutövning påverkas tydligt av heteronormativa förståelseramar. Temat könsidentitet beskrivs också som tabubelagt i terapिसammanhang, trots att ämnet är så centralt för människor. I föreliggande studie framkom att respondenterna i regel inte tar upp frågan själv, vilket skulle kunna vara problematiskt om klienten har behov av det. Annan forskning visar tvärtom att behandlare ibland inte kan släppa temat, fast det inte känns relevant för klienten. I en rekommendation från amerikanska psykologförbundet (Bockting, Knudson och Goldberg 2006) påpekas att psykologer inte bör göra könsuttrycket/-identifikationen till ett problem om det inte utgör ett hinder i klientens vardag. Däremot kan det vara viktigt att ha kulturell kompetens och förståelse för hur KÖB kan påverka livet, så att relevanta frågor kan ställas till klienten. Resultaten kan förklaras med att forskningsområdet är förhållandevis nytt (Clarke m.fl. 2010) och att psykologi som ämne i hög utsträckning påverkas av sin historia (Magnusson 2003). Respondenterna söker inte allmän information om KÖB utan begränsar sig till information om praktiskt tillvägagångssätt. Eventuellt finns en övertygelse om att den allmänna kunskap som psykologer erhåller under utbildningen är tillräcklig. I psykologyrket läggs en stor vikt vid hänsyn till klientens större kontext. Därför uppmuntras psykologer att skaffa sig kunskap om sina klienters kultur, etnicitet, bakgrund och dylikt. KÖB verkar inte betraktas som kontextbildande, utan klienterna anses ha samma bakgrund som be-

folkningsmajoriteten och det är möjligtvis därför respondenterna anser att ingen särskild kunskap behövs. Subjektiva föreställningar och inställningar påverkar oproportionerligt mycket när kunskap saknas. Respondenterna vill sina klienter väl och flera beskriver ett stort engagemang och lyckade utredningar och behandlingar. Att respondenternas föreställningar är individuella gör att bemötandet skiljer sig åt och att en jämn och likvärdig behandling inte kan säkerställas. Därför är det viktigt att som psykolog medvetandegöra sig om sina egna föreställningar för att i så stor utsträckning som möjligt kunna förhålla sig öppen gentemot klienterna och deras bakgrund och nuvarande situation. Riktlinjer om behandling för transpersoner betonar också vikten av att psykologer söker handledning och skaffar sig bred utbildning för att på bästa sätt kunna arbeta med transpersoner (Bockting, Knudson och Goldberg 2006). Patologisering av KÖB förekommer i liten utsträckning bland respondenterna. Särskilt hos den yngre generationen av psykologer finns en tendens till en mer öppen inställning till frågor rörande könsidentitet. Den till synes ökande öppenheten kan till viss del förklaras med att kunskapsområdet inom psykologin har utvecklats, men också med att gruppen transpersoner har blivit mer synlig. Patologiserande inställningar uttrycktes ändå mer än förväntat under intervjuerna. I den allmänna diskussionen om patologisering är det också viktigt att lyfta fram diagnosmanualernas roll. Eriksen och Kress (2006) kritiserar den medicinska modellen, som till exempel DSM-systemet bygger på, för att den reducerar människors komplexitet till en uppräkningslista av symptom. Ett oreflekterat användande av systemet leder till att behandlaren fokuserar sjukdomstecken hos klienten, vilket riskerar att missa styrkor och resurser hos alla klientgrupper. Detta styrks även av tidigare forskning (Ahonen 2012). Caplan (1995) påpekar också att diagnoser kan leda till en stigmatisering av individer som uppvisar normavvikande beteende.

Det finns en stor känslomässig komponent i bemötandet av personer med KÖB, vilket också kan förklara varför temat inte självklart tas upp av psykologer. Eventuellt finns vissa hämningar som när det gäller sexualitet och aggression. Alla transpersoner kommer inte att behöva prata

om sin könsidentitet eller sitt könsuttryck. Däremot kan det vara problematiskt om klienten skulle ha behov av detta, men psykologens rädsla eller ovana står i vägen (Korell och Lorah 2007). Det hjälper om psykologen har en förståelse för transpersoners specifika erfarenheter när andra teman diskuteras. Som Carrol, Gilroy och Ryan (2002) nämner kan vanliga tekniker för behandling vara otillräckliga när klienten dagligen riskerar att på olika sätt bemötas av transfobiska reaktioner.

Studiens styrkor och svagheter

Föreliggande undersökning bidrar med kunskap till ett relativt outforskat område. Den ger exempel på hur mötet mellan psykologer och transpersoner kan te sig för psykologer. Studien visar på stora kunskapsluckor, både i grundutbildningen och i praktiken. Undersökningens styrkor ligger i att direkta erfarenheter rapporterades och att respondenterna gavs frihet att själva utforma sina berättelser, vilket genererar ett djupgående och verklighetsnära material. Subjektiva berättelser i kombination med ett litet antal respondenter gör att generaliseringsmöjligheterna minskar. Rekryteringen skedde endast i ett landsting i Sverige, vilket kan ha påverkat respondenternas erfarenheter; dels kan psykologers arbetsförhållanden och förutsättningar för personer med KÖB skilja sig mellan olika länder, dels påverkar valet av landsting vilka regioner som inkluderas. Klienters och psykologers erfarenhet kan exempelvis skilja sig åt beroende på om de befinner sig i en storstadsregion eller en mera lantlig miljö. Studiens respondenter är dock valda utifrån det faktum att de har träffat klienter med KÖB, vilket många andra psykologer inte har. Därför måste urvalet ses som högst relevant. Flera olika teman skulle behöva undersökas närmare. För vidare forskning föreslås undersökningar av hur psykologers förförståelse och personliga och professionella inställningar skiljer sig från varandra, samt hur detta påverkar såväl vårdinsatser som faktiska terapiutfall. I den praktiska verksamheten, där forskning och praktik vävs samman, är det viktigt att fortsätta undersöka mer specifikt vilken kunskap psykologer saknar och behöver i termer av KÖB, samt hur denna kan förmedlas i grundutbildningen och senare i det kliniska arbetet.

MICHAL TRACZYK är legitimerad psykolog och doktorand vid Center for Health and Medical Psychology på Örebro universitet. Han arbetar i första hand med frågor rörande förebyggande och hälsofrämjande faktorer i organisatoriska miljöer. Förutom detta har han ett stort intresse för hur samhällets sociokulturella och politiska kontext påverkar individer och grupper. Särskilt intressant finner han samhällets relation till HBTQ-kultur och etniska minoriteter, samt genusaspekter på makt och status.

MATILDA WURM är psykolog och doktorand vid Center for Health and Medical Psychology på Örebro universitet. Hennes forskningsområde rör främst samvariationen av ångesttillstånd och fysiska smärttillstånd. Speciellt intressant är här vilka underliggande processer som kan tänkas påverka samvariationen samt uppkomst, vidmakthållande och behandlingsutfall för olika grupper. Hon är också intresserad av HBTQ-psykologi, samt kulturella och könsaspekter på psykologisk behandling och arbetar aktivt med att integrera dessa aspekter i psykologutbildningen i Örebro.

LIA AHONEN är fil. dr i socialt arbete och fil. mag. i psykologi. Hon arbetar på Center for Developmental Research på Örebro universitet och är gästforskare på Life History Studies program, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, PA, USA. Hennes forskningsområde spänner från utveckling av beteendeproblem, ungdomskriminalitet och långsiktig utveckling av mental ohälsa som en konsekvens av detta, till tvångsvård av unga och vuxna (institution, fängelse, psykiatri) och dess terapeutiska egenskaper.

REFERENSER

- Ahonen, Lia. 2012. *Changing Behaviors or Behavioral Change?: A study of Moral Development and Transbehavioral Processes in the Juvenile Care*. Avhandling, Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4:e upplagan. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arvidsson, Anna. 2011. "Genitaliernas betydelse för den sociala konstruktionen av kön och genus: En analys kring ställningstaganden som berör genitala ingrepp på människor vars könsidentitet inte överensstämmer med den juridiska". Masterexamensarbete, Hälsa och samhälle, Malmö högskola.
- Bieschke, Kathleen J., Ruperto M. Perez, och Kurt A. DeBord, red. 2007. *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Clients*. 2:a upplagan. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bockting, Walter, Gail Knudson, och Joshua Mira Goldberg. 2006. *Counseling and Mental Health Care of Transgender Adults and Loved Ones*. Vancouver: Vancouver Coastal Health.
- Bornstein, Kate. 1994. *Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us*. New York: Routledge.
- Bremer, Signe. 2011. *Kroppslinjer: Kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Göteborg: Makadam förlag.
- Brimhall, Andrew S., och Mark H. Butler. 2010. "A Primer on the Evolution of Therapeutic Engagement in MFT: Understanding and Resolving the Dialectic Tension of Alliance and Neutrality. Part 1 – Retrospective: The Evolution of Neutrality". *The American Journal of Family Therapy* 39.1:28–47.
- Bryman, A. 2008. *Social Research Methods*. 3:e upplagan. Oxford: Oxford University Press.
- Burgess, Christian. 2000. "Internal and External Stress Factors Associated with the Identity Development of Transgender Youth". *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 10.3–4:35–47.
- Burnes, Theodore R., Anneliese A. Singh, Amney Harper, Denis Pickering, Sean Moundas, Thomas Scofield, Will Maxon, Brandon Harper, Alex Roan, och Julia Hosea. 2010. "American Counseling Association. Competencies for Counseling with Transgender Clients". *Journal of LGBT Issues in Counseling* 4.3–4:135–59.
- Caplan, Paula. 1995. *They Say You're Crazy: How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*. Reading, Mass.: DaCapo Press.
- Carroll, Lynne, Paula J. Gilroy, och Jo Ryan. 2002. "Counseling Transgendered, Transsexual, and Gender-Variant clients". *Journal of Counseling & Development* 80.2:131–9.

- Clarke, Victoria, Sonja J. Ellis, Elizabeth Peel, och Damien W. Riggs. 2010. *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Psychology: An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Commissioner for Human Rights. 2009. *Human Rights and Gender Identity*. Vol. 2, *CommDH Issue Paper*. Strassbourg: Commissioner for Human Rights.
- Dahlström, Malin, Sara Nilsson, och Emma Wallin. 2006. *Psykologutbildningen ur ett hbt-perspektiv: Utvärdering av kurslitteratur vid Institutionen för psykologi, Uppsala universitet*. Uppsala: Uppsala studentkår.
- Darj, Frida, och Hedvig Nathorst-Böös. 2010. "Är du kille eller tjej?": En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor. 2:a upplagan. Stockholm: RFSL Ungdom.
- DeAngelis, Tori. 2002. "A New Generation of Issues for LGBT Clients". *Monitor on Psychology* 33.2:42–7.
- Eriksen, Karen, och Victoria E. Kress. 2006. "The DSM and the Professional Counseling Identity: Bridging the Gap". *Journal of Mental Health Counseling* 28.3:202–17.
- Feinberg, Leslie. 1997. *Transgender Warriors: Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston: Beacon Press.
- Gender Identity Research and Education Society. 2008. *Guidance for GPs, Other Clinicians and Health Professionals on the Care of Gender Variant People*. London: Gender Identity Research and Education Society.
- Israel, Tania, Raia Gorcheva, William A. Walther, Joselyne M. Sulzner, och Jessye Cohen. 2008. "Therapists' Helpful and Unhelpful Situations with LGBT Clients: An Exploratory Study". *Professional Psychology: Research and Practice* 39.3:361–8.
- Johannisson, Karin. 1990. *Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle: Medicinska erfarenheter*. Stockholm: Nordstedts.
- Korell, Shannon Chavez, och Peggy Lorah. 2007. "An Overview of Affirmative Psychotherapy and Counseling with Transgender Clients". I *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Clients*, redaktörer Kathleen J. Bieschke, Ruperto M. Perez, och Kurt A. DeBord. 2:a upplagan, 271–88. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Langdridge, Darren. 2007. *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education.
- . 2011. Personlig kommunikation, 4 april.
- López, Steven Regeser, Pany K. Grover, Debra Holland, Melissa J. Johnson, Craig D. Kain, Kristi Kanel, Claude Ann Mellins, och Maureen Culkin Rhyne. 1989. "Development of Culturally Sensitive Psychotherapists". *Professional Psychology: Research and Practice* 20.6:369–76.
- Magnusson, Eva. 2003. *Psykologi och kön: Från könsskillnader till genusperspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nilsson, Sara, och Rebecka Jensen. 2010. "'Som att det är en kunskapslucka': En intervjustudie om hbt-personers upplevelser av terapi i hbt-avseende". *Psykologexamen*-

- uppsats, Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Ophelia, Annalise (regissör). 2009. *Diagnosing Difference* (film). San Francisco: Floating Ophelia Productions.
- Pope, Kenneth S., och Melba J. T. Vasquez. 2011. *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- RFSL. 2001. *Transpersoner: En del av hbt-samhället*. http://www.rfsl.se/public/basinfo_transpersoner.pdf (kontrollerad 2011-02-07).
- Roth, Niklas, Gunnel Boström, och Karin Nykvist. 2006. *Hälsa på lika villkor?: Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Rudman, Laurie A., och Kimberly Fairchild. 2004. "Reactions to Counterstereotypic Behavior: The Role of Backlash in Cultural Stereotype Maintenance". *Journal of Personality and Social Psychology* 87.2:157–76.
- Shelton, Kimber, och Edward A. Delgado-Romero. 2011. "Sexual Orientation Microaggressions: The Experience of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Clients in Psychotherapy". *Journal of Counseling Psychology* 58.2:210–21.
- Socialstyrelsen. 2009. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- . 2010. *Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar: Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stryker, Susan, och Stephen Whittle, red. 2006. *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Sveriges Psykologförbund. 1998. *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden antagna av Sveriges Psykologförbunds kongress 1998*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund.
- WHO. 1992. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Winter, Sam, Pornthip Chalungsooth, Yik Koon Teh, Nongnuch Rojanalert, Kulthida Maneerat, Ying Wuen Wong, Anne Beaumont, Loretta Man Wah Ho, Francis "Chuck" Gomez, och Raymond Aquino Macapagal. 2009. "Transpeople, Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analytic Study". *International Journal of Sexual Health* 21.2:96–118.
- Volcano, Del LaGrace, och Judith Halberstam. 1999. *The Drag King Book*. London: Serpent's Tail.
- Øvreide, Haldor. 2003. *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

NOT

1. Uttalandena återges ordagrant med eventuellt förekommande språkliga fel för att författarna ville hålla sig så nära originalet som möjligt.

ABSTRACT

People with gender-incongruent behaviours have a higher risk for psychiatric problems compared to others. A professional approach is an important part of the treatment process and will influence the therapeutic outcome. Earlier research shows deficits in the contact between care personnel and people with gender-incongruent behaviours. There are no studies focusing on psychologists and their work with this client group. The aim of this study is to research psychologists' subjective experience of clients with gender-incongruent behaviours. The study uses a qualitative method. The research data was collected with semi-structured interviews with five psychologists that had some experience with clients with gender-incongruent behaviours. The results point to gender-incongruent behaviours being a topic that evokes both interest and commitment, but also some insecurity in psychologists. Psychologists' preconceptions and personal beliefs play a big role during the work with these clients when education and access to information on the topic is limited. A non-pathologizing outlook on gender-incongruent behaviours dominates, but the opposite also exists. More research is needed to map out in which way psychologist-related factors influence treatment of people with gender-incongruent behaviours. Another important aspect is how existing knowledge can be implemented in psychologists' basic training and how it can be spread effectively amongst professionals.

Keywords: könsöverskridande beteende, transgender, psykolog, transsexualism, erfarenhet, kvalitativ, gender-incongruent behaviours, transgendered, psychologists, transsexualism, experience, qualitative