



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

“Det var ju mycket jag fick ut av det, mycket mer än vad jag trodde”:
En tematisk analys av deltagares upplevelser av en transbekräftande
intervention

Alice Eklund & Susanna Nalepa

Psykologexamensuppsats. 2023

Handledare: Tove Lundberg
Examinator: Kajsa Järholm

Abstract

Trans and gender diverse people report significantly poorer health than cisgender people. This could be understood as an effect of minority stress. One way of enhancing their wellbeing is through transgender affirming cognitive-behavioural therapy, and this study investigated participant experiences of such an intervention. The intervention was therapist led, individual, internet based and directed towards transgender people in Sweden. Eight semi-structured interviews were conducted and analysed through a reflexive thematic analysis. The analysis resulted in two main themes: *I'm in this for us!* and *What's in it for me?* The first theme reflected experiences of motivation to participation, therapist approach and treatment structure. The second theme delved into experiences of components of the intervention. The results indicated that despite low expectations participants generally perceived the intervention as helpful and relevant. However, some participants found aspects of the intervention overly clinical and pathologising, making it difficult for them to relate to and embrace. The findings, based on participant experiences of what was (and wasn't) helpful aligns with suggestions from the transgender affirming theoretical framework. This highlights the importance of maintaining a distinct foundation of participant's needs and minority stress theory in interventions.

Key words: Minority stress, transgender, transgender affirming CBT, participant perspective

Sammanfattning

Transpersoner har på gruppnivå sämre hälsa än cispersoner, vilket kan förstås utifrån minoritetsstressteori. Ett sätt att öka deras välmående är genom transbekräftande kognitiv beteendeterapi och denna studie undersökte deltagarnas upplevelser av en sådan intervention. Interventionen var terapeutledd, individuell och internetbaserad och riktade sig till transpersoner i Sverige. Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes och analyserades med reflexiv tematisk analys. Analysen resulterade i två huvudteman: *Jag gör det för oss!* och *Hur blev det för mig?* Det första huvudtemat reflekterade upplevelser av motivation till deltagande, bemötande och behandlingsstruktur. Det andra fördjupade sig i behandlingens innehåll. Resultaten indikerade att trots låga förväntningar på interventionen upplevdes den i huvudsak som hjälpsam och relevant av deltagarna. En del av interventionen upplevdes dock som alltför klinisk och patologiserande och var därmed svår för en del deltagare att ta till sig. Deltagarnas upplevelser av vad som varit hjälpsamt och inte gick i linje med det som föreslås av det transbekräftande teoretiska ramverket. Detta synliggjorde vikten av att insatser av detta slag hålls tydligt förankrade i deltagarnas behov och i minoritetsstressteori.

Nyckelord: Minoritetsstress, transpersoner, transbekräftande KBT, deltagarperspektiv

Vårt varmaste tack.

Vi vill först och främst tacka våra informanter, som generöst gett av sin tid för att svara på våra frågor med stort engagemang. Utan er hade det inte blivit någon uppsats och vi har lärt oss massor av er!

Sedan vill vi tacka Tove Lundberg, vår handledare, som med sina glada tillrop, trösterika ord och blixtnabba feedback varit ett ljus i det mörker uppsatsskrivande emellanåt är. Utan din vänlighet, humor och kunskap hade vi varit mer vilsna än vi nu varit.

Ett stort tack också till alla dem som stöttat, korrläst och hejat på. Tack även till dem som under hösten tidvis fått utstå en mer disträ vän, mamma eller partner.

Sist men inte minst vill vi tacka varandra, för att ha gjort uppsatsskrivandet roligare och mindre ensamt. Vi var duktiga.

Innehållsförteckning

“Det var ju mycket jag fick ut av det, mycket mer än vad jag trodde”	1
En tematisk analys av deltagares upplevelser av en transbekräftande intervention.....	1
Transpersoners psykiska hälsa.....	1
I kontakt med vården	4
Transbekräftande KBT	4
Psykoedukation	5
Självmedkänsla	5
Oro.	6
Tidigare forskning på transbekräftande KBT	6
Interventionen.....	7
Syfte och frågeställning	7
Metod	8
Epistemologisk ansats och reflexivitet	8
Procedur.....	8
Interventionsstudien.....	9
Tabell 1.....	9
Deltagare och rekrytering	10
Rekrytering till interventionsstudien.....	10
Rekrytering till intervjustudien.....	11
Datainsamling.....	11
Datagenerering.....	12
Dataanalys	13
Lära känna datan samt kodning (fas 1 och 2).	13
Generera initiala teman samt utveckla och utvärdera dessa (fas 3 och 4).	13
Förädla, definiera och namnge teman samt skriva klart rapporten (fas 5 och 6).	14
Mikroetik.....	15
Resultat.....	16
Jag gör det för oss!.....	16
Hjälpa eller hjälpas?.....	17
Underbart är kort.....	20

Hur blev det för mig?.....	29
Jag är inte sjuk.	29
Felet ligger inte hos mig.	32
Diskussion.....	37
Reaktioner och reflektioner om förväntningar och format.....	38
Reaktioner och reflektioner om innehåll	41
Styrkor och begränsningar.....	43
Slutsatser	45
Författarnas bidrag och ansvar	46
Referenser.....	47

“Det var ju mycket jag fick ut av det, mycket mer än vad jag trodde”

En tematisk analys av deltagares upplevelser av en transbekräftande intervention

Både i Sverige och internationellt är graden av psykisk ohälsa hos transpersoner på gruppnivå avsevärt högre än hos cispersoner (Downing & Przedworski, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015). Detta kan förstås ur flera aspekter, däribland den avsevärt förhöjda risken för utsatthet för våld och diskriminering (Folkhälsomyndigheten, 2015; Summanen & Wurm, 2023), socioekonomiska faktorer (Davidson, 2016; Granberg et al., 2020) och minoritetstress (Meyer, 2003). I kontrast till tidigare psykologiska behandlingar, som patologiserat transpersoner, försökt att förändra dem eller invaliderat deras erfarenheter och upplevelser har transbekräftande kognitiv beteendeterapi (KBT) vuxit fram med grund i erkännandet av de svårigheter som det innebär att leva som transperson i ett cisnormativt samhälle (Austin & Craig, 2015). I dagsläget är KBT-behandling med transbekräftande inriktning varierande i metod och teoretisk grund och det finns ett behov av mer robust forskning för att stärka evidensläget (Expósito-Campos et al., 2023).

Följande uppsats är en intervjubaserad uppföljning av deltagarnas upplevelser av en transbekräftande KBT-behandling i Sverige. Målet var att underlätta för framtida omgångar av behandlingen samt bidra till att minska kunskapsluckan kring hur studier och behandlingsinterventioner för transpersoner upplevs av målgruppen.

Transpersoners psykiska hälsa

Graden av psykisk ohälsa hos transpersoner är på gruppnivå avsevärt högre än i övriga befolkningen (Downing & Przedworski, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015). Detta visar sig bland annat i en markant högre nivå av oro och stress samt en högre frekvens av suicidtankar och -försök hos transpersoner (Budge et al., 2013; Folkhälsomyndigheten, 2015).

Patientregister visar att personer i Sverige med någon könsinkongruensdiagnos (transsexualism eller könsdysfori) vårdas för suicidförsök eller söker vård för förstämning- eller ångestsyndrom upp till sex gånger så ofta som den övriga populationen samt att det är tre gånger så vanligt inom denna grupp att få recept för psykofarmaka (Bränström & Pachankis, 2020). Hos personer med könsdysfori finns även en högre prevalens av psykiatriska diagnoser som depression, ångestsyndrom, personlighetssyndrom och av neuropsykiatriska diagnoser (Socialstyrelsen, 2020).

Den höga förekomsten av framförallt psykisk ohälsa bland transpersoner kan förstås utifrån olika aspekter. En av dem är den tre gånger så stora utsatthet för trakasserier, våld och

diskriminering som transpersoner lever under i jämförelse med cispersoner (Folkhälsomyndigheten, 2015; Summanen & Wurm, 2023). Socioekonomiska faktorer tros också bidra till ohälsan och diskriminering av transpersoner på arbetsmarknaden förefaller vanligt förekommande (Davidson, 2016; Granberg et al., 2020) trots lagstiftning mot det (SFS 2008:567, 2 kap. 1§). Bristande resurser i könsbekräftande vård och de långa väntetiderna till könsdysforiutredning är enligt Summanen (2023) en annan tänkbar anledning till att många transpersoner mår dåligt.

Faktorer som tillsammans bidrar till att transpersoner mår dåligt beskrivs även med minoritetstressmodellen (Meyer, 2003) som utvecklades för att förklara hälsoskillnaderna hos minoritetsgrupper, primärt homosexuella och bisexuella, men även kommit att studeras i transpopulationer specifikt (Hendricks & Testa, 2012; Testa et al., 2015). Minoritetstress avser den kroniska sociala stress och stigmatisering som upplevs av individer som till följd av sin minoritetsidentitet utsätts för fördomar, våld, diskriminering och strukturella ojämlikheter i sin vardag. Att minoritetstress påverkar transpersoners hälsa negativt har framkommit av flera studier (Chodzen et al., 2019; Hendricks & Testa, 2012). Minoritetstressmodellen beskriver hur minoritetstress kan upplevas på tre sätt: 1. Externt, som ökad exponering för utsatthet, 2. Internt, exempelvis rädsla och oro för att utsättas och 3. Internaliserad transfobi, genom internalisering av samhällets negativa bedömningar av transpersoner i den egna personen (Hendricks & Testa, 2012).

Externa stressorer som transpersoner upplever kan delas upp i sådant som sker på strukturell nivå och sådant som sker på mellanmänsklig nivå. Bristande tillgång till sjukvård, hur samtalsklimatet kring transpersoner ser ut i samhället och lagstiftning som reglerar transpersoners rättigheter påverkar transpersoners hälsa negativt, liksom interpersonella faktorer som utfrysning, kränkningar, diskriminering och våld (Galupo et al., 2014; Nadal et al., 2012). Att regelbundet utsättas för dessa externa stressorer i sin vardag kan medföra att det i individen uppstår interna stressorer. Rädsla för att utsättas och erfarenheter av att ha blivit utsatt leder till en vaksamhet och förväntan på att bli utsatt igen, så kallad hypervigilans (Wurm & Lundberg, 2023). För den som om och om igen möter transfobi och diskriminering och andra strukturella kränkningar riskerar transfobin och samhällets attityd att internaliseras, vilket kan leda till att den egna identiteten döljs (Wurm & Lundberg, 2023; Meyer, 2003; Testa et al., 2015).

Minoritetsstressmodellen har kritiserats för att utelämna typer av utsatthet transpersoner drabbas av (Lundberg et al., 2022), som mer subtila kränkningar, så kallade mikroaggressioner (Sue et al., 2007). Dessa har också visat sig påverka hälsan negativt hos den som utsätts (Auguste et al., 2021). Frost och Meyer (2023) menar numera att detta bör ingå i minoritetsstressmodellen. Annan kritik mot minoritetsstressmodellen har rört det stora fokuset på stressorer och ohälsa och avsaknaden av fördjupning i olika typer av strategier som hjälper den som drabbas av minoritetsstress eller som kan verka skyddande (Wurm & Lundberg, 2023). Minoritetsstressmodellen tar dock upp skyddsfaktorer innefattande en variation av copingstrategier och socialt stöd (Meyer, 2003) och har fått senare tillägg på området (Frost & Meyer, 2023).

Även kritik som rör att forskning baserad på minoritetsstressmodellen riskerar att patologisera de symptom minoritetsstressen orsakar hos individen och därmed än en gång förlägga ansvaret på individnivå och förespråka psykologisk behandling snarare än samhällsomvälvning har framförts (Kitzinger, 1999; Lundberg et al., 2022). Kitzinger (1999) resonerar dock kring att även om problemet ligger på strukturell nivå är det i individer som lidandet uppstår, varför det är dem vi psykologer kan behandla. Detta kan göras utan att ett individualistiskt synsätt anammas (Kitzinger, 1999).

Ett sätt att behandla individer utan att acceptera en patologiserande och individualistisk samhällssyn kan vara att arbeta med att stärka socialt stöd och öka känslan av sammanhang. Frost och Meyer (2023) föreslår i en kritisk artikel stöttande familj och känsla av kulturell tillhörighet som två sociala faktorer som kan öka resiliens hos transpersoner. Andra typer av socialt stöd som visat sig skydda mot negativa hälsoeffekter av minoritetsstress är känslan av att ha ett transsammanhang, ett community, som ger socialt stöd (Gosling et al., 2022). Därtill kan könseufori, de positiva känslor som kan uppstå av att få sin identitet rätt uppfattad av andra eller av att kroppen känns mer rätt efter könsbekräftande vård, bidra till förståelsen av varför transpersoner inte bara mår dåligt (Beischel et al., 2022). Socialt stöd och könseufori utgör båda delar av minoritetsglädje, som enligt Wurm och Lundberg (2023) kan förstås som de positiva känslor en person upplever till följd av sin transerfarenhet och som endast är tillgängliga för den som slagit sig lös från samhällets normer. I en studie av Lundberg et al. (2023) betonas även vikten av en mer stillsam känsla, minoritetsro. Minoritetsro beskrivs i Lundberg et al. (2023) som den känsla av lugn som uppstår ur att utan kamp bara få vara, i sin kropp, i världen. Som bidragande till minoritetsro

framhålls utöver tillgång till transbekräftande vård även tillgång till ett bekräftande och tryggt community samt att bli hörd och sedd som sig själv (Lundberg et al., 2023).

I kontakt med vården

I kontakt med vården blir de strukturella problemen och minoritetsstressen tydlig. Trots att transidentitet av den västerländska psykologin nuförtiden inte betraktas som något sjukdomstillstånd (APA, 2021), har psykologin historiskt patologiserat könsidentiteter och könsuttryck som bryter mot den cisnormativa förståelsen (Winters & Ehrbar, 2010). Forskning visar att det är vanligt förekommande att transpersoner i kontakt med vården blir dåligt bemötta eller i vissa fall rentav nekas vård på grund av sin transidentitet. Många transpersoner undviker att söka vård eller gör det sent på grund av rädsla för dåligt bemötande och till följd av tidigare negativa erfarenheter av vårdkontakter (Carroll-Beight & Larsson, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015).

Ett problem i bemötande som förekommer är att sjukvårdspersonal saknar kunskap om transfrågor, vilket ibland leder till att den vårdsökande själv tvingas utbilda vårdpersonalen om vad det är att vara trans för att kunna få adekvat hjälp (Folkhälsomyndigheten, 2015). Dessa bemötandeproblem kan bidra till minskad möjlighet till autenticitet i relationen till behandlaren, bristande förtroende för vårdpersonal samt upplevelse av utsatthet (Barker & Wylie, 2008; Collazo et al., 2013). Därtill finns vittnesmål som visar att det bland transpersoner finns en upplevelse av krav på att vara tacksam för den psykologiska hjälp som erbjuds (Kerosuo, 2016). Tidigare kvalitativa studier där transpersoner intervjuats om sina upplevelser av psykoterapeutiska kontakter har bland annat identifierat egenskaperna kunskap, empati, förtroende samt att terapeuten undvek patologiserande som viktiga för en positiv upplevelse (Bess & Stabb, 2009). Transpersoner har således fler negativa upplevelser av kontakt med vården, samtidigt som de har ett större behov av stöd än cispersoner. Detta motiverar utvecklandet av interventioner skraddarsyddas för just dem.

Transbekräftande KBT

Tidigare behandlingsformer har patologiserat, ämnat till att förändra eller invaliderat transpersoner samt deras erfarenheter och upplevelser. I kontrast till detta utgår transbekräftande KBT från erkännandet av de svårigheter som det innebär att leva som transperson i ett cisnormativt samhälle (Austin & Craig, 2015). Transbekräftande KBT utgår från att se till patientgruppens delade risk för erfarenheter av psykosocial och kontextuell stress och genom detta utforska vad som händer inom klienten, faktorer i klientens miljö som

påverkar måendet samt vilka skyddsfaktorer som finns och hur resiliens kan stärkas (Austin & Craig, 2019).

Med teoretisk grund i KBT, vilken är en etablerad terapiform vid psykiatriska tillstånd som depression, ångest och suicidalitet (Hofmann et al., 2012), görs inom transbekräftande KBT vissa anpassningar för att möta transpersoner. Dessa anpassningar innebär dels det tidigare nämnda gällande erkännandet av transspecifika källor till stress och att utforma behandlingen utifrån en medvetenhet om detta, dels att behandlaren intar en bekräftande och icke-patologiserande inställning till diversitet i kön (Austin & Craig, 2019). Det övergripande syftet med transbekräftande terapi är att bekräfta transpersoners svårigheter och stärka deras motståndskraft och övergripande välmående (Austin & Craig, 2019). Psykoedukation, självmedkänsla och interventioner med fokus på oro är exempel på inslag i behandlingar riktade till transpersoner.

Psykoedukation. Av särskild vikt i transbekräftande KBT är psykoedukation utifrån minoritetsstresssteori (Austin & Craig, 2015). Psykoedukation i KBT generellt är ett verktyg för att skapa förståelse för tankar, känslor och beteende (Kennerley et al., 2017). I transbekräftande KBT fyller psykoedukationen ett ytterligare syfte genom att psykiskt mående (stress, depression, suicidtankar och ångest) kopplas samman med upplevelser av transspecifika minoritetsstressorer, internaliserad transfobi och strukturell eller mellanmänsklig transfobi (Austin & Craig, 2019). Psykoedukationen handlar således om att bli medveten om och förstå sina svårigheter i ljuset av diskriminering och externa stressorer.

Självmedkänsla. Då transpersoner på gruppnivå kan tänkas uppleva bristande medkänsla från samhället och i vissa fall även internaliserar transfobiska budskap från omgivningen inkluderas komponenter av självmedkänsla i en transbekräftande KBT-behandling (Austin & Craig, 2019). KBT för självmedkänsla (Compassion Focused Therapy, CFT) syftar till att hjälpa patienter acceptera sitt lidande, möta svårigheter med värme och omtanke om sig själva och att inta en icke-dömande inställning till sina otillräckligheter (Neff, 2003a). En högre grad av självmedkänsla korrelerar positivt med mental hälsa (Neff, 2003b). Forskning indikerar att CFT har positiva effekter på depression, ångest och självmedkänsla (Wilson et al., 2019). För sexuella minoriteter och transpersoner, visar metaanalyser positiva samband mellan självmedkänsla och välmående samt negativa samband med depression, ångest och internaliserad homo- och transfobi (Carvalho & Guiomar, 2022). Sammantaget

tyder detta på att CFT-interventioner kan vara gynnsamma för psykologisk behandling för denna grupp, både för att förbättra det psykiska måendet och hantera lidande.

Oro. Interna stressorer som internaliserad transfobi och oro för att utsättas bidrar som nämnts tidigare till transpersoners ohälsa (Meyer, 2003; Testa et al., 2015). Transpersoner kan också som en följd av oro för att bli utsatt av sin omgivning börja undvika sociala sammanhang på ett sätt som enligt Ho och Mussap (2020) kan liknas vid det som uppvisas vid social ångest. Negativt tänkande och oro i sig har studerats och befunnits bidra till både fysisk och psykisk ohälsa hos homosexuella, bisexuella, trans- och queerp personer (Hatzenbuehler, 2009). Utifrån detta har Austin och Craig (2015) beskrivit vikten av KBT-interventioner riktade mot negativa tankar och oro för att öka transpersoners hälsa.

Tidigare forskning på transbekräftande KBT

Trots dessa teoretiska antaganden är antalet interventionsstudier få och förhållandevis heterogena både till format och teoretisk grund (Expósito-Campos et al., 2023). Därmed finns det ett behov av mer robust evidens för transbekräftande psykologisk behandling både gällande effekt och genomförbarhet.

Randomiserade kontrollerade studier, RCT:er, av bekräftande psykologisk behandling för hbtq-personer visar att behandling baserad på KBT och minoritetsstressteori (Meyer, 2003) är effektivare än väntelista (Pachankis et al., 2015; 2020), särskilt för dem som upplever högre stigmatisering (Keefe et al., 2023; Millar et al., 2016). Gällande studier specifikt med transpersoner visar pilotstudier på positiva resultat i minskad minoritetsstress och ökat välmående (Budge et al., 2021) och minskad grad av depression (Austin et al., 2018) efter behandling med transbekräftande KBT som utgår från minoritetsstressteori. Dock betonas behovet av mer omfattande och kontrollerade RCT-studier för att ytterligare undersöka behandlingseffekterna.

En nuförtiden vanlig form av KBT med väletablerad effekt är internetbaserad KBT-behandling (Andersson et al., 2019). Dock är studier på internetbaserad bekräftande KBT för HBTQ-personer begränsade. En RCT av terapeutledd internetbaserad terapi med HBTQ-bekräftande KBT visar positiva resultat för minoritetsgrupper. Deltagarna rapporterar att behandlingen är hjälpsam och engagerande och resultatet visar på minskat psykiskt lidande jämfört med kontrollgrupp (Pachankis et al., 2023).

Gällande internetbaserade bekräftande psykologiska behandlingar för transpersoner finner vi studier med stor variation i format och teoretisk grund. Exempelvis utgår en RCT

från minoritetsstress och internaliserad transfobi och består av fyra online-moduler (Israel et al., 2021), en annan erbjuder interaktiva online-tutorials (Martin, 2019). En tredje utgår från sms-baserad transbekräftande behandling genom metoden TExT - Transgender empowerment by Texting (Knutson et al., 2020). Att behandlingarna utgörs av så pass varierande metoder och teoretiska ramverk gör det svårt att jämföra dem och dra generella slutsatser. Tydliga kliniska rekommendationer saknas, och fortsatt forskning behövs för att utvärdera behandlingseffekt, deltagarupplevelse och genomförbarhet (Expósito-Campos et al., 2023).

Interventionen

Denna intervjustudie har genomförts som en del i ett större forskningsprojekt, “Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsotillstånd”, vid Örebro universitet. Projektets syfte är att ge bättre kunskap om transpersoners erfarenhet av minoritetsglädje och minoritetsstress över tid. Projektet avser också studera hur dessa erfarenheter samvarierar med symtom på psykisk och fysisk ohälsa (symtom på depression, ångest och fysisk värk), faktorer som har föreslagits påverka utvecklingen av denna ohälsa (oro och self-compassion) och livskvalitet innan, under och efter en transbekräftande stöttande intervention.

Projektledare är Matilda Wurm och Tove Lundberg, som handleder detta examensarbete, är medforskare i projektet. Utifrån tidigare forskning (Lundberg et al., 2022) identifierades behovet av en transbekräftande insats och med grund i transbekräftande KBT utvecklades en interventionsstudie som syftar till att öka transpersoners hälsa. Interventionen utgår från minoritetsstress-teori och strävar efter att utveckla insatser som hjälper individer att hantera minoritetsstress och som kan främja skyddande faktorer, för att förebygga och motverka de negativa hälsoeffekterna av minoritetsstress.

Syfte och frågeställning

För att få en bild av interventionens genomförbarhet och patienternas upplevelser av behandlingen är syftet med denna uppsats att utvärdera den transbekräftande KBT-interventionen genom semistrukturerade intervjuer. Psykologisk behandling bör utgå från tillförlitlig kunskap, praktisk användbarhet och relevans för klienten samt systematiskt och kontinuerligt utvärderas (Sveriges Psykologförbund, 1998). Studier av genomförbarhet kan bidra med information för behandlingens framtida implementering och ge indikation om eventuella Anpassningar som behövs samt säga något preliminärt om målgruppens mottagande av interventionen (Bowen et al., 2009). Tidigare utvärderade studier av KBT för hbtq-

personer har bland annat reflekterat hur behandlingen mottagits och upplevts av målgruppen, identifierat hinder för implementering samt förbättringsförslag (Hall et al., 2019).

Syftet var att genom intervjustudien utöka förståelsen för hur en behandlingsintervention för transpersoner i Sverige upplevdes av dem som deltog i den. Målet med detta var att underlätta för framtida omgångar av behandlingen samt bidra till att minska kunskapsluckan i hur studier och behandlingsinterventioner för transpersoner upplevs av målgruppen. Den huvudsakliga frågeställningen var “Hur beskriver transpersoner sina upplevelser av att delta i en transbekräftande interventionsstudie?”.

Metod

Syftet med studien var att undersöka hur den transbekräftande interventionen upplevdes av deltagarna. Eftersom kunskap om människors upplevelser och åsikter enligt Willig (2022) bäst samlas genom kvalitativ metodologi var det ett självklart val för studien. För att behålla en öppenhet och följsamhet för deltagarnas upplevelser och samtidigt rama in fokus för intervjuerna samlade vi in data genom semistrukturerade intervjuer (Willig, 2022). Datan analyserades sedan med reflexiv tematisk analys (Braun och Clarke, 2022).

Epistemologisk ansats och reflexivitet

I den här studien har vi antagit en kritisk realistisk hållning som innebär att vi betraktar det våra informanter säger som en tolkning av verkligheten och att vi genom att tolka det de säger kan finna en djupare och underliggande strukturell mening (Braun & Clarke, 2022; Willig, 2022). Eftersom tolkning sker genom ett raster av betraktarens egna erfarenheter, åsikter och kontext kommer de tolkningar vi som författare gör därmed att bidra till de resultat vi får (Braun & Clarke, 2022). Det gör att vi behöver vara uppmärksamma på hur detta bidrag ser ut genom ett reflexivt förhållningssätt (Braun & Clarke, 2022). Det reflexiva förhållningssättet var något vi hade med oss genom hela arbetet med denna studie. Vi har strävat efter att vara uppmärksamma på och reflektera kring hur vår avsaknad av transerfarenhet kan tänkas ha påverkat hur vi uppfattade det våra informanter sade och vårt arbete med att analysera data.

Procedur

Denna studie har genomförts inom ramen för ett forskningsprojekt. Det är i samråd med huvudstudiens ansvariga forskare och med dess medforskare som denna studies syfte och design utformats. Frågeställning, utveckling av intervjuguide, bearbetning av data, slutsatser och författande av denna uppsats ansvarar vi författare för.

Interventionsstudien. Interventionsstudiens syfte var att testa en stöttande intervention med utgångspunkt i minoritetsstresssteori och vilken påverkan den kan tänkas ha på symtom på psykisk och fysisk ohälsa samt livskvalitet. Utöver detta syftade studien även till att fördjupa kunskapen om transpersoners erfarenheter av minoritetsstress och minoritetsglädje samt hur dessa samvarierar med symtom på psykisk och fysisk ohälsa respektive livskvalitet. Interventionen var en terapeutledd internetbehandling som gavs individuellt över videokonferensplattformen Zoom och delades in i tre moduler med tre terapisesioner à 30 minuter vardera. Teman för modulerna var minoritetsstress, oro och självmedkänsla och de gavs i randomiserad ordning (se tabell 1). Innehållet i modulerna motsvarar minoritetsstressmodellens tre delar; minoritetsstress kopplas till externa faktorer, oro kopplas till hypervigilans och självmedkänsla kopplades till internaliserade värderingar. Behandlingsmanualen var specifikt skapad för studien och utvecklades av legitimerade psykologer som var involverade i projektet. Varje deltagare hade samma behandlare genom interventionen och sammanlagt verkade sex legitimerade psykologer och fem sistaårspsykologstudenter som behandlare.

Inför varje session delades informationsblad via plattformen REDCap ut med psykoedukation kopplad till kommande session. Sessionerna relaterade till psykoedukationen och började med genomgång av hemuppgift från förra veckan och avslutades med utlämnandet av ny hemuppgift. Efter varje modul följde tre veckors paus med endast självskattningar innan nästa modul påbörjades. Totalt pågick interventionen under 15 veckor, inklusive pauser. För att ersätta innehållet i missade sessioner fick patienterna vid frånvaro ett längre informationsblad. Projektet i stort ämnar generera kunskap om hur transpersoners hälsa kan förbättras.

Tabell 1.

Översikt av behandlingsinterventionens moduler, modulernas fokus samt tema för sessioner.

Modul	Övergripande fokus för modulen	Tema för sessioner
Minoritetsstress	Psykoedukation och betendeinriktad insats om utsatthet/minoritetsstress och hur den påverkar måendet samt psykoedukation om minoritetsglädje.	Minoritetsstress och mikroaggressioner Minoritetsglädje Reflektionsövning

Oro	En kognitiv intervention med fokus på oro.	Introduktion till orosfokuserade insatser Oro och undvikande Konkretisera tankar
Självmedkänsla	En intervention baserad på självmedkänsla för att minska eventuell internaliserad transfobi.	Introduktion till självmedkänsla Medveten närvaro Självmedkänsla som kraft

Deltagare och rekrytering

Rekrytering till denna studie gjordes från den grupp som redan rekryterats till interventionsstudien, varför rekryteringen här nedan beskrivs i två steg.

Rekrytering till interventionsstudien. Till interventionsstudien rekryterades personer som var minst 15 år och som identifierade sig som transkvinnor, transmän eller icke-binära. För att inkluderas i studien behövde deltagarna ha möjlighet att delta i en intervention digitalt samt ha tillräckligt goda kunskaper i svenska för att kunna besvara enkäter. Rekryteringen skedde genom annonsering i sociala medier (forum för transföreningar och via RFSL) samt via forskarnätverk, media och under Pride i Malmö. Såväl personer som upplevde sig må bra och sådana som inte gjorde det uppmanades att delta. I annonsen fanns en länk genom vilken intresseanmälan för deltagande kunde göras, som av forskarna besvarades med ytterligare information om studien och erbjudande om att delta. Det första deltagarna därefter fick göra var en förmätning som bland annat syftade till att mäta olika aspekter av hälsa och ohälsa. Symtom på ohälsa definierades av forskarna som poäng motsvarande måttliga symtom på någon av subskalorna på DASS (Alfonsson et al., 2017, 14 på depression, 10 på ångest eller 15 på stress) eller som smärta som påverkar vardagen (lokalisering, intensitet, frekvens och funktionsbegränsningar). Forskarnas ambition var att rekrytera lika många som vid förmätningen skattade att de hade en hög grad av symtom på ohälsa som sådana som rapporterade en låg grad sådana symtom. Deltagare som vid en förmätning skattade tre eller högre på en fråga om suicidalitet hämtad från MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) eller som bedömdes lida av klinisk psykisk ohälsa som skulle komma att göra deltagande i

interventionen omöjligt exkluderades. De som exkluderats från studien hjälptes vidare till lämplig vårdgivare.

Rekrytering till intervjustudien. Deltagare från interventionsstudien tillfrågades vid interventionens sista tillfälle om de var villiga att delta i en intervju gällande deras upplevelse av interventionen. Av dem som tackat ja kontaktades totalt tolv kandidater via mejl av författarna till denna uppsats. Mer information om intervjuens syfte och upplägg samt underlag för informerat samtycke (inklusive frivillighet att delta, rätt att avbryta deltagande, samt information om hanterandet av data) gavs (se bilaga 1). Hälften av dem som sedan tillfrågades rapporterade en högre grad av symtom på hälsoproblem och hälften rapporterade en lägre grad av symtom på hälsoproblem (enligt interventionsstudiens förmätningar, se *Rekrytering interventionsstudie* ovan). Att få med både informanter som rapporterat hög som låg grad av symtom var viktigt för att få med en diversitet av upplevelser i studien.

Från interventionens deltagare (N=20) kontaktades tolv personer för intervju. Av dessa tackade nio personer ja till att delta i en intervju (sex med låg grad av symtom på hälsoproblem, tre med högre grad av symtom på hälsoproblem). En person (med högre grad av symtom på hälsoproblem) avböjde förfrågan och två återkom aldrig (en med lägre grad av symtom på hälsoproblem; en med högre grad av symtom på hälsoproblem). Av de nio som tackat ja blev en tvungen att avböja i sista stund av personliga skäl som ej rörde studien. Sammanlagt intervjuades åtta personer under juni och juli 2023 (sex med låg grad av symtom på hälsoproblem, två med högre grad av symtom på hälsoproblem). Deltagarnas ålder var 25 till 53 år (medelvärde = 33,6 år). Intervjuerna genomfördes tidigast samma vecka som en deltagare avslutat interventionen och senast sju veckor efter (M=2.6veckor).

Datainsamling

I samråd med forskningsledaren för interventionsstudien, två av behandlarna i interventionen samt handledaren för examensarbetet utformades en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 2). Fokus för intervjun var att fånga praktisk genomförbarhet och upplevelser av interventionen. Frågorna formulerades kring hur insatsen och dess olika delar upplevts, om något (och i så fall vad) borde förbättras eller saknades, vilka moduler som ansågs vara mest användbara eller betydelsefulla för personen under och efter interventionen, samt vilka eventuella effekter (positiva och negativa) som upplevdes. Slutligen gavs möjlighet för deltagarna att uttrycka sina åsikter kring om, och i så fall var, de skulle vilja att liknande insatser erbjuds i framtiden. Frågorna formulerades på ett sådant sätt att deltagarna fritt fick

beskriva sina upplevelser och åsikter, men så att de ändå låg i linje med studiens syfte. Följdfrågor var i regel av förtydligande eller fördjupande art, som att be om konkreta exempel.

För att kunna förstå vad informanterna refererade till i intervjuerna och för att kunna hjälpa dem att komma ihåg interventionen läste båda intervjuare in sig på behandlingsmaterialet.

När intervjuguiden färdigställdes genomförde vi båda författare varsin pilotintervju med behandlare i interventionen som informanter. Att pilotintervjuerna gjordes på dessa syftade till att granska intervjuguiden från deras mångsidiga perspektiv; insyn i forskningsprojektet, behandlingens innehåll och upplägg samt erfarenhet av nära kontakt med deltagarna. Efter dessa pilotintervjuer gjordes mindre ändringar i linje med de förslag som gavs.

Datagenerering

Intervjuerna fördelades slumpmässigt oss författare emellan, så att vi vardera genomförde fyra intervjuer med en informant åt gången. Eftersom interventionsstudien gjordes digitalt genomfördes även intervjuerna via videolänk och spelades in i det program som användes för samtalet (Zoom). Intervjuerna var 48 till 114 minuter långa (medellängd = 81,25 minuter). Innan intervjun gavs informanten möjlighet att ställa frågor igen samt informerades om att det gick bra att stänga av kameran om det kunde bidra till en känsla av trygghet. Ett informerat samtycke spelades in separat och därefter spelades intervjun in. Direkt efter att intervjun avslutats raderades videofilen och ljudfilen sparades i ett digitalt valv på Örebro universitet.

Ljudfilerna transkriberades i enlighet med Brauns och Clarkes (2013) rekommendationer och pseudonymiserades genom att identifierande information (namn, platser, arbetsplatser och annat) togs bort från transkripten. En kodlista framställdes som kopplade transkript till informant, detta för att hålla reda på vilket transkript som hörde till vilken informant, då somliga angivit att de önskade se över transkriptet och lämna kommentarer innan det användes i studien. Intervjuerna transkriberades ordagrant, men irrelevanta fyllnadsord, brutna meningar, felaktig grammatik och upprepningar som inte ändrade innebörden togs bort så att innehållet i deltagarnas berättelser på ett läsbart sätt fångades upp. Skratt, bekräftande hummanden och längre pauser noterades.

Dataanalys

Analysen är gjord utifrån intervjustudiens syfte att undersöka förståelsen av hur en behandlingsintervention för transpersoner upplevdes av dem som deltog, i syfte att underlätta för framtida studier och behandlingsinterventioner. Detta innebär att delar och inte allt av det som informanterna säger vid intervjuerna ingår i resultatanalysen. Exempelvis ges de upplevelser som skildrar relativ nöjdhet mindre utrymme till förmån för sådant som utmärker sig som positiva eller negativa upplevelser. Detta med syftet att ge en förståelse för vad som bör förvaltas alternativt justeras för framtida studier eller behandlingsinterventioner. Därtill har en del praktiska synpunkter utelämnats och rapporterats till ansvariga forskare separat.

Reflexiv tematisk analys användes för att hitta mönster och teman för att förstå mening och beskriva fenomenen i deltagarnas upplevelser (Braun & Clarke, 2022; Willig, 2022). I vår analys följde vi de sex faser för reflexiv tematisk analys som beskrivs av Braun och Clarke (2022). Hur stegen genomfördes redogörs för nedan.

Lära känna data samt kodning (fas 1 och 2). I enlighet med Braun och Clarkes (2022) rekommendationer började vi bekanta oss med materialet redan under transkriberingen. För att skapa oss en förståelse för även de intervjuer där vi personligen inte var del av dialogen transkriberade vi varandras intervjuer. Efter transkribering lästes samtliga intervjuer igenom, i syfte att lära känna vår data närmare. Parallellt med detta förde vi anteckningar över initiala tankar och idéer.

Initiala koder genererades därefter i analysverktyget NVivo och vi summerade data under koder utifrån dess mening på både semantisk och latent nivå. Den intervju vars transkript föreföll innehålla störst mångfald av perspektiv användes när vi skapade de initiala koder som sedan användes för hela datasetet. Vid behov adderades nya koder. Exempel på koder som användes är *Självmedkänsla* för att koda det som berättades rörande den modulen på en semantisk nivå och *Att vara del i en studie* som samlade det mer latent i berättelserna som kopplar till att vara studiedeltagare.

Vi kodade därefter två av intervjuerna på varsitt håll för att sedan jämföra och fånga upp olikheter. Vår ambition var att ta tillvara våra olika perspektiv och få en mer mångfacetterad förståelse i tolkningen av datan. Därpå kodade en av oss resterande transkript. Totalt användes 29 koder.

Generera initiala teman samt utveckla och utvärdera dessa (fas 3 och 4). För att röra oss från ett analytiskt fokus på mindre meningsbärande enheter (koder) till att konstruera

större meningsfulla mönster (teman) arbetade vi vidare med datan i enlighet med Braun och Clarkes rekommendationer (2022). Genom att gå igenom koderna samt sätta samman kluster av data baserat på de mönster vi såg utformade vi teman. Vi eftersträvade diversitet och vinnlade oss om att vara observanta på och ta hänsyn till de olikheter som framkommit i informanternas upplevelser. Eftersom vår ambition var att även söka underliggande mening och göra tolkningar, noterades även våra tankar om innebörden bakom det som uttryckligen sagts.

Därefter undersökte vi om temana representerade ett mönster som utgörs av ett sammanhållet koncept. Som beskrivs av Braun och Clarke (2022) undersöktes dessa teman utifrån hur avgränsade de var, hur mycket data som fanns för att styrka dem samt hur sammanhängande och koherenta de upplevdes och hur meningsfull information de innehöll. Vi gick även tillbaka till transkripten för att säkerställa kopplingen mellan data, koder och teman. Flera omarbetningar, sammanslagningar och utbrytningar genomfördes till dess att varje tema hade ett sammanhållet koncept som kändes rikt och utifrån studiens syfte värdefullt.

Förädla, definiera och namnge teman samt skriva klart rapporten (fas 5 och 6).

Slutligen justerade och förfinade vi analysen så som förespråkas av Braun och Clarke (2022). Vi skrev en sammanfattning av varje tema och namngav dem med syfte att fånga deras essens och väcka läsarens nyfikenhet. I denna fas var skrivandet centralt för den analytiska processen och ur detta arbete har analysen vuxit fram och förädlats. Genom att arbeta med sammanfattningar har vi dels försökt förtydliga för oss själva vad varje tema vill säga, dels börjat rikta oss mot en läsare, vilket för oss medförde att vi lade större vikt än tidigare vid hur vi skulle kunna förmedla den framväxande analysen och texturen i de upplevelser vi ville förmedla.

Arbetet med att namnge våra teman har skett i flera omgångar och har hjälpt oss att sätta fingret på vad det är vi vill att respektive tema ska förmedla, men det har också varit viktigt för oss att namnen ska bjuda in läsaren och vara intresseväckande och vi har arbetat i enlighet med Finlays (2021) kvalitetskriterier gällande resonans för att förmedla resultatet på ett levande sätt.

Etiska överväganden

Kvalitativ forskning är full av etiska överväganden i allt från att respektera informanternas integritet till att beakta den kulturella kontexten (Brinkman & Kvale, 2005). I

detta avsnitt diskuteras hur mikroetiska aspekter tagits i beaktning i utformandet och sammanställningen av detta arbete. Det forskningsprojekt denna studie ingår i är godkänt av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2022-04823-01). Diskussionen nedan är en redovisning för hur etiska aspekter tagits i beaktning i praktiken genom intervjustudiens genomförande, samt hur vi som författare resonerat utifrån den etiska kontext forskningsprojektet bjudit in oss till.

Mikroetik. Mikroetik rör förhållanden inom intervjusituationen, inklusive den mänskliga interaktionens påverkan på intervjuare och informanter (Brinkman & Kvale, 2005). Här har flera aspekter varit viktiga att ta hänsyn till.

Innan deltagarna tog ställning till medverkan i intervjun fick de skriftlig generell information om studien, specifik information om intervjuns upplägg och syfte, samt information om frivillighet, rätten att avbryta sitt deltagande samt hur insamlade data och personuppgifter hanteras (se bilaga 1). Intervjuerna inleddes sedan med att informanten fick möjlighet att ställa eventuella frågor, varpå ett muntligt informerat samtycke spelades in enligt (se bilaga 3). Deltagarna informerades på nytt om att de kunde avbryta sin medverkan när som helst utan motivering samt att de genomgående var välkomna att ställa frågor. Först när informerat samtycke erhållits påbörjades intervjun.

För att säkerställa att deltagarna kände sig fria att tala om interventionen var det av vikt att intervjuerna genomfördes av från projektet oberoende personer, samt att detta även förmedlades med tydlighet till deltagarna. Vi som utförde intervjuerna satte oss in i interventionen, så att vi skulle kunna följa deltagarnas utsagor och förstå vilka delar av interventionen de talade om. Samtidigt vinnlade vi oss om att inta en icke-vetande hållning under intervjuerna.

Med respekt för deltagarnas integritet såg vi till att säkerställa konfidentialitet genom säker förvaring av insamlade data och avidentifiering av data i transkripten genom att potentiellt identifierande information utelämnades eller pseudonymiserades. Eftersom deltagarna är del av en minoritet gjordes detta med särskild omsorg. Att gruppen transpersoner i Sverige är liten motiverar ytterligare aktsamhet i hantering av data, för att minimera risken för att deltagare identifieras.

Vi var införstådda med att en intervjusituation innebär ojämn maktfördelning, där intervjuaren utifrån sin agenda som forskare har maktövertag genom att till stor del styra förutsättningar, innehåll och riktning för intervjun samt är den som har monopol på att göra tolkningar utifrån intervjumaterialet (Brinkman & Kvale 2005). Med detta i beaktning var vi

noggranna med tydlighet gentemot deltagarna gällande vår koppling till interventionsstudien samt transparens med intervjuens syfte, intervju materialets hantering, anonymisering och publiceringsform. Som motvikt i vår kontroll över intervjuinnehållet konstruerades intervjuguiden med öppna och generella frågor om informantens upplevelser, erfarenheter och tankar. Genom att vi som intervjuade var följsamma och kontinuerligt började brett för att välkomna olika perspektiv och berättelser strävade vi efter att ge varje enskild informant inflytande att påverka vilka aspekter som var viktiga att prata om.

Resultat

Den reflexiva tematiska analysen resulterade i två huvudteman, med tre respektive två underteman vardera (se tabell 2). Huvudtemat *Jag gör det för oss!* reflekterar motivation till deltagande, upplevelser av bemötande och behandlingsstruktur. Dessa fördjupas i undertemana *Hjälpa eller Hjälpas?*, *Underbart är kort* och *Låt mig vara hel*.

I det andra huvudtemat, *Hur var det för mig?*, speglas informanternas upplevelser av innehållet i interventionen. Undertemat *Jag är inte sjuk* lyfter upplevelser av hur det också i en intervention som i stort upplevts som queer har smugit sig in inslag som upplevts alltför kliniska och patologiserande av informanterna. I undertemat *Felet ligger inte hos mig* beskrivs ett par av de komponenter som informanterna upplevt som verksamma.

Tabell 2.

Temat och underteman.

Tema	Underteman
<i>Jag gör det för oss!</i>	<i>Hjälpa eller hjälpas?</i> <i>Underbart är kort</i> <i>Låt mig vara hel</i>
<i>Hur var det för mig?</i>	<i>Jag är inte sjuk</i> <i>Felet ligger inte hos mig</i>

Jag gör det för oss!

Detta huvudtema beskriver deltagarnas upplevelse av motivation till och förväntningar på deltagandet i studien. Även upplevelser av studiens inramning utifrån behandlarkontakt och tilltal reflekteras här. Huvudtemat är uppdelat i tre underteman. Det första, *Hjälpa eller*

hjälpas? fångar in deltagarnas drivkraft till att delta i interventionen. Det andra undertemat *Underbart är kort* återger aspekter av hur den terapeutiska relationen och interventionens format upplevts. Slutligen tar det tredje undertemat *Låt mig vara hel* upp hur interventionens inriktning mot transpersoner upplevts.

Hjälpa eller hjälpas? I intervjuerna frågade vi vad som motiverat informanterna till att delta i interventionsstudien. För majoriteten av informanterna visade det sig att “att bidra” eller “att hjälpa till” var den främsta anledningen.

Att bidra framhölls som viktigt ur två huvudsakliga aspekter. En av dessa var att bidra till forskning, vilket i ett flertal av berättelserna beskrevs som extra viktigt utifrån informanternas minoritetsstatus. Detta både utifrån upplevelsen av att det saknas forskning på transpersoner och utifrån att gruppen transpersoner inte är så stor, vilket Informant D beskriver som “vi är inte så många, så det gäller att ställa upp”. Informant G säger “eftersom jag själv inte är forskare tycker jag att jag i alla fall kan vara behjälplig genom att ställa upp, att hjälpa till på mitt sätt.”

Den andra huvudanledningen till att vilja bidra rör behovet av att göra gruppen transpersoners röst hörd, något ett flertal informanter nämner som ytterligare ett motiv till att delta. Bland annat delges att det finns en längtan efter att transpersoner ska få lov att “föra sin egen talan”. Informant G svarar på en fråga om vad som hade kunnat främja transpersoners hälsa generellt såhär:

/.../allting som transpersoner som individer eller som community lyfter slås ofta undan med att säga att ni är ju jäviga, ni är för känslomässigt investerade i det här. Vi behöver vita cismän som tar i den här frågan. Jag hatar den inställningen, det är som att slå huvudet i en vägg varje gång man pratar med Socialstyrelsen eller politiker/.../ Folk vill inte lyssna. Jag tycker det är jättejobbigt och tragiskt. Det gör det också skönt att få vara del i studier till och från, jag har ju varit del i ganska många, tycker jag själv (skrattar). Ofta kommer man inte in i de frågorna du ställer nu, men då blir det i alla fall någon aveny att försöka vara en röst av många i det då. Så det är väl min generella take away till forskare och folk som jobbar med det här att sluta vara så långt uppe i sin egen anal och sluta tro att man som utomstående till en minoritetsgrupp kan förstå den minoritetsgruppens

upplevelser fullt ut utan att prata med den, utan att ta input. Man lyssnar hellre på varandra än på berörda parter, sluta med det tycker jag.

Det framkommer även en längtan efter att nyansera och bredda bilden av vad det är att vara transperson genom att exempelvis visa att “vi inte bara mår dåligt”. Informant H säger:

Jag ville vara med väldigt aktivt, jag ser det som ett samhällsproblem att det är en väldigt ensidig bild av vad det är att vara trans eller icke-binär och så. Man ser kanske dem som skriker högst mest. Jag känner att det finns andra sätt, man behöver inte nödvändigtvis må jättedåligt eller ha vissa politiska åsikter eller uppleva samhället på ett visst sätt. Därför ville jag också vara med i studien.

Endast ett par informanter nämner spontant en förhoppning om att själva bli hjälpta eller få ut något av studien. Två informanter ger uttryck för att behovet av och förväntan på samtalsterapi och att “få prata med någon” var betydande för deltagandet. Informant E säger:

När jag började interventionen kände jag ett behov av samtalsterapi. Det bidrog ju faktiskt till att jag var med i studien, att jag tyckte att jag behövde snacka med någon. Så det kunde vara svårt ibland att jag kände ett behov av att typ prata om mina barndomstrauman. Det kunde vara svårt, jag fick prata med någon, men vi skulle inte prata så mycket. /.../ Jag tror att jag tänkte att jag är med på den här forskningen för att hjälpa forskningen och i utbyte får jag gratis terapi. Så tror jag att jag hade tolkat det och så var det inte så. Så det var också problem med förväntningarna.

I kontrast till dem vars initiala motivation till deltagande speglar ett hopp om att bli hjälpta av interventionen, förefaller det i andras upplevelser finnas drag av förvåning över hur hjälpsam interventionen kom att bli för dem. Sådan förvåning kommer till uttryck i beskrivningar av att interventionen gett dem mer verktyg och inverkan på livet än de hade räknat med. En del upplever även oväntade upplevelser av djupgående insikt, eller att deltagandet blev viktigare för dem än de trott initialt. Informant H beskriver:

Det förändrades också under studiens gång, från att jag i början ville vara med för studiens skull, men kanske att jag var skeptisk till att lägga så mycket tid, till att jag verkligen såg fram emot de här sessionerna. Det här var mycket viktigare än jag trodde.

Studiens syfte framstår genomgående som överordnat de egna behoven och att deltagarna i första hand ville göra gott. Detta märktes på hur informanterna tenderade att svara utvärderande kring sin egen insats och hur väl de tjänat studien snarare än utifrån hur interventionen tjänat dem. Informant E "känner dåligt samvete" över att ha lagt för lite tid på hemuppgifterna och informant G beskriver sig själv som "en dålig datapunkt" utifrån att av personliga skäl inte kunnat hålla samma engagemang genom hela interventionen. Därtill framstod det emellanåt som att informanternas svar utgick från studiens behov snarare än de egna, som när informant D svarar på en fråga om sessionernas längd:

Om man ser det för studien så tycker jag att det är bra, om jag ser till mig själv och att det skulle ha ett syfte för mig så skulle jag vilja ha lite längre upplägg och så. Men om det var för forskning och bara studien så var det bra.

Informant G förmedlar en bild av att sätta studiens behov över de egna och av låga förväntningar på att få ut något för egen del:

Men jag är som sagt fortfarande nöjd, och det var ju inte min privata psykolog jag träffade och så, så jag hade inga förväntningar på något annat och därför är jag ändå nöjd med resultatet.

Utöver att se till studiens behov speglades även en stor tacksamhet i de svar som informanterna gav och mycket av den kritik som framförts förefaller lindas in i tacksamhet och ursäkter. Tacksamheten speglas också genom att majoriteten uttrycker att de bara genom att få möjlighet att delta i studien är nöjda. Därtill uttrycker ett flertal glädje över att det finns någon form av intervention som är till för att hjälpa och stötta just dem. Informant D berättar:

Intervjuare: Vad var du mest nöjd med?

Informant: Mest nöjd är jag ju med att någon bryr sig om det här /.../ tänk att det finns folk som själva inte är transpersoner, som jag ändå tror att de flesta är som jobbar med det här, att de vill göra det här för oss. Det är ju absolut det största för mig att man lägger ner tid och vilja och jag tycker jag känner i allt det här en väldig omsorg/.../

Sammantaget finner vi element i intervjuerna som tyder på en stark drivkraft inom gruppen att vilja hjälpa till och primärt ställa upp i studien både utifrån att bidra till forskning och för att göra gruppen transpersoners röst hörd. De som hoppades på att bli hjälpta förefaller inte helt ha fått ut det de förväntat sig av sitt deltagande medan andra, vars primära motivation varit att hjälpa, blivit positivt överraskade av att studien även varit till nytta för dem. Gemensamt är att förhoppningen om att bli hjälpt eller få tillbaka något från interventionen framstår som sekundär. Slutligen noterar vi ett stråk av tacksamhet som genomsyrar informanternas svar.

Underbart är kort. Genomgående reflekterar informanternas berättelser en positiv upplevelse av kontakten med behandlaren. Därtill återges en variation i upplevelsen av graden av struktur, utrymme och framförallt tid i sessionerna.

Som positivt i behandlarens bemötande lyfts upplevelsen av att vara förstörd, sedd eller trygg. Bidragande till detta tycks vara bland annat egenskaper hos behandlaren som trygg, lugn, snäll, lyhörd, varm, professionell, kompetent, uppmuntrande och icke-dömande. Informant B berättar att det kändes “varmt och välkomnande, väldigt uppmuntrande”.

Gällande formatet framhålls av ett flertal att tydligheten i strukturen och begripligheten i sessionernas upplägg varit bidragande till känslan av trygghet. Informant A beskriver det som positivt att ha en struktur som klargör upplägget, “ser till att det inte svävar iväg” och klargör vem som ska göra vad. Informant B berättar att “öppen kommunikation” bidrog till trygghet, samt att interventionens tydliga inramning innebar “att jag inte behövde sitta och prata fritt och det var tryggt och bra.”

Det fanns även de som upplevde en följsamhet i strukturen genom att de olika övningarna tog avstamp i individens förutsättningar och vardag. En av dem var informant F:

Informant: Det har också genomgående varit en väldigt medkännande approach. Det poängterades att det var kravlöst. Det framfördes mer som uppmaningar att

testa de olika övningarna och det nämndes också att det här bara är ett exempel på hur det går att göra, att det finns andra sätt som man kanske kan hitta sen.

Allt passar ju inte alla och en frihet att utforska vidare själv sen...

Intervjuare: Så lite igen med acceptans och valmöjlighet att anpassa efter egen situation kanske?

Informant: Ja, men kanske även att anpassa uppgifterna. Till exempel fanns det en uppgift som gick ut på att testa medveten närvaro medan man gör något annat. Då gavs det flera olika exempel på när man kunde göra det. Möjligheten att anpassa efter egen situation fanns där.

Även informant H beskriver upplevelsen av att interventionen trots sin struktur gick att anpassa utifrån egna behov:

Jag kände nog att min behandlare anpassade sig efter min situation och det var ju en forskningsintervention och behandlaren var tydlig med det; att eftersom det är en forskningsintervention kan vi inte göra något annat, men när jag hade vissa exempel så gick de ändå att få in så att vi pratade om det vi skulle. Det utgick från mig, trots att det fanns en tydlig ram som vi följde.

Värt att notera är att de två informanter som beskrev störst följsamhet från interventionens sida båda har utbildningar och yrken som ger dem kunskap om vad de kan förvänta sig av en psykologisk behandling, vilket möjligen kan ha varit bidragande till deras förmåga att be om det de behövde.

I kontrast till upplevelserna av följsamhet finns det andra deltagare som lyfter att de upplevde en snävhet i ramarna och önskade mer frihet i sessionerna. För dem tycks sessionslängden ha spelat in i upplevelsen av att begränsas. Av de åtta informanterna var det tre som var helt nöjda med längden på sessionerna och uttryckte att det var "praktiskt" och "smidigt" att få in i vardagen, medan fem informanter uttryckte att sessionerna hade varit alldeles för korta.

De konsekvenser som tillskrivs tidsbristen handlade bland annat om utrymme för att reda ut oklarheter. Ett flertal beskriver en upplevelse av att vara uppmuntrade att ställa frågor, samt att behandlaren ett flertal gånger stämde av att de hade förstått under sessionens gång.

Däremot finns det exempel i intervjuerna där informanterna delger en upplevelse av att trots detta inte ha upplevt sig ha tid att ställa frågor och reda ut missförstånd. Informant C berättar:

Intervjuare: Men när det här missförståndet kom upp, hur kändes det och hur redde ni ut det?

Informant: Ja, alltså, när man också bara har en halvtimme på sig och jag har en tendens att kunna prata ganska mycket, och jag vet inte riktigt vad som hände, det kändes som att jag blev passiv och tänkte jag hör vad behandlaren säger men jag vet inte om jag kommer göra det. Det är möjligt att jag hade kunnat säga att "vänta nu, jag tror att vi missförstår varandra" om vi hade haft mer tid.

Detta syns även i informant G:s berättelse om upplevd tidsbrist i studien generellt, som här förefaller leda till att informanten inte upplever att det finns utrymme för klagande frågor eller stöd mellan sessionerna. Informant G berättar:

Jag tror kanske lite att det hade varit skönt att ha, ja, men som till exempel med den här övningen som jag var inne på som jag tyckte var obehaglig att göra. Där hade det varit skönt att ha någon form av direktkontakt, antar jag. Det är lite så att jag fattade att jag kunde mejla, men jag hade lite känslan av att det här är något som är på ett ganska ansträngt schema. Mejlen fanns, jag fattade ju det, men det hade inte löst situationen för mig där och då. Men kanske om man är tydlig med det från början att här är en aveny att höra av sig om du behöver det och det har vi budgeterat tid för, så jag inte behöver uppleva att jag är i vägen genom att skicka en fråga.

Det framstår således som att det trots uppmuntran till att ställa frågor under och höra av sig mellan sessionerna funnits något som hindrat deltagarna att göra detta. En möjlig tolkning är att den upplevda tidsbristen varit bidragande. Det informant G beskriver ovan kan även förstås utifrån något vi återkommer till i undertemat *Felet ligger inte hos mig*, nämligen en generell upplevelse bland informanterna av att i sin vardag vara till besvär och en benägenhet att ta på sig ansvaret för bristande bemötande.

Tidsbristen tycks också ha påverkat möjligheten att bygga förtroende för behandlaren, särskilt i början av kontakten. Ett flertal informanter beskriver upplevelser av osäkerhet och förvirring i början av studien eller att det i början var "svårt att ta sådana här djupare samtal på zoom". Detta attribuerar en del i sina berättelser till en initialt bristande kännedom om formatet vilket gjorde att det tog tid att förstå vad som förväntades av deras deltagande. Andra beskriver däremot att just sessionslängden var bidragande till den initiala förvirringen och att det fanns en osäkerhet utifrån att inte få tid att lära känna behandlaren. Informant D berättar:

Att man bara startar en video i 30 minuter... och sen så hejdå. Vem är den där egentligen? Kan jag säga så här? Med tiden så märkte jag att det gick hem.

Även bristen på tid och utrymme för att prata om svåra känslor eller berätta om hur den senaste veckan varit (utöver att rapportera kring hemuppgifter) är något som ett par informanter beskriver som svårt och som en följd av formatet. Informanternas berättelser reflekterar en önskan att prata om sådant också, något som vi ser bland annat i informant E:s ord nedan:

Det enda jag har kritik mot med samtalen var det där med tiden, att det var så styrt /.../ för visst, min behandlare frågade hur det har känts och hur blev det här, men då tittade man liksom på klockan och såg att shit, vi har sjutton minuter kvar och ska hinna gå igenom nästa uppgift och vi ska hinna prata om nästa modul. Så då sade jag kanske något kort, men jag ville ju liksom inte öppna Pandoras ask.

Sammantaget kan det utifrån detta tänkas finnas en relation mellan behandlingens ramar och möjligheten för deltagarna att känna sig förstådda och trygga med sina behandlare. Känslan av att få utrymme att prata om det som är svårt tycks saknas och efterlängtas.

Slutligen går det att tänka att den digitala kontexten skulle kunna ha påverkat upplevelsen av kontakten. Digitala möten var något de flesta informanter var nöjda med, men flera lyfter hur det blir hjälpsamt och ökar tryggheten för dem som ännu inte kommit ut helt. För informant F blev det digitala formatet särskilt hjälpsamt:

Jo, men det var bra att kunna vara hemma i en miljö jag känner mig trygg i och så. För mig som inte har varit helt öppet trans alltid var det en stund jag kunde vara det. Hade mötena varit på en annan plats hade jag kanske inte haft de kläder jag hade på mig under mötena nu, eftersom jag kanske inte hade gått ut i mer feminina kläder öppet förut. Eftersom det var hemifrån kunde jag ha det. För min del har jag märkt att jag är väldigt bekväm med kontakter över zoom, så för mig personligen har det varit väldigt bra.

Det går således att tänka att interventionen genom att vara digital blir anpassad för målgruppen i ytterligare en dimension; genom att erbjuda behandling som kan nås från det egna hemmet. Å andra sidan framhåller ett par informanter att digitala möten har vissa nackdelar. För informant G var det utmanande att göra övningar i medveten närvaro framför en kamera och för informant D blev det svårare att bygga en relation till sin behandlare utan att “andas samma luft”. Informant E beskriver att det digitala formatet kan ha både för- och nackdelar i arbetet med känsliga frågor:

I början kändes det svårt att ta sådana här djupare samtal på zoom, men det har man ju vant sig vid lite, så det blev ändå ganska bra. Om jag ska gå i terapi vill jag nog gärna sitta face to face, så att personen kan lära känna en, men eftersom det här var en begränsad tid och ganska korta möten kanske det var bättre att det var på zoom. Hade man suttit där hade man kanske varit ambivalent inför hur mycket man ska berätta och sådär.

Således tycks även detta vara en individuell upplevelse, där ett par av informanter upplever det digitala upplägget som tryggt, tillåtande och tillgängligt. Andra upplevde en distans i kontakten, vilket delvis tillskrivs det digitala upplägget.

Sammantaget reflekterar detta tema upplevelser av en generell nöjdhet och trygghet i kontakten med behandlaren. Dock ser vi hur somliga upplevde en trygghet i tydligheten medan andras berättelser skildrar en upplevelse av att vara både hårt och kort hållen av studiens ramar. En möjlig tolkning är att de spridda upplevelserna reflekterar en variation av behov och förväntan, där somliga behöver mer frihet och följsamhet från behandlaren och

andra inte. Det som förefaller hjälpsamt var att med sin behandlare prata om sina behov, samt att behandlingen utgår från deltagarens egen livssituation så att det på så vis både blir styrt och individanpassat. Avseende att behandlingen utförts genom en digital plattform tolkas även detta som möjliggörande för upplevelsen av trygghet för en av informanterna som inte var öppet trans, medan det i annat fall upplevts som bidragande till svårigheten att bygga relation till behandlaren.

Låt mig vara hel. I flertalet berättelser lyfts att det fanns ett i huvudsak genomgående tilltal av transkompetens i studien. Detta exemplifieras i föregående undertema (*Underbart är kort*) bland annat som upplevelser av trygghet i kontakt med behandlaren. I detta undertema utforskar vi vidare hur studiens inriktning mot transpersoner upplevts av deltagarna.

Flera informanters berättelser skildrar en positiv upplevelse av att denna intervention erbjudit en möjlighet att som transperson bli sedd, lyssnad på och bemött med nyfikenhet utifrån ett individperspektiv. Detta är något som flera beskriver sig sakna inom vården, transcommunityt och samhället. Informant H berättar:

Det var jättefint att jag fick diskutera det här med min behandlare. Jag fick sätta ord på det här. Det här är också väldigt känsligt, just eftersom det är så aggressiv ton i samhällsdebatten; det är så väldigt svårt att prata om de här frågorna. Man blir påhoppad, så är man transfob, och därför var det väldigt fint att liksom ha ett tryggt tillfälle att få sätta ord på de här funderingarna utan att känna att jag kommer råka illa ut.

Detta återges även i upplevelser av hur tilltalet var i denna intervention, till skillnad från hur det varit för vissa av informanterna i andra forsknings- och behandlingssammanhang. Till exempel berättar informant A att denna intervention upplevdes som genuin och queerförstående, i kontrast mot annan transforskning som informanten beskriver som att "studera apor i bur". Vidare beskriver informant C hur upplevelsen av studien kontrasterar mot en tidigare erfarenhet av psykoterapi:

Det var ju mycket jag fick ut av det (interventionen), mycket mer än vad jag trodde, vilket är spännande om man då jämför med den gången då jag vände mig till vården för ett tag sen då det skulle vara något som skulle vara om mig

personligen men som var mycket sämre. Jag uppskattade verkligen att den här interventionen, det handlar ju om transpersoner, men det faktum att det inte var en grej som man behövde förklara, att det var helt naturligt.

Därtill uttryckte ett flertal informanter att studien upplevdes som genomsyrad av transkompetens och queerhet. Något som även reflekteras i detta citat från informant D:

Informant: Dels så tycker jag att det var jättespännande att X (namn på behandlare) redan hade jobbat med det här och redan träffat transpersoner. Det var jätteroligt och gav mervärde i att jag, och förstå mig rätt, pratade med en riktig person. En som inte bara var student och plockade ned siffror och lämnade vidare, utan som själv har stort intresse i det här och kunskap om det.

Intervjuare: Så det var viktigt för dig, att förstå att din behandlare hade ett genuint intresse och kunskap?

Informant: Det var inte viktigt, men det gjorde det roligare, större och finare på något sätt ... fler sinnen av mig vaknade till liv.

Utifrån dessa berättelser kan förstås att det finns tidigare erfarenheter av och farhågor kring bemötande. Detta både utifrån samhällsklimatet och tidigare kontakt med olika vårdinstanser. Hos samtliga informanter framträder en längtan efter att slippa bli dömd och behöva förklara sig och efter att istället bli mött med kunskap, nyfikenhet och genuint intresse. Detta kan även tolkas som viktigt utifrån det utrymme som vården och samhället ger (och inte ger) transpersoner.

Vi ser även en upplevelse av att transfokuset varierat under interventionens olika moduler i informanternas svar på frågan om de på något vis upplevde någon skillnad mellan vad som hjälpt dem ur ett transperspektiv och vad som varit hjälpsamt på ett mer generellt plan. Här speglar svaren att de flesta upplever att transfokuset varit tydligast i minoritetsstressmodulen medan orosmodulen och självmedkänslomodulen upplevts mer generella. Informant C berättar om orosmodulen:

Det blev mer att vi pratade mer om oro över lag, än specifikt i förhållande till en transidentitet för det var vissa saker som kom upp med det också, men eftersom

jag upplever att jag inte har en specifik oro kring transidentiteten som utmärker sig eller är separat, utan allting hänger liksom ihop. Så det var mer rimligt för oss att processa allting som en grej.

I detta citat ser vi även något flera andra lyfter, vilket är att varken de eller behandlaren velat eller kunnat skilja på vad som är och inte är transrelaterat, att “det går inte hitta exakt vad är gränsen mellan att vara människa och att vara transperson”. Informant F berättar:

Informant: Ja, det går ju liksom in i vartannat. Eftersom att vara trans är en så stor del av min identitet blir det ju så att om den biten blir hjälpt blir jag ju hjälpt i andra delar också.

I ett fåtal fall framkom även röster som delgav en upplevelse av att transfokuset blivit mer tydligt uttalat än önskvärt i behandlingen och som hade önskat att det generella eller “common humanity” varit utgångspunkten. Informant H:

Jag fattar ju rent forskningsmässigt och jag tycker att studien är jättebra, men det blir ju förstärkande att ens transidentitet är det viktigaste, istället för common humanity och att jag först och främst är människa. Precis som alla människor har jag mina svårigheter och jag har mina resurser, mina glädjestunder och så.

Det går även att läsa in en viss förvirring som uppstår kring studiens transfokus där informanter beskriver upplevelsen av att inte vara säker på om de får lov att svara utifrån sådant som inte rör att de är transpersoner. Informant E berättar om en sådan situation som uppstått i samband med en hemövning:

Jo, jag tänker att om jag skulle ha en hemläxa eller tänka på något; får jag bara prata om saker som har med att jag är trans att göra, eller med hur jag är som person? Som på frågan “Hur många gånger har du känt oro den här veckan?”, då undrar jag, får jag bara ta med när jag känt oro för att jag är trans? Eller får jag ta med annan oro också, som för att ramla på cykeln? Ibland när vi pratade så

tänkte jag att om jag säger något nu som inte har att göra med att jag är trans, är det då ointressant? Den avgränsningen kunde vara svår för mig att göra.

Detta skulle även kunna kopplas till det som diskuterats gällande att vilja vara en god deltagare i studien och göra rätt i undertemat *Hjälpa eller hjälpas?* Informant E berättar:

Informant: Så är mitt beteende kopplat till mig som person eller till mig som transperson? Ja, och ibland vet man ju inte, ibland kan man ju inte separera. Jamen typ, jag har upplevt en jobbig grej men jag vet ju inte om det var för att jag är trans eller inte.

Intervjuare: Och hur tror du att det hade kunnat göras för att det skulle bli tydligare eller lättare?

Informant: Ja, alltså min behandlare sa ju i våra samtal ibland hur det låg till, när det förväntades de ena eller andra. Jag frågade också när det var någon hemläxa om hur man handskats med jobbiga känslor och då frågade jag om jag bara skulle notera de jobbiga känslor som har att göra med att jag är trans, eller ska det vara allt möjligt? Då svarade min behandlare ju på det. Så det fanns ju utrymme för att tydliggöra det. Kanske hade det inte behövt vara annorlunda, men det var svårt ibland om man inte visste.

Här tolkar vi det som att informanten gärna vill göra rätt efter vad behandlaren och studien efterfrågade. Det kan även ses som ett exempel på hur informanten i samtal med behandlaren kan lyfta funderingar och att det finns ett utrymme för att undersöka oklarheter tillsammans, något som även utforskats i det tidigare undertemat *Underbart är kort*.

Sammantaget går det att utifrån detta undertema tolka det som att det finns en grundläggande förförståelse hos båda parter om att kontexten är till för och välkomnar transpersoner, något som skildras som mycket uppskattat och viktigt i deltagarnas upplevelser av interventionen och för flera saknats i andra kontexter. Vi ser även att transfokuset skiftat genom de olika modulerna. Det finns även en variation inom gruppen där vissa upplevde en otydlighet i om de fick inkludera sådant som de inte kopplade till transidentiteten i exempelvis övningar, medan andra upplevde att det fanns utrymme för att både ha ett

transperspektiv och ett generellt perspektiv och någon förmedlade en längtan efter att få bli sedd som en hel människa.

Hur blev det för mig?

Huvudtema två reflekterar informanternas upplevelser av själva interventionen och på vilka sätt den har upplevts som hjälpsam, men också vad som av olika skäl varit svårare att ta till sig för en del. I undertemat *Jag är inte sjuk* försöker vi fånga in några av de aspekter ur vilka en del av interventionen blivit utmanande för informanterna. Undertemat *Felet ligger inte hos mig* återger komponenter i behandlingen som flertalet informanter beskriver som viktiga och som förefaller ha lett till förändring.

Jag är inte sjuk. Medan flera upplevde behandlingen i sin helhet som sympatisk och som en studie gjord "från insidan", som en "queer studie" (i enlighet med det som presenterats tidigare under *Låt mig vara hel*) fann en del informanter att en modul i behandlingen inte riktigt gick i linje med detta. Till skillnad från modulerna som rörde självmedkänsla och minoritetsstress, som upplevdes vardagsnära och "vänskapliga", upplevdes orosmodulen delvis som patologiserande och distanserad. Den beskrivs som "mindre vardagsnära", men också mer "akademisk" och av en del svår att ta till sig. Informant D beskriver den som "avskalad och klinisk" och har svårt att se varför den hör hemma i interventionen. Informant A upplevde orosmodulen till en del hjälpsam, men beskriver också sin upplevelse av den såhär:

Informant: Det är skillnad på den och det andra, det andra har varit lite mer gemytligt och vänskapligt, medan det (i orosmodulen) varit lite mer så som man skulle prata om det terapeuter emellan på en mottagning. Det blev lite nu sitter vi och är abstrakta kring det, inte konkreta, medan det andra har haft en vänskaplig känsloton som varit väldigt träffande. Det här blev lite mer apan i bur, nästan. De som är sjuka i detta.

Intervjuare: Så det blev något kliniskt över det?

Informant: Exakt så. Och inte extremt, det var fortfarande bra och användbart material, men det var skillnad. Hade tonen i det andra varit så hade jag inte blivit alls så berörd som jag faktiskt blev just för att det där fanns konkreta exempel där jag verkligen kunde känna igen mig. Medan det andra (orosmodulen) blev så

som det pratas om de sjuka ute i samhället.

En vaksamhet mot att betraktas som sjuka och i behov av en “klinisk” insats framkommer också i en del av informanternas utsagor om annat, vilket kan bidra till förståelsen av reaktionerna på orosmodulen. Exempelvis beskrivs annan forskning på transpersoner som blickande utifrån på gruppen av ett par informanter och det framkommer en genomgående missnöjdhet med hur negativt vriden bilden av att vara trans är i media. Att trots att de inte är sjuka behöva uppsöka psykiatrin för att få könsbekräftande insatser framkommer också som en tänkbar bidragande orsak till informanternas vaksamhet mot att betraktas som sjuka. Informant D beskriver att det är viktigt att vara noga med “att det inte blir /.../ omänskligt är inget bra ord, men att man inte blir behandlad som en sjukdom” när en sådan här behandling riktas till transpersoner.

Behandlarkontakten beskrivs generellt som en god upplevelse för samtliga informanter, med få undantag där strukturen, utrymmet och tiden förefaller ha begränsat möjligheten till trygghet, frihet och anpassning efter informanternas behov (se undertemat *Underbart är kort*). I de fall vi kan koppla dessa upplevelser av begränsningar till särskilda moduler, övningar eller teman i behandling förefaller orosmodulen vara utpräglat mer sammankopplat med upplevelser av dissonans i kontakten. Bland annat beskrivs upplevelser av “skav” med behandlare eller av att känna sig mindre trygga i kontakten i samband med berättelser om denna modul. Informant G upplevde under en övning otrygghet till följd av vad som förefaller vara bristande lyhördhet för vilka övningar som är lämpliga i en intervention till transpersoner och kanske också tidsbrist:

Det var ett tillfälle då det inte kändes tryggt. Det var vid en övning där man skulle bemöta sin oro genom att säga saker högt. Om jag var orolig för att jag skulle dö ensam eller att ingen tyckte om mig, då skulle jag säga det högt. “Ingen tycker om mig, jag kommer dö ensam”, och så skulle jag testa olika röstlägen för att liksom höra själv hur dumt det låter. Men den övningen tycker jag var jättejobbig, för jag tyckte att det var många saker som jag inte tyckte kändes dumma. Särskilt obehagligt var det att säga något som ifrågasatte min identitet själv. Jag vet ju, eller jag förstod ju, att detta inte var meningen (skrattar) och vi pratade om det efteråt, men man kanske måste välja saker som man säger högt

lite grand ändå (skrattar) trots allt. Då kände jag, är det här typ omvändelseterapi som vi gett oss in på? Jag tyckte det var obehagligt.

Det finns bland berättelserna fler exempel på övningar som inte landat helt rätt hos informanterna. För oss som samtalat med dem framträder exempel på detta från orosmodulen kunna härröra från otillräcklig introduktion till eller uppföljning av övningar. Informant E tycks exempelvis ha gjort precis så som övningen "orostid" syftar till, men upplever ändå att det varit att göra fel. Inte heller informant F verkar utifrån vår förförståelse för övningen ha fått tillräcklig introduktion eller uppföljning på genomförandet:

För mig var det nog snarare så att jag på kvällen fick fundera över om det hade funnits något jag oroat mig för. Jag lade liksom inte märke till det under dagen. Några gånger lyckades jag ändå lägga märke till att jag oroade mig under dagen och då skrev jag upp det, eftersom jag hade det i tankarna och var mer medveten. I mitt fall blev det mycket att jag eftersom jag inte lade märke till att jag oroade mig under dagen kom att använda orostiden på kvällen till att hitta saker jag oroade mig för, även om det egentligen var tänkt att jag skulle spara saker till den stunden.

Otillräcklig rational eller uppföljning av övningar skulle kunna förstås utifrån något informant A är inne på, nämligen att orosmodulen upplevdes "fylligare" än de andra och därför var svårare att hinna med.

Informant C beskriver också att en del av orosövningarna var svåra att göra, men är i övrigt mycket positiv till orosmodulen och säger sig ha haft stor nytta av den. Informantens upplevelse kring orosmodulen rör nyttan i att få syn på och kunna benämna sin oro, något som lett fram till tankar på att söka vård för att fortsätta arbeta med sin ångestproblematik. För andra upplevdes orosmodulen irrelevant, som informant H som inte säger sig ha så mycket oro.

Sammanfattningsvis förefaller orosmodulen ha haft en annan ton än de andra modulerna, som upplevts mer vardagsnära och vänskapliga, och den har upplevts svårare att ta till sig och arbeta med för en del informanter. Det faktum att den upplevts mer klinisk förefaller problematiskt utifrån att flera av informanterna uttrycker en oro för att patologiseras

utifrån sin transidentitet. Beroende på hur stora problem som informanterna upplever sig ha med oro har de upplevt orosmodulen som en mer eller mindre relevant del av interventionen.

Felet ligger inte hos mig. Flertalet informanter beskriver hur arbetet med interventionen påverkat deras mående i positiv riktning och i denna process har flera olika komponenter upplevts verksamma. I informanternas berättelser tycks det finnas gemensamma element i de olika modulerna som tillskrivs betydelse för upplevelsen av att bli hjälpt av interventionen. Däribland beskrivs hur begrepp för att sätta ord på sina upplevelser, nya insikter samt uppmuntran och övningar upplevts hjälpsamma. Att få syn på nya saker, benämna dem och förändra beteenden tycks ha varit parallella processer som växelverkat i varierande ordning för informanterna. För läsbarhetens skull presenteras de dock nedan mer separerade.

I de olika modulerna introducerades begrepp som för en del informanter var nya eller som i vissa fall under studiens gång fick en fördjupad eller förskjuten innebörd. För en del var flera begrepp bekanta sedan tidigare, men kom under interventionens gång att gå från begrepp som rörde andra till att kunna användas om egna upplevelser. Sådana begrepp kunde i orosmodulen vara till exempel stress, ångest och hypervigilans och i minoritetsstressmodulen minoritetsstress, mikroaggressioner, minoritetsro och minoritetsglädje. Få informanter upplevde begrepp i självmedkänslomodulen som obekanta eller svåra att applicera på sig själva, utan snarare som intuitiva och lätta att förstå. Informant C berättar följande om att få tillgång till begrepp rörande minoritetsstressmodulen:

Jag tyckte det var kul att prata om minoritetsglädjen för det är ju nytt för mig. Jag är ändå ganska mycket i sådana här grejer redan och håller mig ganska uppdaterad. Jag känner ju till könseufori och sådana saker. Det var jättekul att lära sig om. /.../ Flera av de här orden, särskilt typ minoritetsro, är viktigt att sträva mot snarare än kanske minoritetsglädje, för känslor går upp och ned och det känns ohållbart att sträva mot en konstant glädje utan snarare hitta en ro i vardagen och sen få in glädjen också. Precis som att jag inte vill leva i konstant könseufori, för det känns som att jag hade blivit jättetrött av det (skrattar). Att leva i en euforikänsla hela tiden känns inte rimligt. Att hitta ett bra läge som är ett stadigt mellanting. Så det var ett bra ord att lära sig, ett bra koncept.

För vissa var begreppen i sig helt nya och för andra var förståelsen för hur begreppen relaterar till dem ny. Det fanns även de som beskrev hur begrepp som de redan var bekanta med nyanserades eller att förståelsen för dem ökade. Generell var informanternas upplevelse av att komma till insikt om att detta var begrepp som beskrev saker de regelbundet upplevde i sin vardag. I samtal om minoritetsstressmodulen blev det särskilt tydligt hur omvälvande denna upplevelse kunde vara och flera av informanterna återger att de varit bekanta med begreppen minoritetsstress och mikroaggressioner, men att de inte upplevt att det var något som gällde dem eller som de själva utsatts för. Flera beskriver även att de under interventionen "fick tillåtelse" att använda dessa begrepp om sina egna upplevelser. Informant C beskriver:

Vänta nu, det här är tekniskt sett en mikroaggression, får jag lov att använda det ordet? Det var som att jag fattade, att det som det beskriver skulle kunna appliceras på det jag upplever. När jag tog upp det så var det liksom "ja, bra!" då har jag fått godkänt att använda ordet. Jag vill inte trampa någon på tårna, jag vill inte göra någon upprörd.

En följd att kunna sätta ord på sina upplevelser har haft för informanterna beskrivs som att "få ett språk" för att kunna prata om sina upplevelser, vilket både varit hjälpsamt för att dela sina upplevelser med andra och för att kunna kommunicera sina behov. En annan konsekvens som flertalet beskriver är hur de genom att benämna mikroaggressioner kunnat förlägga ansvaret för upplevelser utanför sig själva och haft lättare att "stå på sig" och bemöta andras mikroaggressioner. När problemet förläggs på strukturell snarare än individnivå upplevdes en ökad självmedkänsla och att "det är inte fel på mig", som informant C beskriver det. Känslan av delaktighet med andra transpersoner blev också större av att få lov att förlägga problemet utanför sig själv. Informant B beskriver vilken aha-upplevelse det blev att få exempel på vad mikroaggressioner kan innebära och vilka konsekvenser den upplevelsen fick:

Informant: Jo, men jaha, jag blir utsatt för mikroaggressioner? Ja, det blir jag ju!
Kanske att jag tidigare bara tänkt att, nej, det där var ju inte så schysst, men nu

kan jag se att det här handlar om något som inte bara rör mig utan är mer strukturellt.

Intervjuare: Så det blev att du fick syn på det lite?

Informant: Ja, precis. Att få syn på det blev konstigt nog ganska bra. Det blev lättare att förhålla sig till. Jag väljer att tänka att det här kommer inte från den här personen och rör inte mig, utan det här kommer från något kulturellt eller politiskt. Det behöver ju inte vara bra, men det blir lättare att tänka på situationen så, att det här inte är ett angrepp på mig utan ingår i någonting större. Då blir det också lättare att bemöta och ifrågasätta.

Vidare beskrivs övningar som varit av kartläggande karaktär som särskilt betydelsefulla för de flesta av informanterna, som för informant C, som beskriver både kartläggning av minoritetsstress och oro som ögonöppnande. För många ledde den ökade medvetenheten om och kartläggningen av upplevelser av minoritetsstress till en ökad känsla av att kunna påverka sin tillvaro, att "göra något åt det". Även om dessa kartläggningar varit tunga för flera av informanterna och gjort att de, som informant D, känt sig "nedbruten, trött och ledsen", är de relativt samstämmiga i att kartläggningarna inom minoritetsstressmodulen varit meningsfulla och som informant C uttrycker det, blivit "som en katalysator för förändring". Endast en informant, informant E, upplevde kartläggningarna som att de "var jobbigare än vad de gav tillbaka".

Tillgången till nya begrepp i kombination med de kartläggande övningarna kom att bli verksamt för flera informanter också i det att det hjälpte dem att få syn på att en del i upplevelsen av en situation är den tolkning tidigare erfarenheter medför att en person gör. Detta bidrar till en upplevelse av att, också när situationen inte går att förändra, kunna påverka det egna måendet. Informant B beskriver insikt i hur hypervigilans till följd av tidigare erfarenheter gett upphov till minoritetsstress också när situationen i sig egentligen varit "neutral" och den förändring denna insikt medfört.

/.../ (förr) var det väldigt jobbigt för mig när någon frågade om jag var kille eller tjej, men nu kan jag nog tycka att om någon frågar det då har jag lyckats. För då visar det att jag inte passar in i en binär norm och då är det så som jag känner. Då blir det en glädjekälla. Så stress och glädje kan komma från samma grej /.../

På samma tema beskriver informant E hur en och samma upplevelse kan ge upphov till diametralt olika känslor beroende på vilken tolkning som görs:

Det (hypervigilans) var ett begrepp som var hjälpsamt för mig att förstå för att kunna jobba med det. Att det kan skapa oro och stress även utan att något har hänt. Det är mina egna tankar om vad som skulle kunna hända – det tyckte jag var intressant och något jag kommer ta med mig. Det gjorde också att jag i de situationerna kunde fråga mig om det är något jobbigt som har hänt nu eller är det att jag tänker att något jobbigt skulle kunna hända? Det hjälpte mig att vara i den situationen.

I kombination med att ha fått förståelse för begrepp som rör minoritetsstress, oro och självmedkänsla förefaller de kartläggande övningarna således ha lett till en ökad uppmärksamhet på hur de företeelser dessa begrepp beskriver förekommer i informanternas vardag.

Vidare förmedlar många informanter upplevelser av hur de genom kravlösa uppmaningar från behandlarna om att prova nya beteenden uppnått en ökad känsla av att kunna påverka sitt mående. De beskriver hur övningarna ledde till en känsla av agens.

Informant A:

/.../ minoritetsglädje var ju också ett tydligt tema där det var intressant att också få syn på hur jag själv kan fylla på det, för det har varit lätt att fokusera på minoritetsstress och allt negativt som händer. Det var så intressant att se men just det, jag kan ju faktiskt fylla på och ta ansvar för det själv här. Så det blir lite av en balans. Från att jag tyckte att det begreppet var provocerande när jag hörde det första gången för sådär fem år sedan, till att jag ser det som men gud vilket verktyg /.../ det var inte ett brunblått ord för att förringa minoritetsstress, utan tvärt om, hur vi kan kompensera för det.

Också informant F upplevde ökad agens under arbetet med minoritetsglädje:

Jag tog ett väldigt stort steg i och med den. Den hjälpte mig att se, att lägga märke till vilka situationer jag hittade minoritetsglädje i. Då kunde jag också se hur jag skulle skapa mer sådana situationer och hitta sammanhang som ökar min minoritetsglädje och det har jag fortsatt med sedan dess.

Utöver upplevelsen av agens, speglar även dessa citat något flera informanter beskriver gällande vikten av att nyansera och balansera begreppet minoritetsstress genom att även introducera begreppen minoritetsro och minoritetsglädje och för en del hur uppfattningen om minoritetsglädje gick från något provocerande som förringade upplevelsen av minoritetsstress till något av en superkraft eller som informant D beskriver det, en "hemlig kompis".

Liksom i arbetet med de övriga modulerna förefaller det utifrån informanternas berättelser ha varit kedjan av att få tillgång till nya begrepp, bli medveten om hur det är nu utifrån dessa begrepp och därefter övningar som hjälper till med att öka känslan av att kunna påverka sitt mående vara det som varit verksamt också i självmedkänslomodulen. Att arbeta med självmedkänsla tycks för flera informanter dessutom ha underlättat arbetet med de andra modulerna. Exempelvis beskrivs hur verktyg från självmedkänslomodulen fanns där när orosmodulen väckte känslor som den inte helt tog hand om och självmedkänsla kom även att utgöra ett viktigt komplement till det bitvis tunga arbetet med minoritetsstressmodulen. Informant B beskriver självmedkänslans funktion: "Man kan känna sig lite skör efter den här interventionen och då är självmedkänsla en viktig del."

En del informanter beskriver hur värdefull självmedkänsla kan vara också för den som känner sig trygg i sin identitet och som mår bra, men som på grund av sin omgivning dagligen brottas med att känna sig till besvär och som ett problem. För dem har även självmedkänslomodulen, liksom minoritetsstressmodulen, bidragit till att förlägga ansvaret för de utmaningar de på grund av sin transidentitet möter i sin vardag utanför sig själva.

Informant C:

Det gör att jag känner att det är lättare att stå på mig. Det påverkar min självmedkänsla (skrattar) och det är lättare att komma ihåg mitt eget värde och att jag har rätt. Det är lättare att stå emot de där tankarna om att jag bara ställer till problem, som ibland kommer. Oavsett om det blir förändring på jobbet eller

inte är det lite lätt deprimerande att hela samhället är väldigt binärt och under min livstid kommer det nog inte ändras, eller ja i liten grad, men jag vågar inte hoppas på att det kommer att vara världens omställning vilket är sorgligt. De tankarna kommer ofta när det har varit mycket och det bara känns som att jag kämpar i motvind, jag kommer ingenstans. Då behövs det att jag förstår att det jag gör inte är mitt fel.

För informant E blev självmedkänslomodulen särskilt viktig:

Informant: Ja, den var avgörande för hur man orkar med livet, typ.

Intervjuare: På vilket sätt får den dig att orka med livet?

Informant: Jag tänker att många kan vara så hårda mot sig själva, så jag tänker att vara lite snällare mot sig själv, det kan ju förändra allt. Även fast förutsättningarna inte ändras, ändras ändå hur jag bemöter det som händer mig. Jag tror att många skulle vara behjälpta av det och jag vet att jag är det. Man behöver inte vara så hård mot sig själv.

Sammantaget förefaller informanterna upplevt sig ha haft stor nytta av att få tillgång till och tillåtelse att använda ord som beskriver de upplevelser de i egenskap av sin minoritetsidentitet har. De har därtill fått en ökad medvetenhet om vilka faktorer och sammanhang som påverkar deras mående samt har fått stöd att utveckla verktyg som hjälper dem att agera på ett hälsofrämjande sätt. Effekter av allt detta beskrivs som en ökad känsla av samhörighet, större tillgång till att kunna förlägga ansvaret för sina upplevelser på en strukturell nivå istället för hos sig själva och upplevelsen av att därigenom både kunna vara mer medkännande med sig själva och få större tilltro till sin förmåga att påverka sina upplevelser och sin situation.

Diskussion

Syftet med denna studie var att utforska hur en transbekräftande intervention upplevdes av dess deltagare och analysen av data resulterade i två huvudteman. Det första huvudtemat *Jag gör det för oss!* skildrar olika aspekter av informanternas motivation till att delta i studien och upplevelser av omständigheter kring att delta. Här identifieras en stark vilja att bidra till forskning och hjälpa transcommunityt samt att kontakten med behandlaren i stort

har upplevts positivt. Det digitala formatet har för somliga möjliggjort deltagande samtidigt som det ur vissa aspekter upplevts som begränsande. Vidare har det transfokus som genomsyrat behandlingen uppskattats. I det andra huvudtemat, *Hur var det för mig?*, speglas informanternas upplevelser av innehållet i interventionen och de komponenter som förefaller vara verksamma. Här presenteras även upplevelser av alltför kliniska och patologiserande inslag i interventionen, även om den i stort upplevts som queer och bekräftande. Dessa teman tillsammans ger en bild av hur det kan upplevas att delta i interventionsstudien. Motsägelser inom respektive tema visar på variation i upplevelser och behov i en heterogen grupp. Dessa resultat är i stort sett samstämmiga med tidigare forskning på hälsofrämjande insatser till transpersoner. I följande diskussion vill vi vidare resonera kring resultaten samt eventuella implikationer.

Reaktioner och reflektioner om förväntningar och format

Informanternas efterfrågan på förbättrad psykologisk vård framstår som tydlig genom deras tacksamhet för en interventionsstudie riktad till dem. Detta reflekterar det befintliga forskningsmönstret om transpersoners hälsa (Bränström & Pachankis, 2020; Budge et al., 2013; Downing & Przedworski, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015), som betonar att det inom gruppen finns ett behov av mer och bättre vård. I linje med tidigare forskning (Bess & Stabb, 2009) uppskattas även i denna studie att terapeuten är kompetent, trygg, inlyssnande, bekräftande och icke-patologiserande. Jämfört med många transpersoners erfarenheter av att behöva utbilda vårdgivare (Folkhälsomyndigheten, 2015) verkar den här interventionen ha skapat en kompetent, trygg och transbekräftande miljö för deltagarna. Digital kontakt upplevs i stort som tillgänglig och effektiv, vilket överensstämmer med tidigare forskning om upplevelser av internet-KBT (Andrews et al., 2010).

Anmärkningsvärt i informanternas svar var den starka motivationen att genom sitt deltagande hjälpa forskningen och transcommunityt i första hand, och sig själv först i andra hand. Resultaten skildrar hur deltagarna ställer upp för att hjälpa till och att de utvärderar sig själva utifrån hur väl de presterar som studiedeltagare. Informanterna förmedlar en tacksamhet över att interventionsstudien finns och över att de blivit erbjudna att delta i den. Detta tycks även säga något om deltagarnas motivation till och förväntningar på deltagandet, då majoriteten av informanterna förmedlar att de inte förväntade sig att bli hjälpta av interventionen. Då förväntningar påverkar utfallet och upplevelsen av terapeutiska interventioner, både digitala och fysiska (Pontén et al., 2023), och så tydligt genomsyrar

informerarnas svar, förefaller det viktigt att ta med detta perspektiv i förståelsen av upplevelsen av interventionen. Förväntningar påverkas av uppfattningar om behandlingens nytta, patientens historia, kontakten med behandlaren och de kan förändras under behandlingens gång (Schulte, 2008). Många informanter uttryckte att de hade låga förväntningar på att bli hjälpta av interventionen och ställde framförallt upp för att hjälpa forskningen eller transcommunityt. Detta skulle kunna förstås genom den bild de fått innan behandlingen av dess nytta, till exempel genom informationsbladet. Informationsbladet i rekryteringen (se bilaga 4) fokuserar främst på att söka deltagare till interventionsstudien och signalerar en önskan om att hitta studiedeltagare. Det är tänkbart att det varit annorlunda om informationsbladet varit utformat för vårdkontext och riktat sig mer mot transpersoner som söker stöd och hjälp. Vidare skulle de låga förväntningarna kunna förstås genom deltagarnas historia, såväl de egna erfarenheterna av att bli bristfälligt bemött i vården, som en generell låg tilltro till vården (Folkhälsomyndigheten, 2015). Att det trots låga förväntningar beskrivs av majoriteten informanter som att de fått personlig nytta av interventionen kan vara en reflektion av det som upplevdes som positivt och hjälpsamt med behandlingen samt hur de låga förväntningarna överträffades.

Tacksamhet framkom genomgående i informanternas utsagor och det föreföll för oss som intervjuade som att de var väldigt måna om att framhålla hur tacksamma de var. Exempelvis ramade flera av dem återkommande in kritik med utsagor om hur tacksamma de var mot interventionen. Tacksamhet uttrycks även i det att en del informanter uppgav att de ur vissa aspekter var nöjda när de tog studiens perspektiv, medan de för egen del kanske hade önskat sig något annat av behandlingen. Det förefaller som att flertalet informanter är uppriktigt nöjda med interventionen, men den allestädes närvarande tacksamheten väcker ändå en nyfikenhet i oss. Bradby et al. (2020) har studerat en annan minoritetsgrupps uttryckta tacksamhet gentemot vård som de egentligen var missnöjda med. De delar upp tacksamheten i tre kategorier, av vilka två har relevans för denna studie. En benämns generell tacksamhet och speglar tacksamhet och ett rättfärdigande av bristfällig vård utifrån aspekter som förläggs på en strukturell nivå, som exempelvis personalens tidsbrist eller olika välfärdsproblem. Hit hör även tacksamhet över att alls få tillgång till vård. Både rationaliseringar av brister utifrån exempelvis tidsbrist och tacksamhet över att alls vara föremål för en studie är sådant som förekommer i våra informanters utsagor. Den andra kategorin benämns positionell tacksamhet och exemplifieras med tacksamhet trots missnöje

baserat på en känsla av ansvar att representera sin minoritetsgrupp så att den inte framstår som gnällig och otacksam. Detta har vi inga uttalade exempel på från våra data, men det finns antytt i informanternas känsla av ansvar gentemot sitt community. Om något av detta, till en del eller helt, skulle gälla även för våra informanter väcks en misstanke om att kritiska röster inte hörs fullt ut. Då är detta något som bör tas i beaktning vid utvärdering av vård, men även vidare undersökas i kommande studier.

Den transbekräftande interventionen gavs digitalt och initialt upplevde några informanter distans till behandlaren, möjligen kopplat till det digitala formatet. Det skulle även kunna förstås genom, och spegla, en generell vaksamhet gentemot vården, vilken tidigare forskning kopplat till negativa vårdupplevelser eller rädslan för negativa vårdupplevelser (Carroll-Beight & Larsson, 2018). Studier där terapeutisk allians jämförts i terapier över video med allians i icke-digitala terapier visar att det inte finns någon signifikant skillnad (Simpson & Reid, 2014), vilket antyder att upplevd distans inte nödvändigtvis är unikt för digital kontakt. Att många beskriver upplevelser av ett positivt bemötande och god kontakt senare i behandlingen skulle kunna indikera vunnet förtroende eller övervunna farhågor. Därtill finns studier som visar att klienter i videoterapi ofta upplever en större känsla av kontroll, att kontakten med behandlaren kan kännas tryggare och maktbalansen uppfattas jämnare (Simpson et al., 2016). Även i denna intervention fyllde det digitala formatet en särskild funktion genom att skapa trygghet och öka tillgängligheten, särskilt för dem som inte kommit ut som trans. För en informant möjliggjorde formatet att kunna delta klädd i enlighet med sin könsidentitet, vilket informanten annars inte varit bekväm med. Detta förefaller i sig upplevts som gynnsamt för deltagarnas psykiska hälsa, vilket kan kopplas till teorier om minoritetsglädje och minoritetsro (Wurm & Lundberg, 2023). Om detta gäller även för andra transpersoner tyder det på ett värde i att vidare undersöka möjligheter med digitala interventioner för denna grupp.

Många informanter efterlyser en mer flexibel behandlingsram för att få utrymme att dela sina erfarenheter och få sina upplevelser validerade. Denna önskan om validering och möjlighet att berätta sin historia stämmer överens med tidigare forskning (Lundberg et al., 2023), och vi vet även från tidigare psykologisk forskning att det är hälsofrämjande att få sina känslor validerade (Shenk & Fruzzetti, 2014). Det är dock viktigt att notera att transpersoner utgör en heterogen grupp, och även bland de intervjuade fanns en variation i behov och önskemål om striktare struktur kontra friare utrymme. Således är det förståeligt att vissa

önskar mer validering genom möjligheten att prata fritt, medan andra upplevde att de fick tillräckligt med validering genom terapeutens bemötande och ordval inom den befintliga ramen. Således behöver framtida interventioner beakta och utforska hur man kan skapa en balans mellan gruppanpassning (hur KBT kan anpassas för transpersoner på gruppnivå) och individuell anpassning (hur transbekräftande KBT kan vidare anpassas för individen) för att säkerställa att var och en får det stöd som bäst motsvarar individens unika behov.

Reaktioner och reflektioner om innehåll

När det gäller innehållet i interventionen uppskattade informanterna att få en ökad medvetenhet om minoritetsstress, att få sätta ord på sina upplevelser och att få stöd i att utifrån detta agera på sätt som upplevdes stärkande och hjälpsamt. Särskilt hjälpsamma och relevanta upplevdes de övningar som hade ett tydligt transfokus och en mer vardagsnära ton. Att KBT-interventioner förankrade i erkännandet av transspecifika källor till stress och behandling utformas med förståelse för dessa blir verksamt är i enlighet med målsättningen och det teoretiska ramverket för transbekräftande-KBT (Austin & Craig, 2015; 2019). Att få dela sina upplevelser och därigenom uppnå en ökad känsla av samhörighet samt att få stöd i att förlägga ansvaret på en strukturell nivå istället för hos individen förefaller också ha varit hjälpsamt.

Vidare ser vi att det, i linje med tidigare forskning på CFT (Carvalho & Guiomar, 2022; Neff, 2003b; Wilson et al., 2019), även i denna intervention tycks vara så att övningar i att vara medkännande med sig själv har bidragit till att fler upplevt ett ökat självomhändertagande och välmående. Vi ser även att informanter som enligt skattningen mår bra upplever sig gynnas av interventionen. Det antyder att stöttande insatser kan vara till nytta även för dem som inte mår dåligt.

Trots att de flesta informanterna beskriver en positiv upplevelse av interventionen i stort finns det en modul som har varit svårare att ta till sig för flera av dem. Återkommande i berättelserna hörs att det funnits svagheter i den modul som skulle behandla och förebygga oro. Det som förefaller ha brustit i orosmodulen tycks dels vara att den i delar upplevs ha ett alltför kliniskt tilltal, dels att den upplevts som irrelevant och att transfokusets varit mindre än i övriga moduler. Detta kontrasterar mot de andra modulerna, som förefaller ha ett tilltal i både information och övningar som skapat trygghet och ett innehåll som av informanterna upplevts meningsfullt. Att informanterna upplevt orosmodulens tilltal som allt för kliniskt eller för dem irrelevant skulle kunna förstås utifrån att informanternas deltagande i interventionen i första

hand baserats på att bidra till forskning och transcommunityt, samt att det bland informanterna finns en majoritet som skattar låg grad av symtom på hälsoproblem. Att en grupp med subkliniska symtom finner vad de upplever vara en klinisk behandling irrelevant framstår i ljuset av detta som begripligt.

Ett annat sätt att förstå de bitvis negativa upplevelserna av orosmodulen är utifrån att den av en del informanter beskrivits som patologiserande. Som nämnts tidigare betraktas det som viktigt att förstå transpersoners ohälsa som en följd av faktorer med ursprung utanför individen (Testa et al., 2015) och det finns stöd för att deras hälsa kan främjas av att individperspektivet frångås till förmån för ett perspektiv i vilket ansvaret förläggs på strukturell nivå (Bess & Stabb, 2009; Lundberg et al., 2023). När informanterna upplever sig ha blivit patologiserade kan det förstås som ett uttryck för ett för starkt individperspektiv och att kopplingen till det som med detta synsätt betraktas som problemets ursprung, det strukturella perspektivet, blivit för svag.

Som Kitzinger (1999) beskriver det behöver psykologer emellanåt behandla symtom hos individer, även om orsaken till deras lidande ligger på en strukturell nivå. När vi gör detta framstår det baserat på de upplevelser som beskrivs här ovan som särskilt viktigt att behålla kontakten med det strukturella perspektivet, genom att arbeta med en tydlig koppling mellan yttre faktorer och symtom i individen. Lundberg et al. (2023) för ett liknande resonemang och förtydligar att ett sätt att arbeta psykologiskt med detta lidande utan att patologisera individen är att fokusera på utvecklandet av förhållningssätt till de strukturella problemen. Med bakgrund i detta och kunskap om den oro för att bli dåligt bemött i kontakt med vården som transpersoner som grupp lever med (Carroll-Beight & Larsson, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015) förefaller det viktigt att interventioner till transpersoner som denna är särskilt vaksamma på att inte ha en patologiserande eller klinisk framtoning.

Informanterna vittnar även om att tidsbrist och ett alltför omfattande behandlingsupplägg kan ha medfört att behandlingen för oro inte har kunnat genomföras i enlighet med rådande evidensläge för KBT (Kennerley et al., 2017). Detta skulle också kunna bidra till att denna interventionsdel inte landat så väl hos informanterna.

Utifrån det informanterna beskriver som hjälpsamt i de andra interventionsmodulerna tolkar vi det som att det i kommande interventioner är viktigt att innehållet är vardagsnära och att exemplen i övningarna har ett tydligt transperspektiv. Hur en intervention riktad mot oro exempelvis skulle kunna vidare göra detta är genom ett tydligare fokus på hypervigilans

(Wurm & Lundberg, 2023), vilket vi tror skulle upplevas mindre patologiserande och mer relevant av målgruppen. Lundberg et al. (2023) resonerar kring att oro hos transpersoner skulle kunna delas upp i reaktivt ruminerande och reflexivt tänkande som för individen närmare sin värderade riktning. I en framtida version av orosmodulen är det tänkbart att ett större fokus på det reflexiva tänkandet hade kunnat vara gynnsamt för deltagarna.

Styrkor och begränsningar

Vi har i denna studie arbetat med kvalitetskriterier i åtanke, dels för kvalitativa studier generellt (Finlay, 2021), dels för reflexiv tematisk analys (Braun & Clarke, 2022) specifikt. Denna studies styrkor inkluderar bland annat relevans. Relevans handlar om forskningens värde i form av tillämpning och bidrag (Finlay, 2021). Att intervjuer och tematisk analys genomförts i ett pågående forskningsprojekt möjliggjorde tillämpning och bidrag genom kontinuerlig återrapportering av fynd till forskargruppen som kunde bidra till justeringar och tankar inför kommande omgångar av interventionen. Vår förhoppning var även att öka förståelsen för hur behandlingsinterventioner för transpersoner upplevs av målgruppen, och även här anser vi att våra formuleringar gällande överförbarhet skulle kunna bidra till förståelse även bortom de intervjuade personerna.

Denna studies överförbarhet skulle dock kunna diskuteras utifrån snedfördelningen av informanter som skattade sämre och bättre psykiskt mående vid förmätningen. Trots den initiala ambitionen att rekrytera jämnt utifrån förmätningen intervjuades i slutändan sex informanter som skattade gott psykiskt mående vid förmätningen och två av dem som skattade sämre psykiskt mående. Dessutom kan det tänkas att de som valt att tacka ja till en intervju har en mer välvillig inställning till studien. Baserat på detta är det möjligt att den bild som här återges hade kunnat vara mer diversifierad om fler röster hörts. Det kan inte uteslutas att de deltagare vars upplevelser denna studie representerar varit mer positiva till behandlingsinterventionen än de som valt att inte låta sig intervjuas. Utifrån de jämförelser vi gjort mellan informanter som varit mer kritiska till interventionen och dem som varit mer odelat positiva syns dock inga mönster utifrån skattat mående vid förmätning. I denna studie har inte heller tagits i beaktning det faktum att de informanter som intervjuats har haft olika behandlare. Detta skulle kunna vara en begränsning, då eventuella mönster i upplevelserna hypotetiskt sett hade kunnat kopplas till specifika behandlare eller behandlarfaktorer, vilket vidare skulle innebära att upplevelsen av olika behandlare skildras snarare än upplevelserna av behandlingen (som vi var ute efter).

Intervjuerna genomfördes förhållandevis nära efter behandlingsavslut. En nackdel med detta är att eventuella effekter som kommer på lite längre sikt riskerar att missas och att sådana effekter som förefaller betydande omedelbart efter behandlingen, men som kanske inte blir varaktiga riskerar att överskattas. Fördelen med att intervjua deltagarna kort efter behandlingen var dock att de då kunde förväntas ha tydligare minnen och kanske även känna större engagemang för att delta i intervjustudien än vad de kanske hade känt efter längre tid. Eftersom syftet med denna intervjustudie i första hand varit att undersöka upplevelser av deltagandet i interventionsstudien fick informanternas förmåga att minnas väga tyngre, på bekostnad av eventuella bestående effekter.

Vidare vill vi återknyta till att vi intervjuare var fristående från forskningsprojektet, med syfte att mer fritt kunna tolka informanternas svar och potentiellt vara mer datadrivna än om vi hade varit involverade i projektet sedan tidigare. I intervjusituationerna har vi tagit en icke-vetande hållning, men också från en sådan är vi med vår teoretiska förförståelse med och samskapar data. Således har vi rört oss längs ett spektrum av data- och teoridrivet perspektiv, i linje med Braun Clarkes (2022) riktlinjer för reflexiv tematisk analys. Vår strävan i denna uppsats har varit att undersöka våra deltagares upplevelser och vår ambition har varit att utgå från data och inta en induktiv hållning, i vilken vi försöker att med en öppen nyfikenhet närma oss materialet och följa det. Trots detta har vi genomgående varit medvetna om vår position som intervjuare i studien. Intervjuerna har varit samtal, och det är rimligt att vi som ena parten i dessa samtal haft en inverkan på hur informanterna delade sina erfarenheter. Vi försökte vara medvetna om den potentiella maktdynamiken i intervjusituationen och strävade efter att skapa en atmosfär av öppenhet och tillit. Även i författandet av denna uppsats har vi försökt förmedla en medvetenhet om att vi medskapar resultatet, i enlighet med Finlays (2021) kriterium om reflexivitet.

Gällande resultatanalyser och teman framhåller Braun och Clarke (2022) att de ska utvecklas i omgångar tills teman är mättade eller förädlingen fulländad. Att bedöma när så är fallet var bitvis utmanande för oss. Vidare betonar Braun och Clarke (2022) att teman bör vara sammanhängande, konsekventa och väl avgränsade. Att arbeta med att finna koherens och samband samtidigt som individers olikheter ges utrymme har genomgående varit en utmaning. Vi har strävat efter att fördjupa vår förståelse för deltagarnas berättelser genom att både se till dem enskilt och i relation till varandra. Genomgående har vi värnat om att arbeta fram teman och analys där diversitet i perspektiv får vara med i syfte att skriva fram en

djupare och mer mångsidig skildring, samtidigt som sammanhängande och väl avgränsade teman varit ett mål. Att bedöma när analysen varit fulländad eller mättad har varit svårt dels utifrån att vi behövt förhålla oss till den givna tidsramen, dels utifrån att både metod och ämne var förhållandevis nya för oss. Att bedöma om vi missat något till följd av brister i vår kunskap eller om vi missat något för att vi inte bearbetat data ytterligare ett varv är svårt att avgöra.

Slutsatser

Transpersoner har på gruppnivå sämre hälsa än cispersoner, vilket kan förstås utifrån minoritetsstressteori. Ett sätt att öka deras välmående är genom transbekräftande kognitiv beteendeterapi. Denna studie undersökte deltagarnas upplevelser av en transbekräftande behandlingsinterventionen för transpersoner i Sverige. Målet med detta var att underlätta för framtida omgångar av behandlingen samt bidra till att minska kunskapsluckan i hur studier och behandlingsinterventioner för transpersoner upplevs av målgruppen. Den huvudsakliga frågeställningen var “Hur beskriver transpersoner sina upplevelser av att delta i en transbekräftande interventionsstudie?”.

Sammanfattningsvis visar resultat och diskussion att informanternas upplevelser av interventionen varit övervägande positiva och den tycks ha upplevts hjälpsam på sätt som ligger i linje med tidigare teoretiska ramverk och forskning. Det förefaller särskilt uppskattat hos informanterna att genom interventionen ha fått en ökad medvetenhet om minoritetsstress, möjlighet att benämna upplevelser och känslor och få stöd i stärkande handlingar. Även behandlarens transbekräftande bemötande och kompetens lyfts som viktigt. Informanterna i denna studie beskrev dessutom hur internetbaserad terapi kom att fylla en alldeles särskild funktion för dem som transpersoner. Detta är något för framtida forskning att vidare utforska.

Därtill betonas genom informanternas upplevelser vikten av övningar med tydligt transfokus och en vardagsnära ton. De utmaningar som framkommer rör framförallt en interventionsmodul inriktad på oro där transfokuset upplevs svagt och tonen mer klinisk. Att interventionen inte ska vara för klinisk framstår som viktigt eftersom passformen på en sådan behandling riskerar att bli dålig när målgruppens besvär i många fall är subkliniska. Detta understryker även vikten av att undvika patologisering och bibehålla fokus på strukturella orsaker till transpersoners ohälsa.

Vidare tycks det finnas ett behov av att vidare undersöka hur interventioner för transpersoner kan individanpassas. Informanternas upplevelser skildrar en variation i

upplevelser och preferenser gällande bland annat tid och struktur. Ett förslag är att i framtida forskning vidare studera nyttan av att i en intervention som denna lämna utrymme för deltagarna att fritt få berätta om och få sina erfarenheter validerade.

Om de upplevelser som skildras i denna uppsats även skulle gälla för andra som får interventionen så skulle det understryka behovet av framtida interventioner som är vardagsnära, har tydligt transperspektiv och undviker en patologiserande ton. En kontinuerlig koppling mellan yttre faktorer och individuella symtom bör bevaras. Det är även tänkbart att framtida interventionsstudier till transpersoner kan gynnas av att ha gruppens tacksamhet i åtanke när behandlingseffekter och deltagarnas nöjdhet utvärderas.

Slutligen vill vi framhålla vikten av att lyssna till transpersoner och låta dem komma till tals om vård som rör dem.

Författarnas bidrag och ansvar

Alice Eklund (A.E) och Susanna Nalepa (S.N) har under handledning av Tove Lundberg formulerat frågeställning och utarbetat studiens design. A.E och S.N har genomfört datainsamling och dataanalyser tillsammans. A.E genomförde 4 av intervjuerna, och S.N genomförde 4 intervjuer. Vi har gemensamt och i lika omfattning bidragit till alla delar av uppsatsen, och är båda ansvariga för de slutsatser som presenteras och för uppsatsen i sin helhet. Data har samlats in inom ramen av ett forskningsprojekt.

Referenser

- Alfonsson, S., Wallin, E., & Maathz, P. (2017). Factor structure and validity of the depression, anxiety and stress scale-21 in Swedish translation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 154-162. doi:10.1111/jpm.12363
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B.F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA* 18, 20–28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, G. M., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- APA (American Psychological Association). (2021). APA RESOLUTION on gender identity change efforts. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- Auguste, E. E., Cruise, K. R., & Jimenez, M. C. (2021). The effects of microaggressions on depression in young adults of color: Investigating the impact of traumatic event exposures and trauma reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 34(5), 985–994. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/jts.22675>
- Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21–29. <https://doi.org/10.1037/a0038642>
- Austin, A., & Craig, S. L., (2019) Transgender affirmative cognitive-behavioral therapy. I Pachankis, J. E., & Safren, S. A. (Red.). (2019). *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities*. Oxford University Press.
- Barker, H., & Wylie, K. (2008). Are the criteria for the "real-life experience" (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3/4), 121–131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>
- Beischel, W., Gauvin, S., & van Anders, S. (2022). "A little shiny gender breakthrough": Community understandings of gender euphoria, *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 274-294–294. <https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/26895269.2021.1915223>

- Bess, J. A., & Stabb, S. D. (2009). The experiences of transgendered persons in psychotherapy: Voices and recommendations. *Journal of Mental Health Counseling, 31*(3), 264–282. <https://doi.org/10.17744/mehc.31.3.f624154681133w50>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Bradby, H., Humphris, R., & Padilla, B. (2020). Universalism, diversity and norms: gratitude, healthcare and welfare chauvinism. *Critical Public Health, 30*(2), 166–178. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1522420>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology, 18*, 157–181. <https://doi.org/10.1080/10720530590914789>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry, 177*(8), 727–734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Budge, S. l., Sinnard, M. t., & Hoyt, W. t. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy, 58*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Carroll-Beight, D., & Larsson, M. (2018). Exploring the needs, expectations, and realities of mental healthcare for transgender adults: A grounded theory study on experiences in Sweden. *Transgender Health, 3*(1), 88–104. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0033>
- Carvalho, S. A., & Guiomar, R. (2022). Self-compassion and mental health in sexual and gender minority people: A systematic review and meta-analysis. *LGBT health*.
- Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming

- youth. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 467–471. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006>
- Collazo, A., Austin, A., & Craig, S. (2013). Facilitating transition among transgender clients: components of effective clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 228–237. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0436-3>
- Davidson, S. (2016). Gender inequality: Nonbinary transgender people in the workplace. *Cogent Social Sciences*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/23311886.2016.1236511>
- Downing, JM & Przedworski, JM (2018). Health of transgender adults in the US, 2014–2016. *American J Prev Med*, 55(3)
- Expósito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I., & Salaberria, K. (2023). Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 100, 102229. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102229>
- Finlay, L. (2021). Thematic Analysis: The ‘Good’, the ‘Bad’ and the ‘Ugly’. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 11, 103–116. Hämtad från <https://ejqrp.org/index.php/ejqrp/article/view/136>
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner—En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Stockholm. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/h/halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-for-transpersoner--en-rapport-om-halsolaget-bland-transpersoner-i-sverige/>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Davis, K. S. (2014). Transgender microaggressions in the context of friendship: Patterns of experience across friends’ sexual orientation and gender identity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 461–470. <https://doi.org/10.1037/sgd0000075>
- Gosling, H., Pratt, D., Montgomery, H., & Lea, J. (2022). The relationship between minority stress factors and suicidal ideation and behaviours amongst transgender and gender non-conforming adults: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 303, 31–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.091>

- Granberg, M., Andersson, P. A., & Ahmed, A. (2020). Hiring Discrimination Against Transgender People: Evidence from a Field Experiment. *Labour Economics*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2020.101860>
- Hall, W. J., Ruiz Rosado, B., & Chapman, M. V. (2019). Findings from a feasibility study of an adapted cognitive behavioral therapy group intervention to reduce depression among LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, or Queer) young People. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/jcm8070949>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0016441>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0029597>
- Ho, F., & Mussap, A. J. (2020). Development of the trans and gender diverse social anxiety scale. *Anxiety, Stress & Coping*, 33(6), 675–697. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1768533>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Israel, T., Matsuno, E., Choi, A. Y., Goodman, J. A., Lin, Y.-J., Kary, K. G., & Merrill, C. R. S. (2021). Reducing internalized transnegativity: Randomized controlled trial of an online intervention. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(4), 429–439. <https://doi.org/10.1037/sgd0000447>
- Keefe, J. R., Rodriguez-Seijas, C., Jackson, S. D., Bränström, R., Harkness, A., Safren, S. A., Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2023). Moderators of LGBTQ-affirmative cognitive behavioral therapy: ESTEEM is especially effective among Black and Latino sexual minority men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(3), 150–164. <https://doi.org/10.1037/ccp0000799.supp>
- Kennerley, H., Kirk, J. & Westbrook, D. (2017). *An introduction to cognitive behavioral therapy - Skills and applications*. SAGE Publications

- Kerosuo, M. (2016). *Transpersoners upplevelse av psykoterapi –Alliansskapande och brott i den psykoteraeutiska situationen*. [Examensuppsats i relationell psykoterapi, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet] Linköping. Hämtad från DiVA <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-133300>
- Kitzinger, C. (1999). Lesbian and gay psychology: is it critical? *Annual Review of Critical Psychology, Vol. 1*, 50-66.
- Lundberg, T., Malmquist, A. & Wurm, M. (2022). Upplevelser av minoritetsstress och mikroaggressioner bland unga hbtq-personer i Sverige. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (red) ”Jag är inte ensam, det finns andra som jag”: unga hbtqi-personers levnadsvillkor. HYPs://www.mucl.se/sites/default/files/2022/06/MUCF-RAPPORT-2022-Unga%20hbtqi-personers%20levnadsvillkor.pdf [2 juni 2022].
- Lundberg, T., Malmquist, A. & Wurm, M. (2023). Att göra livet (över)levbart : Transpersoners ontiska, relationella och reflekterande arbete för att skapa minoritetsro och hantera utsatthet i vardagen. *Tidskrift För Genusvetenskap*, 43(1), 7–26. <https://doi.org/10.55870/tgv.v43i1.10003>
- Martin, S. (2019). Developing and evaluating QueerViBE: an online intervention to empower trans and non-binary youth [Doktorsavhandling, Anglia Ruskin University] Cambridge. Researchgate. https://www.researchgate.net/profile/Samantha-Martin-40/publication/334770698_Developing_and_evaluating_QueerViBE_An_online_intervention_to_empower_trans_and_non-binary_youth/links/5d4060ef92851cd046948157/Developing-and-evaluating-QueerViBE-An-online-intervention-to-empower-trans-and-non-binary-youth.pdf
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Millar, B. m., Wang, K., & Pachankis, J. e. (2016). The moderating role of internalized homonegativity on the efficacy of LGB-affirmative psychotherapy: Results from a randomized controlled trial with young adult gay and bisexual Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(7), 565–570. <https://doi.org/10.1037/ccp0000113>

- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, *134*, 382–389. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1192/bjp.134.4.382>
- Nadal, K. L., Wong, Y., & Skolnik, A. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*(1), 55-82–82. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>
- Neff, K. (2003a) Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*:2, 85-101, DOI: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. (2003b) The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*:3, 223-250, DOI: 10.1080/15298860309027
- Pachankis, J. E., McConocha, E. M., Clark, K. A., Wang, K., Behari, K., Fetzner, B. K., Brisbin, C. D., Scheer, J. R., & Lehavot, K. (2020). A transdiagnostic minority stress intervention for gender diverse sexual minority women’s depression, anxiety, and unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *88*(7), 613–630. <https://doi.org/10.1037/ccp0000508>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(5), 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Pachankis, J. E., Soulliard, Z. A., Layland, E. K., Behari, K., Seager Van Dyk, I., Eisenstadt, B. E., Chiaramonte, D., Ljótsson, B., Särholm, J., & Bjureberg, J. (2023). Guided LGBTQ-affirmative internet cognitive-behavioral therapy for sexual minority youth’s mental health: A randomized controlled trial of a minority stress treatment approach. *Behaviour Research and Therapy*, *169*, 104403. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104403>
- Pontén, M., Jonsjö, M., Vadenmark, V., Moberg, E., Grannas, D., Andersson, G., Boersma, K., Hedman-Lagerlöf, E., Kleinstaeuber, M., Weise, C., Kaldo, V., Ljótsson, B., Andersson, E., Axelsson, E., & Jensen, K. (2023). Association between expectations and clinical outcomes in online v. face-to-face therapy – an individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine* 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003033>

- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research, 18*, 481–494.
- SFS 2008:567 Diskrimineringslagen 2 kap. 1 § Arbetsmarknadsdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/
- Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2014). Parental validating and invalidating responses and adolescent psychological functioning: an observational study. *Family Journal, 22*(1), 43–48. <https://doi.org/10.1177/1066480713490900>
- Simpson, S.G., & Reid, C.L. (2014), Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Aust J Rural Health, 22*, 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Simpson S.G., Richardson, L., & Reid, C. (2016). Therapeutic alliance in videoconferencing based psychotherapy. In S. Goss, K. Anthony, L. A. Stretch, & D. Nagel (Eds.), *The use of technology in mental health: Applications, ethics, and practice* (2nd ed.). Springfield, Illinois: CCThomas.
- Socialstyrelsen. (2020). *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori i Sverige*. Hämtad 2023-11-15, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist, 62*(4), 271–286. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Summanen, E. (2023). Trans och kön: en introduktion. I Summanen, E. & Wurm, M. (Red.), *Trans Fakta forskning och erfarenheter* (s.14-35). Natur & Kultur
- Sveriges Psykologförbund. (1998) *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Hämtad 2023-12-10 från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/yrket/yrkesetiska--principer-for-psykologer-i-norden.pdf>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the G gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(1), 65–77. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/sgd0000081>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness, 10*(6), 979–995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>

- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14*(2), 130–138.
<https://doi.org/10.1080/19359701003609922>
- Willig, C. (2022). *Introducing qualitative research in psychology* (4 uppl.). Open University Press.
- Wurm, M., & Lundberg, T. (2023). Minoritetsstress och hälsa. I Summanen, E. & Wurm, M. (Red.), *Trans Fakta forskning och erfarenheter* (s. 64-80). Natur & Kultur.