

# 100 fel i Trans



**En granskning av boken *Trans: fakta, forskning och erfarenheter* av Edward Summanen och Matilda Wurm**



2024

# Innehåll

Förord .....	3
100 fel i Trans: fakta, forskning och erfarenheter av Edward Summanen och Matilda Wurm .....	5
Kapitel 1: "Trans och kön" av Edward Summanen .....	6
Kapitel 2: "Könsbekräftande vård" av Ida Linander och Axel Repka .....	10
Kapitel 3: "Minoritetsstress och hälsa" av Matilda Wurm och Tove Lundberg .....	20
Kapitel 4: "Transcommunity" av Edward Summanen .....	23
Kapitel 5: "Bemötande" av Matilda Wurm och Tove Lundberg .....	24
Kapitel 6: "Att stötta barn..." av Maria Kindstedt och Matilda Wurm .....	27
Kapitel 7: "Ickebinära kön" av Meg-John Barker och Matilda Wurm .....	38
Kapitel 8: "Självomsorg" av Meg-John Barker .....	44
Kapitel 9: "Sexualitet och sexuell hälsa..." av Edward Summanen .....	48
Kapitel 10: "Variationer i fysiska könskaraktäristika" av Tove Lundberg .....	51
Kapitel 11: "Trans och feminism" av Edward Summanen .....	53
Kapitel 12: "Detransition och olika former av ånger" av Edward Summanen .....	61
Kapitel 13: "Föräldraskap som transperson" av Anna Malmquist .....	68
Sammanfattning .....	73
Noter .....	75

# Förord



Transforskning är ett fält i snabb förändring, och det innebär att en bok som *Trans* åldras snabbt och illa. Vi refererar i denna granskning till en hel del källor som har kommit ut efter boken, exempelvis den brittiska *Cass Review* och de forskningsöversikter den bygger på. Naturligtvis är det inte författarnas fel att de inte refererar till nya rön som kom först efter att boken var skriven. Däremot är deras tvärsäkra ton inte särskilt klädsam just med tanke på att forskningsläget är i snabb rörelse. De har också underlåtit att referera till äldre källor som är uppenbart relevanta, antingen av inkompetens och okunskap eller med flit.

Ett tungt ansvar vilar på redaktörerna, både bokens och förlagets. Summanen och Wurm har uppenbarligen inte agerat som vetenskapliga redaktörer och faktakontrollerat vare sig sina egna eller övriga författares kapitel. Förlaget tycks inte heller ha gjort någon faktagranskning, med tanke på hur många fel och konstigheter vi har hittat. Populärvetenskap är förvisso en annan genre än ren vetenskap eller forskning, men det är ingen ursäkt att slarva med sanningen. *Trans* lanseras inte heller som en förenklad fackbok för lekmän utan har större ambitioner än så, då den bl.a. används på yrkesutbildningar och delas ut till riksdagsledamöter för att motverka ”desinformation” i transfrågan. Därför är det allvarligt att författare och redaktörer har farit så slarvigt fram med fakta och evidens.

Vi har med ideella krafter inte haft möjlighet att kolla upp varenda källa eller påstående i boken. Detta är de fel, förvrängningar, talande tystnader, bekräftelsebias och skamlös ”cherry picking” vi har hittat. Källgranskningen har försvårats av att sidhänvisningar saknas utom vid direkta citat, men vi har kontrollerat källor så gott det går och kompletterat med ytterligare källor som saknas i *Trans*. Vi har inte letat fel i intervjuerna i slutet av kapitlen då de som intervjuas får stå för sina egna påståenden. Med tanke på den genomgående kvaliteten finns det säkert fler fel och tveksamheter i boken. Vi drog en gräns vid hundra fel för att det känns som ett lämpligt svar på RFSL:s ”100 fel i ’Om könets existens’”. Håll till godo!

## Vi har kategoriserat felen i följande typer:

- A** Felciterade källor
- B** Utelämnande av motsägande eller på annat sätt viktig information
- C** Kvantitativa slutsatser från kvalitativa resultat
- D** Korrekt återgiven men felaktig information
- E** Kontroversiellt eller direkt felaktigt påstående utan källhänvisning
- F** Själv motsägelser och andra tanke- och argumentationsfel.

## 100 fel i Trans: fakta, forskning och erfarenheter av Edward Summanen och Matilda Wurm

# 1

Titeln. Bokens titel är *Trans: fakta, forskning och erfarenheter*. Detta är uppenbart missvisande. En mer korrekt titel vore ”Trans: propaganda, påhitt och upplevelser.” I pamfletten ”100 fel i ’Om könets existens’” som Edward Summanen producerat på skattebetalarnas bekostnad genom RFSL påstås att Kajsa Ekis Ekman’s bok är ”ren opinionsbildning som presenteras som fakta”.<sup>1</sup> Ekman’s bok har dock undertiteln ”Tankar om den nya synen på kön”, vilket tydligt anger att det rör sig om en essäistisk tankebok av en känd skribent, intellektuell och debattör. Att Summanen visar så svag läsförståelse och faktaförankring i bemötandet av Ekman’s bok gör valet av en direkt desinformativ undertitel för den egna boken desto mer magstarkt. Att flera av bokens medförfattare faktiskt är universitetsforskare bidrar också till det vilseledande intrycket av att detta skulle röra sig om faktakontrollerad populärvetenskap, snarare än den vinklade, ohederliga och slarviga propaganda det är. Döm själv av följande 99 fel!

## Kapitel 1: "Trans och kön" av Edward Summanen

### 2

**B** Sidan 25. I introduktionen tas frågan om varför fler kommer ut som trans nu än tidigare upp. En faktor som lyfts är ökad synlighet, en annan är ökad tillgång till vård. Underförstått i den här beskrivningen är att antalet personer som är trans inte har ökat, men att de i större utsträckning är självmedvetna och diagnostiserade. En annan tolkning av situationen är att fler personer tolkar sin personlighet och sitt lidande i termer av könsidentitet och trans, och att detta sker i samklang med en vårdapparat som formaliserar symptomen till en diagnos och erbjuder behandlingar. En sådan utveckling brukar benämnas "kultursjukdom" eller "social smitta" och det finns otaliga exempel i historien på liknande fenomen: hysteri, neurasteni, kloros, anorexi, bortträngda minnen, och så vidare.<sup>2</sup> Lisa Littman har myntat begreppet *rapid onset gender dysphoria* (ROGD) för att beskriva en ny kohort av unga kvinnor som plötsligt börjar identifiera sig som trans tillsammans med kompisar IRL eller på nätet.<sup>3</sup> Summanen tycks alltså vara överens med Littman om att ökad information om trans har lett till att fler identifierar sig som trans. För Summanen är detta underförstått bara positivt, eftersom det handlar om att de upptäcker sitt sanna jag. För skeptikern framstår det inte som särskilt positivt om transidentifikationen leder till sämre mående och farliga medicinska ingrepp. Kärnfrågan är: Får anammandet av en transidentitet personer att må bättre? Den psykiska ohälsan är hög i gruppen som identifierar sig som trans. Mådde dessa personer (och deras föregångare i tidigare generationer) ännu sämre innan de började identifiera sig som trans? Det vet vi inte.

### 3

**E** Sidan 32. "Men på senare år har rättigheter tillkommit, vilket påverkar livsvillkor [för transpersoner] i en positiv riktning. Det har även tydligare klarlagts vad som främjar hälsa, exempelvis behovet av att träffa andra transpersoner och att bli benämnd med rätt namn och rätt pronomen." Ingen källa anges. Om Summanen med "rättigheter" menar exempelvis ökad tillgång till medicinska ingrepp så är det högst oklart om detta långsiktigt förbättrar livsvillkoren för de drabbade. Att träffa andra transpersoner och bli benämnd med rätt namn och pronomen är saker som icke-representativa urval av transpersoner har uppgett som stärkande i diverse intervjustudier, men att det faktiskt har positiv effekt på hälsan är inte klarlagt.

## 4

**C** Sidan 32. ”Suicidtankar och suicidförsök är också mer vanligt förekommande [hos transpersoner än cispersoner]”. Som källa för påståendet anges en intervjustudie från Folkhälsomyndigheten där 29 transpersoner intervjuats.<sup>4</sup> Eftersom det är en kvalitativ studie kan man inte från denna dra slutsatser om förekomsten av suicidalitet. I denna studie hänvisas också till en tidigare studie från Folkhälsomyndigheten, vilken bygger på en självselektad webbenkät. Inte heller från denna enkät går det att dra slutsatser om förekomst eftersom den inte bygger på ett representativt urval. Över huvud taget är det väldigt svårt att säga något om faktisk suicidrisk genom att fråga personer som uppenbarligen inte dött genom suicid. Sociologen Michael Biggs diskuterar den oansvariga skräckpropaganda som sprids om suicidrisk bland unga med könsdysfori baserad just på självselektade enkäter snarare än faktiska suicidsiffror.<sup>5</sup>

Socialstyrelsen påpekar i en kartläggning från 2020 att det är osäkert om könsdysfori leder till högre suicidrisk, eller om det snarare är den högre förekomsten av annan psykisk ohälsa i gruppen som lider av könsdysfori som är orsaken till att denna grupp har högre suicidrisk än genomsnittsbefolkningen.<sup>6</sup> En finsk registerstudie från 2024 visar att unga som söker könsdysforivård har förhöjd suicidrisk jämfört med genomsnittsbefolkningen men inte jämfört med andra unga med samma grad av psykisk ohälsa.<sup>7</sup> Detta resultat stödjer alltså att könsdysfori inte i sig leder till ökad suicidrisk utan att det är samsjukligheten i gruppen som gör att de har förhöjd suicidrisk. En annan finsk registerstudie (som inte specifikt handlar om suicid) visar att gruppens höga psykiatriska vårdbehov kvarstår oavsett medicinsk transition.<sup>8</sup> Både en äldre svensk och en nyare amerikansk registerstudie har visat att personer som har genomgått könsbekräftande behandling har kraftigt förhöjd risk för suicid, suicidförsök och psykisk ohälsa jämfört med befolkningen i allmänhet.<sup>9</sup> Sammanfattningsvis kan man alltså säga att personer med könsdysfori har förhöjd suicidrisk både innan och efter medicinsk transition, och att den förhöjda risken är tätt förknippad med annan psykisk ohälsa (samsjuklighet). Det går varken att säga att den främsta riskfaktorn är könsdysforin i sig, eller att transition på något sätt skulle minska risken.

## 5

**D** Sidan 32. ”Unga som är osäkra på sin könsidentitet har en förhöjd psykisk ohälsa, stundtals högre än transpersoner”. Källan som anges är en studie från Norrbotten som bygger på resultat från Folkhälsoenkäten.<sup>10</sup> I denna rapport återges olika resultat

uppdelade på grupperna ”trans”, ”ej trans” och ”vet inte”. Författarna tolkar gruppen som svarat ”vet inte” på frågan om de är eller har varit transperson som att de är ”osäkra på sin könsidentitet/könsuttryck”, men det är ju inte det som frågan i enkäten gäller. Den som svarar vet inte kan ju lika gärna vara osäker på vad trans innebär. Den förklaring som ges i frågeformuläret är inte särskilt upplysande för den som inte är insatt: ”Transperson är ett samlingsbegrepp som vanligtvis avser individer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades för dem vid födseln.” Summanen borde ha återgivit resultatet som att norrbottningar som inte vet om de är eller har varit transperson har förhöjd psykisk ohälsa.

## 6

**C** Sidan 33. Summanen gör en rad påståenden om vad som leder till ohälsa respektive främjar hälsa. Påståendena bygger dock på kvalitativa resultat (intervjustudier) och inte kvantitativa resultat. Bara för att ett antal informanter uppger att deras ohälsa beror på en viss sak eller att något annat gynnar deras hälsa så blir det inte sant. Det visar bara att ett icke-representativt urval personer själva *tolkar* sin situation på det sättet. Här kommer Summanens påståenden: ”Brister i bemötande och låg transkunskap hos hälso- och sjukvården spelar också in [i transpersoners högre ohälsa]”, ”Den mediala debatten som eskalerat under de senaste tre till fyra åren, där transpersoner (och särskilt unga transpersoner) ifrågasätts, bidrar även den till psykisk ohälsa.” Referensen för dessa påståenden är en intervjustudie från MUCF (MUCF:s rapport bygger även på resultat från Nationella ungdomsenkäten, men frågor om bemötande i vården och den mediala debatten finns inte med i den representativa enkätstudien.)<sup>11</sup> Påståendet att dåligt bemötande i vården leder till psykisk ohälsa återkommer på sidan 34, där utan referens. Vidare listar Summanen ett antal skyddsfaktorer som kan minska psykiskt lidande och främja psykisk hälsa, med hänvisning till en intervjustudie från Folkhälsomyndigheten 2020.<sup>12</sup> (Folkhälsomyndighetens rapport hänvisar också till en mängd tidigare forskning kring skyddsfaktorer. Vi har inte gått igenom referenserna i detalj men noterar att det i flera av dessa rör sig om självrapportering). Bland några av de skyddsfaktorer vi är starkt tveksamma till finns att få adekvat vård för sin könsdysfori (både stopphormoner och östrogenbehandling för biologiska män kan ha biverkningen depression), att bli sedd och bekräftad i sin könsidentitet (detta tycks även kunna leda till ökad och befäst könsdysfori), att erbjudas mötesplatser (där finns risk för att psykisk ohälsa och könsdysfori smittar och förstärks). Ett positivt och stöttande samhällsklimat tas också upp som skyddsfaktor, med referens till MUCF. Även detta kan ha baksidan att fler personer börjar identifiera sig som trans och att identiteten som trans befasts. Vidare skriver Summanen ”Många transpersoner har erfarenhet av olämplig nyfikenhet/ kommentarer från vårdpersonal, och flertalet har även behövt byta allmänläkare eller



annan specialist på grund av deras negativa reaktion på ens transerfarenhet.” Även här dras kvantitativa slutsatser (”flertalet”) från en kvalitativ studie, det vill säga MUCF:s intervjuer med unga transpersoner.<sup>13</sup>

## 7

**B E** Sidan 35. ”Ohälsan beror till stor del på att transpersoner som minoritetsgrupp möter ifrågasättanden, hat och bristande stöd.” Detta påstående finns i sammanfattningen av kapitlet, och det finns ingen referens. De myndighetsrapporter som refereras tidigare i kapitlet ger inte stöd för påståendet. Däremot pekar exempelvis Socialstyrelsens rapport (2020) på att det är vanligt att transpersoner lider av andra psykiatriska diagnoser. Det kan alltså även vara de andra psykiatriska diagnoserna som gör att personerna mår dåligt.

## Kapitel 2: "Könsbekräftande vård" av Ida Linander och Axel Repka

### 8

**A** Sidan 37. Linander och Repka felciterar lydelsen av könstillhörighetslagen innan ändringen år 2012. De skriver: "2012 ändrades lagen, och kraven på att vara ogift och att ha 'tillhört det andra könet sedan ungdomen' försvann." Därtill har de lagt in en förklarande fotnot: "Med detta avsågs att sedan barndomen ha identifierat sig som ett annat (binärt) kön." Citatet är både felaktigt och missvisande. Den faktiska lydelsen var: "Den som sedan ungdomen upplever att han tillhör annat kön än det som framgår av folkbokföringen och sedan avsevärd tid uppträder i enlighet härmed samt måste antagas även framdeles leva i sådan könsroll kan efter egen ansökan få fastställt att han tillhör det andra könet. [...]"<sup>14</sup> Lydelsen efter ändringen, som också kvarstår i nuvarande lag (fram till 2024), är: "En person ska efter egen ansökan få fastställt att han eller hon har en annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen, om han eller hon 1. sedan en lång tid upplever att han eller hon tillhör det andra könet, 2. sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet, 3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden [...]" Det står alltså inte "det andra könet" utan "annat kön" (tänk, vilken queer potential det finns i den skrivningen!) och det står inte att man ska ha tillhört det andra könet (eller "identifierat sig" som ett annat kön som Linander och Repka vill ha det till i sin fotnot), utan det står att man ska ha upplevt sig tillhöra annat kön. Det är synnerligen intressant att notera att begreppet "könsidentitet" infördes i lagtexten vid ändringen 2012, och alltså är relativt nytt. I lagen från 1972 handlade det om dels en upplevelse och dels en könsroll, men inte en identitet.

### 9

**E** Sidan 39-40. Linander och Repka kritiserar Socialstyrelsens ändring (2022) av kunskapsstödet för behandling av barn och unga med könsdysfori, som innebar att pubertetshämmande läkemedel och könsbekräftande hormonbehandling primärt bör ges inom ramen för forskning. De skriver: "Vidare har flera röster påpekat det oetiska i att kräva av personer att delta i forskning för att kunna få tillgång till vård (Linander & Repka, 2021)." Referensen går till en artikel i *Läkartidningen* där Linander och Repka själva skriver "att endast ge unga patienter tillgång till hormoner inom ramen för forskningsstudier är djupt oetiskt".<sup>15</sup> Det är ganska missvisande att skriva att "flera

röster har påpekat” när man i själva verket menar att ”vi själva har tidigare påstått”. Själva påståendet att det skulle vara oetiskt att ge vissa behandlingar enbart inom ramen för studier är i sig kontroversiellt. Det tillhör ju normal praxis att läkemedel först testas i vetenskapliga studier innan de godkänns för bredare användning. Anser Linander och Repka att även andra typer av läkemedel med ännu okända risker eller vars risker överväger den förväntade nyttan ska ges till patienter som så önskar? Eller är det specifikt transpersoner som ska ha rätt till vårdskador? (Se vidare fel 14 om risker med behandlingarna.)

## 10

**E** Sidan 45. Linander och Repka skriver: ”I texten används medicinska begrepp för kroppar för att skapa tydlighet. Många personer använder dock andra ord om sina kroppar, vilket alltid bör respekteras och efterfrågas när det är relevant, exempelvis i ett möte mellan vårdsökande och vårdgivare”. Ingen ytterligare motivering eller källa anges för påståendet. Hur kommer det sig att Linander och Repka behöver tala klartext, medan det i kontakten mellan vårdsökande och vårdgivare inte anses nödvändigt? Det finns uppenbara patientsäkerhetsrisker med att inte tala klartext i en vårdsituation. Det är inte rimligt att låta bekräftande av patientens identitet gå före förmedlande av korrekt information.

## 11

**B** Sidan 45–46. Linander och Repka skriver: ”Vetenskapliga studier stödjer att könsbekräftande vård minskar lidande orsakat av att ens könsidentitet inte överensstämmer med det tilldelade könet och att den förbättrar personers psykosociala funktion och livskvalitet.” Författarna ger fyra källor till detta påstående. Den första är en artikel som undersöker samsjuklighet bland personer som sökte vård för transsexualism vid en viss klinik från år 1980 och framåt (gissningsvis till 1997 när artikeln skrevs eller lite tidigare, det framgår inte av artikeln).<sup>16</sup> Resultaten var att det inte fanns någon överrepresentation av psykiatriska problem hos gruppen. Studien handlar inte om huruvida könsbekräftande vård förbättrar livskvaliteten. Däremot nämner artikelförfattarna i sitt diskussionsavsnitt att flera informanter sagt att de mådde bättre när de erkände sin könsdysfori och *påbörjade behandling*. Detta ger inte i sig något stöd för att behandlingen hjälper, utan handlar om att man upplever en stabilitet och riktning när man upplever sig ha hittat en lösning på sitt problem och tar steg för att göra något åt det. Den här källan ger alltså inte stöd för Linander och Repkas påstående och det är väldigt oklart varför de valt att ta med den som referens här.

Den andra och tredje referensen är en (ej systematisk) forskningsöversikt av Dhejne et al. från 2016 om samsjuklighet och utfall av könsbekräftande vård<sup>17</sup> och en systematisk forskningsöversikt av Murad et al. från 2010 om utfall av hormonbehandling<sup>18</sup>. Enligt Dhejnes översikt är många av studierna de redovisar i översikten metodologiskt svaga. De har endast hittat fem longitudinella studier som följer upp resultat av könsbekräftande vård efter minst två år. En av dessa studier visade inte någon förbättrad psykisk hälsa efter behandling, och två av de övriga studierna hade ett bortfall på över 40%. Dhejne et al. drar ändå slutsatsen att vården har positiva resultat. Enligt Murads systematiska översikt av hormonbehandlingar så finns det mycket låg evidens för att hormonbehandlingar förbättrar den psykiska hälsan och livskvaliteten (det vill säga det finns resultat som pekar på att så är fallet men studierna är metodologiskt svaga). Linander och Repkas påstående är alltså utifrån dessa källor missvisande, eftersom de bara ger halva bilden (de positiva resultaten som finns) men inte brasklappen (att studierna är så pass svaga att man egentligen inte kan generalisera deras resultat).

Den fjärde referensen är WPATH Standards of Care.<sup>19</sup> Denna riktlinje har nyligen fått underbetyg i en översikt av olika riktlinjer för transvård som utfördes av forskare från University of York.<sup>20</sup> Av de 23 bedömda riktlinjerna var det faktiskt bara den svenska och den finska som fick godkänt betyg. I översikten beskrivs hur WPATH och Endocrine Society citerat varandra och sedan citerats i många nationella riktlinjer i ett slags rundgång. WPATH påstår själva att deras riktlinje bygger på ”best available science and expert professional consensus”.<sup>21</sup> I praktiken har de dock snarast ignorerat forskningsläget och enbart stött sig på vad deras egna experter anser. Det har nyligen framkommit att WPATH mörkat resultaten från den systematiska forskningsöversikt de år 2018 beställde från Johns Hopkins University Evidence-Based Practice Centre, när resultaten inte var de önskade. Det har också framkommit att åldersgränserna för hormonbehandlingar och kirurgi för barn togs bort från riktlinjen efter påtryckningar från Rachel Levine (USA:s hälsominister som själv är trans).<sup>22</sup> Det är också värt att notera att ett helt kapitel i den senaste versionen (WPATH Standards of Care 8) ägnas åt den nya könsidentiteten ”eunuck”.<sup>23</sup>

Det är märkligt att Linander och Repka utelämnar de systematiska forskningsöversikter om hormonbehandling vid könsdysfori som gjordes av SBU år 2022 och som alltså är mer aktuella och heltäckande än de översikter som refereras. SBU:s forskningsöversikter ligger till grund för Socialstyrelsens riktlinjer som enligt Taylor et al.:s bedömning håller betydligt högre kvalitet än WPATH Standards of Care. SBU kommer fram till att det identifierade vetenskapliga underlaget inte räcker för att bedöma effekter på könsdysfori och psykosociala förhållanden av pubertetshämmande eller könskonträr hormonbehandling hos barn och ungdomar med könsdysfori. För vuxna finns det en association mellan förbättrat psykologiskt välbefinnande på kort sikt (upp till 12 månader) och könskonträr hormonbehandling, men det vetenskapliga

underlaget medger inte bedömning på längre sikt. SBU skriver också att det på grund av hög risk för bias inte går att bedöma om den kortsiktiga förbättringen beror på hormonbehandlingen eller på andra faktorer. Övriga psykosociala faktorer kunde inte bedömas.<sup>24</sup>

Andra systematiska forskningsöversikter kommer fram till samma sak.<sup>25</sup> Det finns också en finsk registerstudie från 2023 (som alltså publicerades efter det att boken kom ut) som finner att patienter som fått könsbekräftande behandling och patienter som inte fått könsbekräftande behandling löpte lika stor risk att senare behöva psykiatrisk behandling.<sup>26</sup> Sammanfattningsvis så finns det alltså inte stöd i forskningen för Linander och Repkas påstående att könsbekräftande vård minskar lidande och förbättrar psykosocial funktion och livskvalitet.

## 12

**B** Sidan 46. Linander och Repka skriver: ”Det finns flera studier som visar att pubertetsblockerare och könskonträra hormoner har positiv inverkan på den psykiska hälsan hos unga transpersoner”. Här ges tre referenser: En icke-representativ enkätstudie av Green et al.<sup>27</sup>, en tvärsnittsstudie av van der Miesen et al.<sup>28</sup> och en litteraturöversikt av Mahfouda et al.<sup>29</sup>

Artikeln av Green et al bygger på en icke-representativ enkätstudie. Här jämförs hur personer identifierar sig som trans eller ickebinära svarar på frågor om hormonbehandling och psykisk ohälsa. Man jämför de som svarade att de tar ”könsbekräftande hormoner” med de som svarade att de vill ta hormoner men inte gör det (de som svarade att de inte vill ta hormoner sorterades bort). Förekomsten av depression, självmordstankar och självmordsförsök är något mindre i gruppen som tar hormoner än bland dem som vill ta hormoner men inte får. Siffrorna är dock höga i båda grupperna (exempelvis 61% respektive 75% rapporterar att de har depression). Författarna redovisar inte motsvarande siffror för gruppen som säger sig inte vilja ha hormonbehandling, så vi kan tyvärr inte jämföra med utfallet för den gruppen. Vidare rapporterar de som tar hormoner i betydligt högre utsträckning att de har föräldrarnas stöd (80% jämfört med 38%) men de är också något mer utsatta för ”gender-identity based victimization” (62% jämfört med 49%). Båda dessa faktorer kan också vara faktorer som påverkar hur gruppen mår. Bortser man från dessa faktorer är i alla fall studiens resultat att gruppen som vill ta hormoner men inte får mår något sämre än gruppen som tar hormoner. Att från detta dra slutsatsen som Linander och Repka gör, att hormonbehandling har positiv inverkan på den psykiska hälsan, är dock felaktigt. Orsakssambandet kan lika gärna vara det omvända, det vill säga att de personer som mår allra sämst inte får hormoner utskrivna. Detta skulle exempelvis kunna bero på att läkare tvekar om könsdysfori är en korrekt diagnos om patienten har mycket annan

psykisk ohälsa.

Artikeln av van der Miesen et al. är en studie från de nederländska forskarna som utvecklade "det holländska protokollet". De har jämfört självskattat mående i tre grupper: unga som just skrivits in vid kliniken för könsdysfori (i genomsnitt 14 år gamla), unga som fått könsbekräftande behandling med pubertetsblockerare (i genomsnitt 17 år gamla) och en jämförelsegrupp från normalbefolkningen (i genomsnitt 15 år gamla). En uppenbar svaghet i studien är alltså att man jämför grupper av olika ålder. Vi frågar oss varför forskarna inte valde två jämförelsegrupper i normalbefolkningen, en grupp 14-åringar och en grupp 17-åringar, för att i någon mån kunna kompensera för ålderskillnader i jämförelsen mellan grupperna. En annan metodologisk brist, som forskarna själva nämner, är att behandlingen förutom pubertetsblockerare inbegrep psykiatrisk behandling. Detta innebär alltså att det inte går att skilja ut verkan av pubertetsblockerarna från verkan av den psykiatriska behandlingen. En tredje brist är själva upplägget där studien inte följer utvecklingen hos en grupp genom behandlingen utan jämför måendet hos en grupp individer före behandling och en annan grupp individer efter behandling. Forskarna skriver själva (på s. 703): "The present study can, therefore, not provide evidence about the direct benefits of puberty suppression over time and long-term mental health outcomes." Forskarna lyfter i sina slutsatser att transungdomar har sämre psykisk hälsa före behandling än efter behandling, men studien visar alltså inte, som Linander och Repka påstår, att just pubertetsblockerare skulle ha positiv inverkan på den psykiska hälsan.

Artikeln av Mahfouda et al. är en litteraturöversikt som pekar på att det lilla data som finns pekar på att könskonträr hormonbehandling och bröstoperationen kan kopplas till förbättrad mental hälsa och livskvalitet, men att det behövs mer forskning för att kunna klargöra det långsiktiga utfallet av behandlingarna. Här utelämnar alltså Linander och Repka den viktiga informationen att resultaten är väldigt osäkra, och att detta handlar om könskonträra hormoner och inte om pubertetsblockerare.

Som nämnts i tidigare fel visar SBU:s systematiska forskningsöversikt att det vetenskapliga underlaget inte räcker för att bedöma effekter på könsdysfori och psykosociala förhållanden av pubertetshämmande eller könskonträr hormonbehandling hos barn och ungdomar med könsdysfori.<sup>30</sup> I klarspråk betyder detta alltså att det inte finns någon evidens för att dessa behandlingar hjälper. Linander och Repka kan knappast ha missat denna utvärdering eftersom den fick stort genomslag och ledde till att Socialstyrelsen ändrade sina riktlinjer för hormonbehandling av barn och unga. Ändå väljer man att referera andra studier med sämre kvalitet och inte nämna SBU:s genomgång eller förklara att evidensen är svag.

"Det holländska protokollet" lyfts ofta som en ledstjärna för könsbekräftande vård av unga. Granskningar av de publicerade resultaten från de nederländska studierna har dock visat på allvarliga metodologiska brister. Tre viktiga problem har lyfts: För det

första att urvalet är skevt – det är framför allt de positiva resultaten som redovisats i studierna. För det andra att de resultat som visar att könsdysforin förbättras bygger på att man använt olika beömningsskalor före och efter behandling. För det tredje att hormonbehandling kombinerats med psykiatrisk behandling, vilket gör att verkan av hormonbehandlingen inte kan isoleras.<sup>31</sup>

## 13

**B** Sidan 46. Linander och Repka skriver att det finns ”en ny studie som visar att tidig behandling för unga transpersoner leder till bättre mående in i vuxen ålder”. Den studie de hänvisar till undersöker hur 70 ungdomar upplever sig själva innan de påbörjar könskonträr hormonbehandling (medelålder 15 år) och hur de upplever sig själva minst 6 månader efter en könsbekräftande operation (medelålder 21 år).<sup>32</sup> Resultatet visar ingen förbättring på de flesta områden (scholastic competence, social acceptance, athletic competence, behavioral conduct, close friendship). Endast två områden upplevdes förbättrade: utseende och självkänsla. En av studiens svagheter är att man inte jämför utvecklingen med någon kontrollgrupp. Man kan nog förvänta sig att ungdomar genomgår en utveckling från 15-årsåldern till 21-årsåldern, så det vore relevant att jämföra studiegruppens utveckling med utvecklingen i en jämförelsegrupp. Att självkänslan förbättrats i 20-årsåldern jämfört med 15-årsåldern skulle mycket väl kunna vara en normal utveckling som inte kan tillskrivas effekten av de medicinska behandlingarna.

## 14

**E** Sidan 48. Linander och Repka skriver: ”Könsbekräftande hormonbehandling är en relativt säker åtgärd.” Och vidare: ”Allvarliga biverkningar är dock ovanliga.” Ingen källa till påståendena anges. Senare i samma stycke skriver de: ”Den enda absoluta kontra-indikationen till att ta könshormoner är aktiv hormonberoende cancer. Däremot finns inget vetenskapligt stöd för att behandling med könshormoner skulle öka risken för att få någon form av cancer.” Det förefaller som att Linander och Repka anser att man kan sluta sig till att en behandling är säker om den inte är bevisat farlig. Det är en felaktig slutsats.

SBU har gjort en systematisk översikt och utvärdering av hormonbehandling vid könsdysfori, dels för barn och unga och dels för vuxna.<sup>33</sup> För barn och unga undersöktes utfall för psykosociala effekter, skeletthälsa samt kroppsmått, kroppssammansättning och ämnesomsättning. För vuxna undersöktes utfall för psykosociala effekter, skeletthälsa, död, tumörutveckling samt påverkan på hjärtkärletsystemet och

ämnesomsättning. SBU fann att det vetenskapliga underlaget var begränsat och hade metodologiska brister. Det fanns ett visst underlag för ökad risk för blodpropp vid östrogenbehandling för transkvinnor. Det gick inte att bedöma risken för cancer, effekter på skelett och hjärta. En stor registerstudie visade dock på ökad dödlighet jämfört med den omgivande befolkningen. Vad gäller barn och ungdomar så fann SBU att det vetenskapliga underlaget inte var tillräckligt för att bedöma effekter på könsdysfori, psykosociala förhållanden, kognitiv funktion, kroppsmått, kroppssammansättning eller ämnesomsättning av pubertetshämmande eller könskonträr hormonbehandling hos barn och ungdomar med könsdysfori. Rörande skeletthälsa så leder behandling med pubertetsblockerande hormoner till att den ökning av bentäthet som normalt sker under puberteten avstannar. Vid efterföljande könskonträr behandling återtas den förlorade bentillväxten till viss del men inte fullständigt. I övrigt finns inte tillräckligt underlag för att bedöma effekter på bentäthet vid könskonträr hormonbehandling, enligt SBU.

Utifrån det rådande kunskapsläget är det alltså felaktigt att som Linander och Repka påstå att könsbekräftande hormonbehandling är relativt säker. De skriver att det inte finns stöd för att hormonbehandling ökar cancerrisken, men de låter bli att skriva att det inte heller finns stöd för motsatsen. De nämner (s.49) risk för blodpropp vid östrogenbehandling och risk för polycytemi vid testosteronbehandling, men de tar inte upp att det på övriga områden saknas vetenskapligt underlag.

Det finns enskilda studier som visar på biverkningar som infertilitet<sup>34</sup> (för båda könen), benskörhet<sup>35</sup> och försämrad sexuell funktion<sup>36</sup> (vid östrogenbehandling för män), och vaginal atrofi,<sup>37</sup> ökad risk för hjärtinfarkt<sup>38</sup> och polycytemi (hög koncentration av röda blodkroppar)<sup>39</sup> (vid testosteronbehandling för kvinnor).

## 15

**E** Sidan 48. ”Behandling med könshormoner kan liknas vid en pubertet.” Flickor och kvinnor som behandlas med hormonblockerare och testosteron kan snarare sägas genomgå ett artificiellt igångsatt klimakterium med utebliven menstruation, infertilitet, sköra slemhinnor, värmevallningar, benskörhet m.fl. symptom. Den ökade sexdriften samt skäggväxten och kroppsbehåringen som orsakas av testosteronet kan förvisso även liknas vid en manlig pubertet. Pojkar och män som får hormonblockerare och östrogen blir snarare kemiskt kastrerade. Östrogen kan inte få manliga könsorgan som stoppats i växten att utvecklas eller magiskt förvandlas till kvinnliga. I stället för att sexdriften och fertiliteten ökar hämmas de – tvärtom mot en typisk pubertet. Den enda likheten med en kvinnlig pubertet är brösttillväxt och möjligen en viss känslomässig instabilitet.<sup>40</sup> Att något ”kan liknas” vid något annat är inte tekniskt sett



fel – det står ju var och en fritt att använda målande liknelser – men valet av liknelse framstår som vinklat för att ge positiva associationer och tona ned negativa. Det hade varit mer korrekt om Linander och Repka i stället skrivit något i stil med att vissa transpersoner upplever och beskriver hormonbehandling som liknande en pubertet.

Meningen efter lyder: ”Har man redan genomgått en kroppsegen pubertet, kommer dock inte alla delar av kroppen att påverkas av tillfört könshormon.” Detta ger ett starkt vilseledande intryck av att om hormonbehandling bara sätts in *innan* den kroppsegena puberteten så kommer hela kroppen att genomgå en könskonträr pubertet. Detta är inte sant: du kan utveckla vissa sekundära könskaraktistika med hjälp av hormoner och på så sätt ”passera” bättre, men du kan aldrig få det motsatta könets organ eller sexuella och reproduktiva funktioner. Tvärtom kommer de, särskilt pojkar, vars pubertet blockerats helt med största sannolikhet sakna libido och orgasmförmåga för livet.<sup>41</sup>

## 16

**B** Sidan 50–51. Könsbekräftande kirurgi beskrivs relativt kortfattat. Gällande risker skriver Linander och Repka ett kort stycke som är allmänt hållet och beskriver generella risker med kirurgiska ingrepp. De går inte in i några detaljer kring vilka komplikationer som är vanliga vid de specifika ingrepp som ingår i den könsbekräftande vården. Socialstyrelsen skriver i metodbeskrivningen till sitt kunskapsunderlag: ”De studier som har utvärderat könskorrigering kirurgi är generellt sett av mycket låg vetenskaplig kvalitet, vilket gör det svårt att dra några tillförlitliga slutsatser.” Och vidare: ”Komplikationer är relativt vanliga, dels sådana som har direkt med operationen i sig att göra som hematomer, blödningar och infektioner, dels sådana som är typiska för just könskorrigering behandling. För MtK är det vanligt med nekroser av vagina och labia, fistlar i urinblåsa och tarm, stenosis i urinrör samt att vaginan uppfattas vara otillräcklig stor för omslutande sex. Vidare förekommer infektioner och kapsulär fibros vid bröstförstoring. För KtM är det vanligt med nekroser av bröstvårta, fula ärr, urinrörsstenos vid penisplastik, avstötning av testikelimplantat eller att sömmar i det nya skrotum lossnar.” Trots att evidens för nyttan saknas och att allvarliga komplikationer är vanliga så rekommenderar Socialstyrelsen dock att operationerna ska erbjudas.<sup>42</sup>

# 17

**A** Sidan 54. ”Uppföljningar har visat att detta tillvägagångssätt [informerat samtycke] inte leder till fler fall av ånger eller stämningar.” Den artikel som Linander och Repka hänvisar till är ifrån 2012, det vill säga innan den stora ökningen av könsdysfori bland unga och innan vårdmodellen ”informerat samtycke” infördes i stor skala i USA.<sup>43</sup> Resultaten är alltså uppenbart daterade. Dessutom visar studien inte det som Linander och Repka hävdar. Metoden för studien var dels en enkät som spridits på konferenser och online, dels en litteraturstudie. Man kan inte undersöka förekomst (det vill säga om något ”leder till fler fall”) med en självselektad enkät. Det resultat som redovisas är att man har funnit 17 kända fall av ånger, men inga slutsatser dras om huruvida informerat samtycke leder till fler fall av ånger. Därutöver redovisas att man i litteratursökningen inte hittade några rättsfall som rör könsdysforivård efter informerat samtycke. Vi kan notera att det i skrivande stund finns flera detransitionärer i USA som har stämt vårdgivare. Nyheter om detta verkar dock inte ha nått Linander och Repka. (Se vidare kapitel 12 om detransition.)

# 18

**E** Sidan 54. ”Personer med könsdysfori kan enligt modellen med informerat samtycke snabbare få tillgång till hormoner och andra könsbekräftande åtgärder som behövs för att lindra dysforin, och man torde också snabbare kunna må bättre och fungera bättre i samhället.” Resonemanget bygger på två premisser. 1) Könsbekräftande behandling fungerar. 2) Patienten kan sätta sin egen diagnos (utan att begå misstag). Det saknas tillräcklig evidens för att säga att könsbekräftande behandling fungerar i bemärkelsen att det får personen att fungera bättre i samhället eller långsiktigt må bättre. Men även om man utgår ifrån att behandlingen fungerar så torde detta gälla de patienter som faktiskt har könsdysfori, men inte för patienter som misstar sig angående sitt tillstånd. Linander och Repka ger ingen källa till sitt antagande att patienter som självdiagnostiserar sig med könsdysfori får goda resultat av behandling.

# 19

**F** Sidan 55. Linander och Repka skriver ”Med mer resurser [till vården] minskas risken för att felbehandlingar sker eller att ordentliga uppföljningar inte hinns med.” Eftersom det saknas evidens för att behandlingarna hjälper så är det inte alls givet att mer resurser leder till färre felbehandlingar – tvärtom är det troligt att fler utförda behandlingar inbegriper fler felbehandlingar. Att uppföljningar skulle göras om det bara fanns mer resurser är inte heller givet. Linander och Repka skriver ju själva bara några sidor tidigare (sidan 38) att det är oetiskt att kräva att personer ska delta i forskning för att få vård. Den forskning som behöver göras är ju just precis att följa upp patienter och se hur vad vården får för konsekvenser längre fram. Så vad menar Linander och Repka egentligen? Är uppföljning oetiskt eller inte? Vidare skriver de att en ny könstillhörighetslag skulle ”frigöra mer resurser till att bedriva vård och inte lägga läkartid på administrativt arbete eller träffa personer enbart för att kunna intyga till Rättsliga rådet att kontakten med mottagningen pågått regelbundet i minst två år”. Är hanteringen av intyg till Rättsliga rådet verkligen så betungande för transvården? Och hur vanligt är det med patienter som inte vill ha några medicinska behandlingar alls utan endast önskar byta sitt folkbokföringskön?<sup>44</sup> Linander och Repka ger inga belegg för sitt påstående.

## Kapitel 3: "Minoritetsstress och hälsa" av Matilda Wurm och Tove Lundberg

# 20

**A** Sidan 65. Wurm och Lundberg skriver att minoritetsstressmodellen har starkt empiriskt stöd, och ger fyra referenser för detta. Dessa referenser går till forskningsartiklar som använder och utökar minoritetsstressmodellen med nya "stressorer" relaterade till transpersoner, men de ger inte empiriskt stöd för själva modellen.<sup>45</sup> Minoritetsstressmodellen togs från början fram för att förklara homosexuellas psykiska ohälsa, och tillämpningen på trans haltar (se även fel 21). Tre av studierna bygger på enkäter besvarade av ett icke-representativt urval av transpersoner, medan en studie bygger på ett randomiserat urval av collegestudenter som sökt psykiatrisk hjälp. Forskarna tittade på olika sätt på korrelation mellan det man benämner "stressorer" och psykisk ohälsa och transidentiteter. När man hittar korrelation hävdar man med stöd i minoritetsstressmodellen att det finns ett orsakssamband, där stressorererna orsakat den psykiska ohälsan. Man har alltså inte med hjälp av data visat att det finns ett orsakssamband, utan man har använt teorin för att förklara data. I en av studierna visar MacLemore på korrelation mellan att uppleva sig ofta bli felkönad, att uppleva felkönningen som stigmatiserande, att könsidentiteten är en viktig del av individens identitet samt stress och depression. Artikelförfattaren menar att detta visar att felkönande är en ny stressor i minoritetsstressmodellen. Läser man artikeln utifrån en annan teoretisk modell än minoritetsstressmodellen kan man lika gärna dra slutsatsen att den som är fixerad vid sin könsidentitet blir stressad och deprimerad och extra känslig för att bli felkönad. På liknande sätt visar Lefevor et al. i den metodologiskt starkaste av artiklarna att det hos collegestudenter finns en korrelation mellan icke-binär könsidentitet, att ha blivit utsatt för trakasserier och sexuellt utnyttjande och att lida av psykisk ohälsa. Det går dock inte att dra någon slutsats om det är psykisk ohälsa och sexuellt utnyttjande som leder till en ickebinär könsidentitet eller om det är den ickebinära identiteten som leder till utsatthet och psykisk ohälsa. Som Lefevor et al. själva skriver: "These disparities are *most often understood through the lens of* Minority Stress and Gender Minority Stress Theories [...]. These theories *propose that* health disparities are the product of increased distal stressors, proximal stressors, and internalized negative beliefs about self, experienced disproportionately by minority groups. Distal stressors are external events directed toward the minority individual implicitly or explicitly due to their minority status."<sup>46</sup> (Vår kursivering.)

# 21

**D** Sidan 67. Wurm och Lundberg skriver att internaliserad transfobi har ”visat sig ha en särskilt stor påverkan på hälsoutfall bland unga vuxna” och ger två källor, Chodzen et al. och Tebbe et al. Ingen av dessa visar dock att transfobi har en särskilt stor inverkan på hälsoutfall bland unga vuxna. De visar på korrelation mellan bland annat depression och internaliserad transfobi, där transfobin mäts med olika skalor (olika frågor) i de två olika studierna.<sup>47</sup> Men som vi förklarat tidigare så är korrelation inte det samma som bevis för ett orsakssamband, och framför allt visar det inte vad som i så fall är orsak och vad som är verkan. Både Chodzen et al. och Tebbe et al. använder minoritetsstressmodellen för att föreslå att internaliserad transfobi är orsaken till det dåliga hälsoutfallet, men resultaten kan inte i sig visa att så är fallet. Om man tittar närmare på den skala som används av Tebbe et al för att kvantifiera transfobi så hittar man den intressanta detaljen att de använt en skala för homofobi där de bytt ut heterosexuell mot cis. Internaliserad transfobi karakteriseras då exempelvis av påståendet ”If it were possible, I would choose to be cisgender”. Man kan ifrågasätta om detta är en rimlig kategorisering av transfobi.

# 22

**E** Sidan 72. Wurm och Lundberg skriver ”Att inte få leva i det könsuttryck eller den könsidentitet som känns rätt förmedlar till barnet/den unga att det är något fel med hen som person.” Här blandas två väldigt olika saker ihop: könsuttryck och könsidentitet. Det är stor skillnad mellan att låta ett barn välja kläder och frisyr och att bekräfta ett barns transidentitet. Att bekräfta för en flicka att hon egentligen är pojke för att hon vill ha kort hår och killkläder är väl om något att förmedla att något är fel med henne som person?

# 23

**B** Sidan 74. Wurm och Lundberg skriver: ”Den ökade förekomsten av psykisk ohälsa bland transpersoner jämfört med cispersoner är alltså i grunden en fullt rimlig reaktion på den utsatthet som rapporteras.” Argumentet är alltså att transpersoner utsätts för minoritetsstress och mikroaggressioner i sådan utsträckning att det helt förklarar deras förhöjda psykiska ohälsa. Wurm och Lundberg tycks här vilja bortförklara samsjukligheten, och ignorerar forskning som visar att den psykiska

ohälsan ofta föregår könsdysforin.<sup>48</sup> Vidare skriver de att transpersoner har större risk för fysisk ohälsa än cispersoner, och: ”Detta är i linje med generell forskning av sambandet mellan stressorer och fysisk hälsa, som till exempel visar att utsatthet kan öka risken för fysisk smärta”. Här undviker Wurm och Lundberg att ta upp den uppenbara faktorn att de medicinska behandlingar som transpersoner genomgår (hormonbehandling och operationer) har hälsorisker och sannolikt är en starkt bidragande orsak till transpersoners sämre fysiska hälsa.

## 24

**E** Sidan 75. Wurm och Lundberg rekommenderar att transpersoner kan minska nivån av utsatthet genom att exempelvis byta arbetsplats och undvika sociala tillställningar och i stället delta i stödgrupper på orten eller online. Detta råd är mycket förvånande och ges utan källhänvisning. Att uppmuntra ett undvikande beteende där man isolerar sig och koncentrerar sitt sociala umgänge med likasinnade på nätet eller i stödgrupper är inte ett råd man i allmänhet skulle ge någon som mår dåligt. Exempelvis råder Kry den som har social ångest att inte undvika sociala sammanhang eftersom det kan förvärra ångesten.<sup>49</sup>

## Kapitel 4: "Transcommunity" av Edward Summanen

# 25

**A B** Sidan 84. Summanen skriver: "Tillgången till gemenskap med andra transpersoner främjar psykisk hälsa, minskar ångest och suicidtankar samt gör det lättare att känna stolthet över den man är". Liknande påstående finns även på sidan 32, där utan referens ("Det har även tydligare klarlagts vad som främjar hälsa, exempelvis behovet av att träffa andra transpersoner"). Som stöd för påståendena hänvisar Summanen till intervjustudie av Folkhälsomyndigheten från 2020 och en enkätstudie med självselekerat urval av Testa et al. från 2014. Testas artikel handlar inte alls om det som Summanen påstår, utan om hur medvetenhet om och tidigare interaktioner med transpersoner påverkar ens känsla när man första gången identifierar sig som trans.<sup>50</sup> Folkhälsomyndigheten rapport lyfter baserat på intervjuer med 29 unga transpersoner följande skyddsfaktorer: stöd från närstående och skolan, att få adekvat vård för sin könsdysfori och/eller sina psykiatriska diagnoser, och att bli sedd och bekräftad i sin könsidentitet. Tillgång till gemenskap med andra transpersoner tas inte upp som hälsofrämjande.<sup>51</sup>

På sidan 85 diskuterar Summanen även några aspekter av hur transcommunities på olika sätt kan vara problematiska, men slutsatsen i kapitlets sammanfattning (sidan 92) blir ändå att upprepa: "Tillgången till transcommunities är en skyddsfaktor som främjar hälsa." Något som saknas i Summanens beskrivning är att stödgrupper och communities både IRL och på nätet i vissa fall kan bli betungande och förvärra könsdysfori. Signe Bremer tar i sin avhandling *Kroppslinjer* upp likheten mellan sociala forum för transpersoner och sociala forum för unga självskadande kvinnor: "Nätet blir en plattform för skapandet av ett kollektivt utanförskap med dåligmående som gemenskapande grund".<sup>52</sup> En av Bremers informanter berättar också om att vara obekvämd med ansvaret i att ge stöd och bekräftelse till yngre personer.<sup>53</sup> I MUCF:s rapport som Summanen själv hänvisar till beskriver en ung person hur könsdysforin förvärrades av att titta på videor av influerare som säger vilken dysfori man "måste ha" för att vara trans.<sup>54</sup> Informanter beskriver också hur den sociala dynamiken på hbtqi-mötesplatser kan leda till spiraler där "olikas dysfori bygger på varandra", där det är jobbigt att se hur andra påverkas och ett arbete och ansvar att bära och bemöta andras dåliga erfarenheter.<sup>55</sup> Lisa Littman beskriver hur det i vissa ungdomsgrupper finns en attityd där man ser ner på cispersoner och där det finns ett social tryck att identifiera sig som trans eller hbtqi.<sup>56</sup> Det är alltså inte givet att tillgång till transcommunities är hälsofrämjande. Det beror nog helt på hur den sociala dynamiken ser ut i det specifika communityt och vilka idéer och värderingar som sprids där.

## Kapitel 5: "Bemötande" av Matilda Wurm och Tove Lundberg

### 26

**E** Sidan 104. Lundberg och Wurm skriver att "omvändelseterapi, alltså behandlingar som har som målsättning att klienten ska identifiera sig med sitt tilldelade kön, aldrig kan vara linje med lagtexten (även om de i nuläge [sic] inte är formellt olagliga i Sverige) eller försvarbara etiskt." Det är oklart vilken lag Lundberg och Wurm syftar på här. Resonemanget är att det inte går att förändra någons könsidentitet med terapi, och därför är det skadligt och därför är det (indirekt) olagligt. Varken det första eller andra steget i resonemanget är dock klarlagt (se nästa och nästnästa fel) och därför är slutsatsen också felaktig.

### 27

**B** Sidan 104. Wurm och Lundberg skriver om behandlingar som har som målsättning att klienten ska identifiera sig med sitt tilldelade (=biologiska) kön: "Forskning visar att de inte leder till en ändrad könsidentitet, och de har negativa psykologiska och sociala konsekvenser". Här refererar de till ett ställningstagande från the American Psychological Association, APA.<sup>57</sup> APA har inte gjort någon systematisk översikt av forskningsläget som grund för sina ställningstaganden, utan hänvisar till några enskilda forskningsartiklar. Idén att könsidentiteten inte går att ändra och att terapi inte fungerar går tillbaka till Harry Benjamin och skapandet av diagnosen transsexualism. Det fanns från början skilda åsikter bland forskare både om orsakerna (psykologiska eller kroppsliga) och lämpligheten av olika behandlingar. Benjamin, som själv var endokrinolog och inte psykolog, argumenterade för att transsexualism hade kroppsliga orsaker, att transsexuella hade en kvinnlig själ i en manlig kropp, och att terapi därför var meningslös.<sup>58</sup> Att terapi inte fungerar har sedan dess använts som ett huvudargument för varför medicinska ingrepp behövs, både från kliniker och från patienter. Detta kan dock inte sägas vara vetenskapligt klarlagt. Dels finns det flera exempel från klinisk erfarenhet där terapi har avhjälpt könsdysfori (där exempelvis Az Hakeem har utvecklat en metod för gruppterapi för patienter med könsdysfori<sup>59</sup> och Robert Withers har arbetat psykoanalytiskt<sup>60</sup>). Dels kan det finnas flera orsaker till att terapi i vissa fall inte hjälper, exempelvis att patienten själv är övertygad om att medicinsk behandling är det enda som hjälper och därför inte är mottaglig för terapi. Så länge man inte klarlagt vad transsexualism eller könsdysfori beror på kan man inte



kategoriskt säga att terapi inte fungerar. Det skulle mycket väl kunna vara så att vissa terapiformer fungerar bra för vissa grupper inom transparaplyet men inte för andra.

Wurm och Lundberg fortsätter: ”Att utforska sin könsidentitet noggrant kan vara hjälpsamt och upplevas positivt, men att över längre tid fokusera på att hitta en orsaksförklaring för transidentiteten kan förlänga vårdprocesser och leda till onödigt lidande när könsdysforin inte behandlas på ett adekvat sätt”. Detta påstående bygger på tanken att det finns en adekvat behandling som kan minska könsdysforin (det vill säga hormoner och operationer), och samtidigt att risken för att behandlingen är fel och kan göra skada är obefintlig. Men evidensen för behandlingarna är svag och risken för biverkningar är stor, så är det inte snarare så att ”onödigt lidande” kan uppstå när man behandlar symptomen utan att ta reda på orsaken? Wurm och Lundberg refererar till en artikel som resonerar kring att utforskande terapi i princip också är ett slags konverteringsterapi.<sup>61</sup> Andra forskare menar i stället att den affirmativa modellen resulterar i att vården skadar i stället för att hjälpa.<sup>62</sup>

## 28

**B** Sidan 107. Wurm och Lundberg skriver som råd till yrkesverksamma som möter transpersoner: ”Att använda rätt namn och pronomen samt att lyssna in hur individen benämner både sina erfarenheter och sina närstående är grundläggande.” Detta påstående utgår från den så kallade affirmativa modellen, där vårdens roll är att bekräfta individens upplevda könsidentitet och tillhandahålla den vård som individen önskar. Den uppenbara risken med detta bemötande är att transidentiteten befästs och att medicinsk transition blir den enda vägen för individen. Wurm och Lundberg tar inte upp möjligheten att individen misstar sig om sin diagnos eller vilken vård som kan hjälpa, och att vården har ett ansvar att inte felbehandla eller ge vård som kan skada. Vad gäller barn och unga finns det inte evidens för att social transition har positiv effekt på den psykiska hälsan men det finns indikationer att social transition i barndomen kan öka sannolikheten för att könsdysforin blir bestående. (Vi går igenom mer kring detta under fel 30.)

# 29

**F** Sidan 109. Wurm och Lundberg skriver att det är viktigt att som yrkesverksam som möter transpersoner använda ett inkluderande språk. Då terminologin hela tiden förändras rekommenderar de att man frågar klienten vilka termer klienten föredrar. En uppenbar risk med detta förhållningssätt är att begriplighet och klarspråk får stå tillbaka. Wurm och Lundberg skriver att man kan använda ett inkluderande språk för att visa sin kunskap om transfrågor och att könsneutrala termer ”kan vara bra att använda men kan vara helt fel med klienter som identifierar sig som kvinna eller man”. Är det verkligen rimligt att vårdpersonal såväl som lärare, journalister och socialsekreterare både ska hålla sig à jour med det senaste inkluderingslingot och ständigt komma ihåg och anpassa sig till vilka begrepp olika individer föredrar? Hur gör man med de individer som inte är bekväma med att benämna olika kroppsdelar? Ska man då låta bli att prata om det onämbara? Gäller anpassningarna av språket endast i mötet med transpersoner eller är det något som ska tillämpas generellt?

## Kapitel 6: "Att stötta barn..." av Maria Kindstedt och Matilda Wurm

# 30

**A** Sidan 117. Kindstedt och Wurm skriver att "[p]sykologisk forskning visar att barn som stötts i att uttrycka sin upplevda könstillhörighet mår lika bra som barn som trivs i sin tilldelade könsidentitet" men att det ibland kan finnas en oro bland vuxna att barnet "långsiktigt kommer att påverkas negativt om de vuxna bejaktar könsuttryck och könsidentiteter som bryter mot det förväntade". Kindstedt och Wurm skriver inte uttryckligen att barn som inte stötts i att uttrycka sin upplevda könsidentitet mår sämre, men det är tydligt underförstått. Vad säger forskningen de refererar till? Den första studien, Olson et al., jämför prepubertala barn som identifierar sig med motsatt kön, är socialt transitionerade men inte får någon medicinsk behandling (eftersom de är prepubertala) med syskon och en kontrollgrupp av barn med "no history of cross-gender behaviour".<sup>63</sup> (Att inte ha cross-gender behaviour likställs alltså av Kindstedt och Wurm med att trivas i sin tilldelade könsidentitet, vilket i sig kan ifrågasättas, men vi lägger den frågan åt sidan.) Olsons resultat är att "transbarnen" mår nästan lika bra som kontrollgrupperna, förutom att de hade lite mer generaliserad ångest. Olson hade dock ingen kontrollgrupp med prepubertala "transbarn" som inte stötts i sin upplevda könsidentitet. Resultaten säger alltså inget om huruvida den sociala transitionen hade några positiva effekter.

Den andra studien, Simons et al., handlar i stället om tonåringar och unga vuxna som sökt till transvården.<sup>64</sup> De unga fick svara på frågor om psykisk hälsa och om stöd från föräldrar, och det visade sig att de unga som upplevde stöd från föräldrar mår bättre. Det viktiga här är dock att stöd från föräldrarna bedömdes med skalan Multidimensional Scale of Perceived Social Support, som inte handlar om stöd för könsidentiteten utan om socialt stöd i allmänhet. I sammanfattningen skriver författarna: "Parental support was significantly associated with higher life satisfaction, lower perceived burden of being transgender, and fewer depressive symptoms."<sup>65</sup> Detta kan ju mycket lätt misstolkas som att det handlar om föräldrarnas stöd för transidentiteten, men så är alltså inte fallet. För att summera så ger referenserna alltså inte stöd för att det skulle vara bättre att bekräfta barns könsidentitet än att inte göra det.

Kindstedt och Wurm framställer det som att eftersom barnen enligt forskningen kan må bra här och nu så är det dumt av föräldrar och andra att oroa sig för de långsiktiga konsekvenserna av att bejaka barnens könsuttryck och könsidentitet. Kindstedt och

Wurm slår här ihop uttryck och identitet till ett paket, men det är ju fullt möjligt att bejaka ett barns personlighet och smak utan att koppla detta till kön överhuvudtaget eller bejaka en föreställning om att barnet är fött i fel kropp. Kindstedt och Wurm ger ingen närmare förklaring till hur oron ser ut, och ger ingen källa, vilket gör det svårt för den oinformerade läsaren att veta vad denna oro handlar om. Exempelvis skulle oron kunna grunda sig i att Socialstyrelsens nya kunskapsstöd säger att riskerna med medicinsk behandling överväger nyttorna.<sup>66</sup>

Forskningen om risker och nyttor med social transition av barn och unga är, tvärt emot den bild Kindstedt och Wurm och även andra kapitel i boken ger, mycket bristfällig. I samband med den brittiska granskningen av transvården för barn och unga, *Cass Review*, gjordes år 2023 en systematisk forskningsöversikt av Hall et al. från Yorks Universitet. Forskningsöversiktens slutsats är att forskningen om utfall av social transition av barn och unga är begränsad och av låg kvalitet. Överlag visade studierna ingen förändring i psykisk hälsa för barn som socialt transitionerade, och blandade resultat för tonåringar som socialt transitionerade. Det saknas longitudinella studier med lämpliga jämförelsegrupper som tittar på utfall vad gäller psykisk hälsa, könsidentitet och könsdysfori.

Hall et al. tar upp farhågan att social transition kan leda till att könsdysforin blir bestående. I äldre studier på barn som inte socialt transitionerades var andelen för vilka könsdysforin bestod till vuxen ålder från 2% till 39%, med ett medelvärde på 15%. Två studier i forskningsöversikten indikerade att sannolikheten att barns könsdysfori kvarstod i puberteten ökade när barnen transitionerade socialt, och i en av dessa gick majoriteten av de socialt transitionerade barnen vidare till medicinska ingrepp. Med andra ord verkar det som att social transition kan befästa könsdysforin. Hall et al. går igenom de argument för social transition som framförs bland annat av WPATH Standards of Care 8. Argumenten sammanfattas som 1) att det nu finns evidens för att social transition förbättrar den psykiska hälsan, 2) att könsidentitets föränderlighet inte är skäl att inte socialt transitionera och 3) att det kan vara skadligt att inte låta ett barn socialt transitionera. Hall et. al konstaterar att de i sin systematiska forskningsöversikt *inte* funnit stöd för något av dessa påståenden.<sup>67</sup>

Rapporten *Cass Review* utgår från resultaten från den systematiska forskningsöversikten och även från intervjuer med yrkesverksamma, patienter och deras familjer. De råder föräldrar att söka professionell hjälp och informera sig om risker och nyttor innan de fattar beslut om social transition för sitt barn. De tar upp att det är viktigt att behålla flexibilitet kring identiteten, och att en full transition där barnet lever ”stealth”, dvs då omgivningen inte känner till barnets biologiska kön, kan leda till stress inför puberteten och att påbörja medicinsk transition. De skriver också att det är viktigt att både barnet/ungdomen och föräldrarna är involverade i eventuella beslut om social transition, och att man bör undvika att fatta förhastade beslut.<sup>68</sup>

Att leva ”stealth” innebär ju att barnet bär på en hemlighet om sitt biologiska kön, och att puberteten oundvikligen kommer att avslöja denna hemlighet för omgivningen. Det är lätt att föreställa sig att barn till varje pris kan vilja undvika ett sådant avslöjande, vilket skapar en efterfrågan på pubertetsblockerare. Det verkar också troligt att själva hemlighetsmakeriet kring kroppen och könet kan leda till skam och kroppslig dysfori.<sup>69</sup>

## 31

**A B** Sidan 117. Kindstedt och Wurm skriver: ”De flesta barn har en etablerad könsidentitet vid 3-4 års ålder (Ruble m.fl. 2006). Det betyder att de flesta barn då har en uppfattning om att omgivningen kategoriserar barn i pojkar och flickor och vilket kön de själva tillhör. Detta verkar också gälla för barn och unga vars könsidentitet inte är i linje med det tilldelade könet”. Här hänvisar de till en artikel som har jämfört ”transbarn” i åldrarna 3-12 år med ”cisbarn”, och dels frågat dem om deras identitet och dels undersökt vilken typ av leksaker och kläder de föredrar och huruvida de hellre umgås med pojkar eller flickor.<sup>70</sup> Forskarna finner att transflickorna identifierar sig som flickor, leker med flickor och flickleksaker och har flickkläder, medan transpojkar identifierar sig som pojkar, leker med pojkar och pojkleksaker och har pojkkläder. Däremot har de inte gjort någon uppföljning, så det finns i artikeln inga belegg för att barnen kommer att fortsätta identifiera sig med motsatt kön senare i livet. Annan forskning visar dock att de oftast inte gör det, utan att ca 80% återidentifierar sig med sitt biologiska kön efter puberteten.<sup>71</sup> Så vad kan vi lära oss av artikeln som refereras? Jo att idén om ”transbarn” är konservativ och handlar om att barn som inte lever upp till stereotypa könsroller får höra av föräldrar och vårdapparat att de tillhör det motsatta könet. Tvärtemot vad Kindstedt och Wurm gör gällande så vet de alltså inte vilket kön de tillhör, utan tror att de tillhör det kön vars sociala stereotyp de passar bäst in på.<sup>72</sup> Kindstedt och Wurm utelämnar här den mycket viktiga informationen att det är högst osäkert om denna könsidentitet är stabil över tid.

## 32

**E F** Sidan 118. Kindstedt och Wurm skriver: ”En del föräldrar upplever att deras barn haft ett tydligt könsuttryck redan så tidigt som vid 1-2 års ålder. För dessa föräldrar blir det oftast ingen överraskning när barnet uttrycker en annan könsidentitet än den tilldelade.” Är det verkligen så illa ställt med toleransen för könsöverskridande beteende att föräldrar till barn som inte passar in i könsstereotyperna förväntar sig att barnen ska identifiera sig som trans? Kindstedt och Wurm ger ingen källa till påståendet, men man får anta att detta är en erfarenhet från

projektet PRIMA Trans som beskrivs längre upp på sidan. Troligen gäller inte denna påstådda brist på förvåning för majoriteten av föräldrar, som helt enkelt accepterar sitt barns könsöverskridande beteende utan att läsa in en transidentitet eller socialt transitionera barnet. Typiskt för transaktivister glider Kindberg och Wurm här mellan könsuttryck och könsidentitet (ett avvikande könsuttryck leder till förväntan om en motsvarande könsidentitet) trots att detta i andra delar av boken påstås vara olika saker som inte behöver hänga ihop. Vi undrar också vad ett ”könsuttryck” hos en 1-2-åring ens innebär.

## 33

**A B** Sidan 118. Kindstedt och Wurm skriver: ”I mediala debatter förekommer ibland termen ROGD – *rapid onset gender dysphoria* – vilket är en konspirationsteori om att barn ’luras’ eller ’smittas’ till att bli trans genom sociala medier.” De ger en referens till en artikel som kritiserar ROGD men som varken påstår eller belägger att ROGD skulle vara en konspirationsteori.<sup>73</sup> Detta är ett rent sakfel, då ”ROGD” inte stämmer in på några vanliga definitioner av begreppet ”konspirationsteori”. ”ROGD” är en vetenskaplig hypotes formulerad av forskaren Lisa Littman för att beskriva och förklara den nya gruppen av framför allt tonårstjejer vars könsdysfori uppstår under eller efter puberteten.<sup>74</sup> I en fotnot på sidan 211 kallar även Summanen ROGD för en konspirationsteori, utan att ge några belägg för detta.

Kindstedt och Wurm skriver vidare om ROGD: ”Denna term är inte belagd med forskning, utan den forskare som förde fram teorin behövde backa på sina slutsatser.” Detta stämmer inte. Det som hände var att efter påtryckningar från transaktivister genomgick Littmans redan peer-granskade artikel en ny granskning vilken utmynnade i några mindre omformuleringar och förtydliganden men inga ändringar i sak.<sup>75</sup>

## 34

**E F** Sidan 120. ”Utifrån den kunskap vi har i dagsläget vet vi att det främjar psykisk hälsa att bli respekterad i sin könsidentitet och sitt könsuttryck, oavsett andra diagnoser. Att lindra minoritetsstress minskar också ofta ångest och nedstämdhet”. Här ger Kindberg och Wurm en referens till en artikel som handlar om kognitiv beteendeterapi för kvinnor som tillhör sexuella minoriteter.<sup>76</sup> Den handlar alltså varken om barn eller om trans, vilket man av sammanhanget leds att tro. Kindstedt och Wurm ger alltså ingen källa till påståendet i den första meningen. Tvärt emot vad de påstår så finns det inte evidens för att social transition har positiv

effekt på den psykiska hälsan hos barn och unga, men det finns indikationer att social transition i barndomen kan öka sannolikheten för att könsdysforin blir bestående. (Vi går igenom mer kring detta under fel 30.)

## 35

**E** Sidan 121. ”Ibland kan föräldrar vara oroliga för att de själva ska sätta igång något om de stöttar sitt barn och att barnet sedan ska ångra sig. I stället för att se sitt barns könsidentitet som ett val som sedan ångras kan man som förälder försöka se det som ett utforskande och ett upptäckande för barnet. Kanske upptäcker barnet att hen trivs bättre med en annan könsidentitet än den tilldelade, kanske upptäcker barnet att hen trivs bra med sin tilldelade könsidentitet. Att barn funderar, utforskar och upptäcker olika sätt att vara är egentligen bara ett problem om vi ser det som mer önskvärt att barnet ska vara cisperson (utöver en oro man kan ha som förälder över vad det kan betyda för barnet längre framöver).” Kindstedt och Wurm bagatelliserar här risken för att bekräftande av transidentiteter och bejakande av funderingar kring huruvida det är något fel på ens kropp skulle kunna leda till ökad könsdysfori hos ett barn. Konsekvenserna av transition bagatelliseras också. Vem kan väl vara så inskränkt att man tycker att det är bättre för barnet att vara en ”cisperson”? Tja, vi skulle väl hoppas på att alla föräldrar önskar att deras barn ska slippa omfattande medicinska ingrepp och att barnet ska kunna vara sig själv utan att behöva ta avstånd från sitt biologiska kön. ”Cisperson” är ett vilseledande begrepp eftersom det har två väldigt olika betydelser som det glider emellan. Den ena betydelsen är ”inte transperson”. Den andra betydelsen är ”en person vars juridiska kön, biologiska kön, könsidentitet och könsuttryck hänger ihop och alltid har hängt ihop i enlighet med den rådande samhällsnormen”<sup>77</sup>. Självklart är det inte mer önskvärt att ett barn ska vara ”cisperson” enligt den andra definitionen. Men då glider den första definitionen med på köpet, och plötsligt har man gått med på att det inte kan vara något negativt med att barnet är ”trans” och blir utsatt för medicinska ingrepp. Budskapet är att föräldrar inte bör oroa sig för konsekvenserna utan bara hoppa på bekräftelsetåget. Vi vänder oss också mot formuleringen om att ”se sitt barns könsidentitet som ett val som sedan ångras”. Det som döljs här är att det är föräldrarna som gör valet och inte barnet. Det är föräldrarna som fattar beslut om eventuella namnbyten och hormoner, då barnet inte är myndigt och därför får inte fatta den typen av beslut själva. När transition beskrivs som att följa med i barnets ”utforskande” så osynliggörs föräldrarnas ansvar.

# 36

**E** Sidan 121. Kindberg och Wurm skriver: ”Från ett utforskande av könsidentitet, där den unga genomgår en social transition med nytt namn och nytt pronomen, till att genomgå könsbekräftande vård är steget långt.” Längre ner på sidan fortsätter de: ”I kontakt med föräldrar har det här varit en vanlig oro: ’Om jag använder hens valda pronomen, kommer hen att börja med hormoner nästa vecka då?’” De lugnar läsaren med: ”Även om barnet kan uttrycka en stark önskan om att genomgå vård längre fram, kan det för närstående vara viktigt att känna till att vård inte ges förhastat.” Det Kindstedt och Wurm gör här är att försäkra oss här om att social transition inte behöver leda vidare till medicinsk transition, och att behandlingar inte ges förhastat, utan att ge några belägg för detta.

I själva verket är det utifrån forskningsläget oklart om social transition ökar sannolikheten för att könsdysforin och det upplevda behovet av könsbekräftande vård blir bestående, men det finns enstaka studier som tyder på det.<sup>78</sup> (Se vidare fel 30.)

Enligt vår mening är all behandling med pubertetsblockerare att betrakta som förhastad, eftersom det saknas evidens för sådan behandling.<sup>79</sup> Att karakterisera oroliga föräldrar som att de tror att barnen ska få hormoner på en vecka verkar uppenbart tillskruvat för att få det att låta som att de oroliga föräldrarna är oinformerade och hysteriska, när de i själva verket har all anledning att oroas.

# 37

**E** Sidan 123. Kindberg och Wurm skriver under rubriken ”Hur vuxna kan stötta”:  
”En del föräldrar beskriver att de efter en fas av att försöka förstå och förhålla sig landar i att följa sitt barn i processen och bara finnas där. Det blir en acceptans av att de inte kan använda sig av sina vanliga föräldrastrategier, som att vägleda, dela med sig av egna erfarenheter eller ha någon tanke om vart barnets utforskande ska leda.” Här blir det tydligt hur trans görs till något helt exceptionellt – detta är inget som föräldrar kan förstå, här ställs alla regler på huvudet, föräldraansvaret pausas och barnen ska leda. Vi frågar oss vad det är som gör trans så speciellt? Varför antas just transidentifierade barn ha kunskap om vad de behöver och förmåga att bedöma livslånga konsekvenser när andra barn inte anses mogna att sitta i förarsätet?



# 38

**A** Sidan 123. ”Det finns ett starkt stöd i psykologisk forskning att det skyddar barns psykiska hälsa att de vuxna i barnets omgivning använder rätt namn och pronomen ”. Här hänvisar Kindberg och Wurm till en artikel som bygger på data från 33 familjer med en transidentifierad tonåring (intervjuer och frågeformulär), där urvalet var delvis självselekerat.<sup>80</sup> Den finner korrelation mellan god kommunikation och funktion i familjen och bättre psykisk hälsa hos den transidentifierade tonåringen. Studien handlar alltså *inte* om huruvida föräldrarna använder ”rätt” namn och pronomen utan mer allmänt om huruvida familjen fungerar väl och har god kommunikation. Artikeln är alltså dels metodologiskt svag (få deltagare, självselekerat urval, data från enbart ett tillfälle, det vill säga inte någon uppföljning över utvecklingen över tid), och handlar inte om det som Kindberg och Wurm skriver att den handlar om. Precis som på flera andra ställen i boken så blandas stöd från familjen i en bredare bemärkelse ihop med stöd för transidentiteten. (Som vi går igenom under fel 30 finns det inte evidens för att social transition har positiv effekt på den psykiska hälsan hos barn och unga.)

# 39

**E** Sidan 126. Kindberg och Wurm skriver: ”För en del barn går det åt mycket tid och energi att fundera över sin könsidentitet och omgivningens bemötande. Det kan vara en stor ansträngning bara att komma iväg till skolan.” Lite längre ned på sidan skriver de att man kan behöva göra anpassningar, exempelvis ”får man kanske nöja sig med att barnet i alla fall får i sig mat, låt vara att det är framför en skärm i vardagsrummet” och inte tillsammans med familjen vid matbordet. Här normaliserar Kindberg och Wurm grubblande och social isolering och tycks förespråka att föräldrarna ska agera möjliggörare för dessa beteenden, som om grubblerier är nyttiga och nödvändiga. Det kan dock finnas en risk att grubblerier av en sådan omfattning blir en självförstärkande spiral där dysfori och social ångest ökar snarare än att lösas upp. Vårdguiden skriver om att fastna i negativa tankar (ältande) kan leda till nedstämdhet, ångest och uppgivenhet. Den som märker att samma negativa tankar återkommer utan att man kommer fram till någon lösning rekommenderas att träna på att bryta tankarna, exempelvis genom att ta en promenad eller ägna sig åt någon annan aktivitet.<sup>81</sup> Det är naturligtvis inte enkelt att ta sig ur en spiral av ångest och ältande, men Kindberg och Wurm tycks inte ens se det som angeläget att försöka. ”Könsdysforin är plågsam” och därför måste barnet få grubbla i fred. De ger ingen referens.

# 40

**B** Sidan 126-127. Kindberg och Wurm skriver att sociala kontakter på nätet är extra viktiga för unga som funderar över sin könsidentitet, och att man därför ska vara försiktig med att begränsa skärmtiden: ”Det kan vara mycket mer laddat för ett barn som funderar över könsidentitet eller som är transperson att få begränsad tillgång till skärmtid än för cisbarn. Här behöver man hitta en överenskommelse med barnet som gör att hen får tillräckligt med vila och sömn, men samtidigt tillgång till trygga rum.” Det som inte nämns här är att det finns mycket som tyder på att könsdysfori kan skapas och förvärras av dessa ”trygga rum”. Forskaren Lisa Littman beskriver hur föräldrar till unga som börjar identifiera sig som trans i tonåren utan att tidigare ha visat tecken på könsdysfori (”rapid onset gender dysphoria”, förkortat ROGD) noterat att transidentifikationen sammanföll med ökad tid på internet och sociala medier och att andra unga i samma kompisgrupp också kom ut som trans.<sup>82</sup> Hennes studie av detransitionärer pekar också på ett samband mellan problematisk internetanvändning och transidentifikation.<sup>83</sup> Littman ger i sin artikel om ROGD referenser till tidigare forskning om bland annat anorexi som pekar på att ”co-rumination”, det vill säga ältande av negativa tankar tillsammans med andra, och andra typer av gruppträck på internet kan förstärka ätstörningar och en skev kroppsuppfattning. Littmans hypotes är att transidentifikation på liknande sätt sprids och förstärks via sociala medier. Det som Kindberg och Wurm beskriver som trygga rum där ungdomar har ”sociala kontakter som förstår och bekräftar deras könsidentitet, vänner som de kan utbyta erfarenheter och tankar med och få stöd när det känns tufft” riskerar alltså också att bli rum som förstärker negativa tankar och bekräftar att den enda utvägen är transition. (Se även fel 25.)

# 41

**B** Sidan 127. ”Ett sätt att öka känslan av trygghet för barn som funderar över sin könsidentitet eller som kommit ut som trans är att skapa så många sammanhang som möjligt där barnet känner sig accepterat och bekräftat i sin könsidentitet”. Kindberg och Wurm talar mycket varmt om så kallade trygga rum. Här är bara ett exempel på hur en glidning mellan ”känna sig accepterad” och ”bli bekräftad i sin könsidentitet” sker. Att ha tillgång till ett sammanhang där man känner sig accepterad som person är givetvis viktigt för alla människor. Det är dock inte självklart att sätta likhetstecken mellan att bli accepterad som man är och att bli bekräftad i sin könsidentitet. Könsidentiteten upphöjs här till något mer än individens föreställning om vilket kön den tillhör, det tycks snarare handla om individens själva kärna eller själ. Visst kan man acceptera någon precis som den är utan att bekräfta att personen är

född i fel kropp. Är det inte snarare tanken om att kroppen och det biologiska könet är fel och måste korrigeras som är ett uttryck för att inte acceptera personen precis som den är? Var går gränsen mellan love-bombing och trygghet? Är det ett tryggt rum om det känns som ett tryggt rum? Vi föreslår att föräldrar ställer sig följande frågor: Är detta ett rum där mitt barn kommer att uppmuntras till att se sin egen kropp som fel? Är detta ett rum där mitt barn kommer att introduceras till fysiskt smärtsamma och skadliga "hjälpmedel" för social transition såsom binding och tucking? Är detta ett rum där man förmedlar budskapet att kemisk kastration är nödvändig för att må bra nu och i framtiden? Är detta ett rum där omvärlden demoniseras som transfobisk, där "cis"-personer ses som förtryckande och privilegierade och där endast en syn på kön accepteras? Om svaret på dessa frågor är "ja" så ifrågasätter vi om rummet verkligen är så tryggt som det i stunden känns. (Se även fel 25.)

## 42

**E** Sidan 127. Kindberg och Wurm skriver: "Cisbarn lever i en miljö som förstärker och validerar deras könsidentitet oupphörligt." Detta är ett makalöst påstående. Har Kindberg och Wurm helt missat att barn som inte passar in i könsstereotyper, däribland en stor andel av de barn som kommer att växa upp och bli homosexuella som vuxna, kan bli retade för att detta? Har de hört talas om att killar kallar omanliga pojkar för "böj"? Att flickor får höra "Är du lebba eller?" om de inte rakar sig under armarna eller på annat sätt trotsar de feminina idealen? Idén att "cis"-personer har ett privilegium som går ut på att de får sin könsidentitet bekräftad (och att de är så privilegierade att de inte ens märker detta) har inget med faktiska "cis"-personers upplevelser att göra utan är en teoretisk konstruktion för att sätta ord på vad det är som transpersoner inte får när omgivningen ser vilket kön de tillhör. Kvinnor och flickor som är okvinnliga kan bli nedvärderade för detta även om de inte ifrågasätter det faktum att de är flickor eller kvinnor. Flickor och kvinnor som uppfyller feminina stereotyper kan å andra sidan missgynnas av detta i och med att det exempelvis kan innebära att vara självupppoffrande, omtänksam, stå tillbaka för andra och inte hävda sina egna intressen. Att få sin kvinnlighet eller manlighet bekräftad är ett tveeggat svärd. Att få sin könstillhörighet bekräftad är för de allra flesta ingenting alls, eftersom det bara är ett konstaterande av ett biologiskt faktum och inte något erkännande av ens inre essens.

# 43

**B** Sidan 127-128. Kindberg och Wurm ger råd om hur man hanterar att exempelvis träffa släkten där det finns risk för att det transidentifierade barnet blir ”felkönat”: ”Föräldrarna kan hjälpa barnet genom att i förväg förbereda släkten på att vara noga med rätt namn och pronomen. De kan skicka ett mejl eller sms som påminnelse inför träffen där de är tydliga med barnets könsidentitet och hur de förväntar sig att barnet ska bli bemött.” Hur rimligt är det egentligen att föräldrar på detta sätt uppfostrar omgivningen till att bekräfta ett barns disassociation med sitt kön? Idealet verkar vara att ingen i barnets omgivning ska skapa sprickor i illusionen om att barnet faktiskt tillhör det kön det identifierar sig som. Tänker föräldrarna sig att de för resten av barnets liv ska se till att ingen använder fel pronomen? Borde inte ansvarstagande föräldrar hjälpa barnet att avdramatisera ”felköningar” snarare än att förstora upp dem?

Enligt den brittiska *Cass Review* kan social transition och ”living in stealth”, det vill säga att det biologiska könet hemlighålls, öka barns stress och ångest och leda till att barn isolerar sig. Särskilt när puberteten närmar sig kan barnen börja oroa sig för att folk ska få reda på att de inte tillhör det kön som omgivningen tror, vilket driver fram en känsla av brådska kring att starta behandling med pubertetsblockerare.<sup>84</sup> Det finns inte evidens för att social transition har positiv effekt på den psykiska hälsan hos barn och unga, men det finns indikationer att social transition i barndomen kan öka sannolikheten för att könsdysforin blir bestående. (Vi går igenom mer kring detta under fel 30.)

# 44

**B E** Sidan 130. Kindberg och Wurm skriver att när barn befinner sig i utsatta situationer i skolan, ”alltifrån enstaka elever som inte kan respektera barnets namn och pronomen till situationer med svår mobbning och fysiskt våld” så är det ”viktigt att de vuxna ingriper direkt och kraftfullt”. Självklart är det viktigt att ingripa mot mobbing, men det är inte rimligt att som förälder kräva att samtliga andra barn använder ”rätt” pronomen om ens barn. Detta går emot barnens yttrandefrihet och åsiktsfrihet. Att använda pronomen utifrån biologiskt kön kan inte likställas med trakasserier (oavsett vad myndighetsaktivisterna på DO för närvarande tycker i frågan).

# 45

**E** Sidan 131-133. Kindberg och Wurm uppmanar föräldrar att inte tänka för mycket, ”det är inte de som ska utreda barnets behov av könsbekräftande vård, utan de specialiserade könsdysforimottagningarna” (s. 131). Att stå upp för barnets könsidentitet ”kan för många vuxna kännas svårt i början” (s. 132), men: ”Här är bästa tillvägagångssättet att gå emot känslan och göra det ändå, för att med övning uppleva att det blir mer och mer självklart och att det blir lättare och lättare att gå mot sin värderade riktning i att stötta sitt barn.” Det är ganska magstarkt att råda föräldrar att lita på könsidentitetsklinikerna, när vården som ges inte har evidens och behandlingarna är krävande. Är du tveksam till att kastrera ditt barn? Då kan det ”vara skönt att ta del av positiva upplevelser transpersoner kan ha tack vare sin identitet” (s.132). Slutklämmen i Kindberg och Wurts pep-talk är att återigen hänvisa till artikeln av Simons et al. (se fel 40) där betydelsen av föräldrars stöd betonas. Vi påminner om att detta stöd som Simons artikel handlar om inte är bekräftande av könsidentiteten utan stöd i mer allmän bemärkelse.

## Kapitel 7: "Ickebinära kön" av Meg-John Barker och Matilda Wurm<sup>85</sup>

# 46

**E F** Sidan 139. Under rubriken "Ickebinär historia" får vi lära oss att det alltid har funnits personer som levt utanför kategorierna man/kvinna, men att det ibland är "svårt att veta om personen identifierade sig som det som i dag skulle kallas ickebinär, om hen skulle identifiera sig som crossdresser eller om hen identifierade sig som kvinna/man (men inte i linje med det tilldelade könet)." Som exempel ger Barker och Wurm drottning Kristina, Lasse-Maja, hijras i Indien och så kallade Two-Spirits i Amerikas ursprungsbefolkning. Ingen av dessa kan dock ha identifierat sig som vare sig icke-binär, "binär" transperson eller crossdresser, eftersom dessa identitetskategorier inte var tillgängliga i deras respektive historiska och kulturella kontext. Att specifikt "transa" drottning Kristina är bara en fortsättning på de misogyna och patriarkala föreställningar som tidigare lett till spekulationer om att hon var "hermafrodit". På grund av dessa spekulationer skändade man hennes grav och undersökte hennes kvarlevor så sent som 1965<sup>86</sup> och diskussionerna om huruvida man ska göra DNA-test på kvarlevorna fortgår in på 2000-talet.

Barker och Wurm fortsätter: "Till stor del har västvärlden – genom sin koloniala historia – bidragit till att sprida en binär syn på kön även till platser där synen på kön tidigare var annorlunda." Påståendet att en binär syn på kön är en västerländsk uppfinning, och att översätta olika former av lokala genussystem till västerländska kategoriseringar som "trans" och "ickebinär", är i sig självt ett uttryck för ett slags kolonialism eller kulturimperialism.<sup>87</sup> De genuskategorier för så kallade "tredje kön" som finns i olika kulturer världen över är i allmänhet begränsade till det ena könet, oftast män.<sup>88</sup> Det handlar alltså inte om en annan syn på (biologiskt) kön, utan om att det finns en speciell social kategori för vissa personer *av det ena könet*, oftast män som inte passar in i den manliga könsrollen och som är homosexuella. Barker och Wurm approprierar hijras som ickebinära medan andra västerlänningar för hundra år sedan kanske hade kategoriserat dem som inverterade, transvestiter eller hermafroditer. Poängen är att alla dessa olika tolkningar är projiceringar av västerländska föreställningar och begrepp på fenomen som följer en annan logik och har en annan historia. Att det skulle ha funnits mänskliga kulturer som inte har några begrepp alls om de två könen och deras olika roller i fortplantningen är dock ytterst osannolikt.

## 47

**F** Sidan 141. Barker och Wurm definierar ickebinär som ”att vara någonstans längs spektrumet mellan binära kön”, ”att vara två – eller flera – kön”, ”att inte tillhöra något kön” eller ”att vara ett annat kön, utöver den binära könsuppdelningen”. Personer må *identifiera* sig som något av dessa saker, men att säga att de *är* inget eller flera kön är helt enkelt inte sant. Enligt definitionen av kön i bokens ordlista (sidan 288) så består kön av flera aspekter: ”könsidentitet, könsuttryck, juridiskt kön samt kropp (inre och yttre könsorgan, hormoner, kromosomer och sekundära könskaraktistika som exempelvis skäggväxt).” Detta hjälper oss dock inte att förstå vad författarna menar att kön *är* (eller hur många det finns). När Barker och Wurm skriver att ickebinär kan innebära att ”inte tillhöra något kön” så menar de knappast att könet inte går att bestämma enligt någon av de fyra angivna aspekterna, utan det är könsidentiteten de syftar på. Det finns en dubbelhet i argumentationen där man å ena sidan resonerar utifrån att könsidentiteten är könet, men samtidigt vidhåller att andra saker också är kön. Det som saknas i definitionen är själva definitionen av kön, det vill säga att kön är roller i reproduktionen, där det ena könet producerar små könsceller och det andra könet producerar stora könsceller. En individ tillhör ett visst kön om den befinner sig på en biologisk utvecklingsväg mot att producera en viss typ av könsceller. Om könscellerna och reproduktionen raderas från resonemanget så står man där med olika delar som av oförklarliga anledningar tycks hänga ihop eller inte hänga ihop. Om könsidentiteten är könet, varför ser vi olika kroppsliga funktioner som könade överhuvudtaget?

## 48

**E** Sidan 147. Under rubriken ”Ickebinäras livsvillkor och utmaningar” skriver Barker och Wurm bland annat: ”Det kan vara väldigt jobbigt att bli felkönad av okända personer, eftersom det är ett tecken på att omvärlden inte har någon förståelse för en viktig del av ens identitet. Att bli felkönad av närstående kan också vara mycket svårt, eftersom ett korrekt speglade av ens person från familj, vänner och community är grundläggande för att uppfylla det mänskliga behovet av trygghet, tillhörighet och värdighet.” Att det kan vara jobbigt att leva sitt liv med en identitet som ickebinär är nog alldeles sant. Men att få sin egen uppfattning om vem man är bekräftad av omgivningen, när denna uppfattning går på tvärs med det omgivningen erfar, är inte en grundläggande rättighet. Det man kan förvänta sig av andra människor är att de ska spegla den de ser och erfar. Om man aldrig bjuder kan man inte förvänta sig att bli kallad generös, om man inte kan något om bakning kan man inte förvänta sig att folk

ska be en om råd när de ska sätta en deg. En religiös tro kan vara en mycket viktig del av ens identitet, men man måste kunna leva med att personer i ens omgivning inte delar eller bekräftar denna tro.

## 49

**C** Sidan 148 (C). Barker och Wurm skriver att ickebinära personer uppvisar ”högre nivåer av psykisk ohälsa än personer med andra kön”, att ”mer än en tredjedel genomför någon gång under sin livstid ett självmordsförsök” och ”en tredjedel har varit med om fysiska övergrepp”. Dessa siffror kommer från resultat från självselekerade enkäter, vilket innebär att man inte kan dra kvantitativa slutsatser om gruppen ickebinära i sin helhet.<sup>89</sup>

## 50

**E** Sidan 148. ”Den pågående stress som det innebär att hela tiden konfronteras med könsuppdelade toaletter och omklädningsrum, offentliga platser, grupper och lag (exempelvis inom sport) är påtagligt slitsam – särskilt med de höga nivåer av transfobi vi ser i samhället idag.” Är nivån av transfobi verkligen hög i samhället idag? Det beror nog vad man menar med transfobi. Ibland ses själva förekomsten av könsuppdelning eller att personer lägger märke till biologiskt kön som transfobiskt. I bokens ordlista på sidan 291 definierar dock författarna transfobi som ”[h]at, avsky och negativa attityder mot transpersoner eller personer som tolkas som transpersoner”. Att transfobi i denna snävare (och mer rimliga) bemärkelse skulle vara vanligt förekommande finns dock inte belagt. Tvärtom visade exempelvis en representativ enkätstudie som transföreningen FPES gjorde 2021 att en övervägande andel av Sveriges befolkning har en positiv attityd till transpersoner (77% svarade att de anser att det bör vara en rättighet att vara trans och att transpersoner får vara som de vill så länge de inte begår brott eller oetiska handlingar, och endast 3-8% var negativt inställda).<sup>90</sup> Om man jämför med en liknande studie från år 2000 så tycks den allmänna attityden till transpersoner ha blivit mer positiv över tid (andelen som svarar positivt på påståendet att transpersoner ska få byta namn och identitet var 64% respektive 52%, medan 63% ansåg att individen själv bör bekosta en eventuell könskorrigering och färre än hälften ansåg att transpersoner bör få adoptera barn).<sup>91</sup>



# 51

- A** Sidan 149. Barker och Wurm refererar till en artikel av Sandra Bem från 1981. Denna artikel finns inte. Vi har gått igenom den tidskrift där de påstår att artikeln ska ha publicerats och kan inte hitta den. Den återfinns inte heller genom allmänna sökningar i forskningsdatabaser. Det finns ett psykologiskt test som heter Bem Sex-Role Inventory som Sandra Bem skapade 1974. Det finns artiklar av Bem om detta i den angivna tidskriften, men inte från 1981 och inte med den angivna titeln. Vi har hittat en artikel av Bem från 1981 med annan titel och publicerad i en annan tidskrift. Enligt Wikipedia reviderade Bem detta år sin rekommendation om hur testresultaten skulle räknas ut.

# 52

- F** Sidan 149. Efter att ha ägnat en och en halv sida åt att beskriva hur tungt det är att vara ickebinär och hur dålig psykisk hälsa ickebinära har, skriver Barker och Wurm: "Sandra Bem (1981) forskade om 'psykologisk androgynitet' på 1970-talet och såg att personer med höga nivåer av både attribut tillhörande normativ maskulinitet och attribut tillhörande normativ femininitet hade en bättre psykisk hälsa och upplevde flera andra fördelar än personer som var mer binära och mindre flexibla i fråga om kön. Det här tyder på att det inte är ickebinäriteten i sig som skapar ohälsa, utan att ohälsan är en konsekvens av att leva som ickebinär i en värld där alla avsteg från den binära könsuppdelningen möter motstånd." Vi har inte kunnat läsa Bems artikel (eftersom den inte finns, se felet ovan), men enligt allmän information om testet Bem Sex-Role Inventory så var det Bems avsikt att visa att psykologisk androgynitet var positivt i kontrast till tidigare personlighetstester där det ansågs att män skulle vara maskulina och kvinnor skulle vara feminina. Alla egenskaper som (själv)skattas i testet är positiva (Bem valde dem utifrån egenskaper Stanfordstudenter på 1970-talet ansåg vara positiva egenskaper för kvinnor respektive män), och de som svarar högt på många egenskaper (både maskulina, feminina och neutrala) klassas som androgyna, medan de som svarar lågt på både maskulina, feminina och neutrala egenskaper klassas som odifferentierade. Högt androgynitet innebär alltså att man anser sig själv ha många positiva egenskaper. Det är då inte särskilt anmärkningsvärt att de som testar högt för androgynitet mår bättre, eftersom testet är riggat för det. Det är missvisande att skriva ett Bem "så" detta, som om resultatet var oförutsett, när det i själva verket var en tes hon ville bevisa med sitt test.

Barker och Wurm gör antagandet att dagens ickebinära motsvarar personer som

svarade högt på Bems test på 70-talet. Detta är dock inte alls självklart. Dels skulle dagens ickebinära lika gärna kunna antas motsvara de odifferentierade (som svarar lågt på allt i stället för högt på allt). Dels är den grupp som Bem fångar med sitt test inte personer som har en speciell identitet där de tar avstånd från sitt biologiska kön, utan snarare folk i allmänhet som skattar att de har många positiva egenskaper och inte bara sådana egenskaper som stereotypt förknippades med deras kön i 70-talets USA. Barker och Wurm anser att ickebinära är mer flexibla och mindre binära i fråga om kön. Vi ifrågasätter den tolkningen. Snarare är det väl så att själva idén om en ickebinär identitet bygger på oerhört rigida föreställningar om vad det innebär att vara man och kvinna. Om det är möjligt, normalt eller till och med önskvärt för både män och kvinnor att klassas som androgyn enligt Bems skala, varför behövs då etiketten ickebinär? Bara när könskategorierna ses som oflexibla och inlåsandande uppkommer behovet av att klassificera sig ur dem.

Barker och Wurm skriver på andra ställen i sitt kapitel att ickebinära personer kan "ha ett normativt feminint eller maskulint uttryck utan att detta medför en binär identitet" (sidan 144). Just detta att ickebinär könsidentitet inte behöver ha något med androgynitet att göra brukar ofta framhävas. Varför gör då Barker och Wurm alls kopplingen mellan personer som skattades som psykologiskt androgyna enligt Bems test för femtio år sedan och ickebinära idag? Om det är så att ickebinäritet faktiskt handlar om androgynitet så borde den logiska slutsatsen bli att det sätt man hanterade sin androgynitet på 70-talet, då kategorin ickebinär inte fanns, var betydligt mer gynnsamt för individen än det sätt man hanterar det på idag. Då levde man androgynt utan att disassociera från sitt biologiska kön och klarade sig bra utan exempelvis en tredje juridisk könskategori eller könsbekräftande vård. Nu är det "påtagligt slitsamt" att konfronteras med könsuppdelade omklädningsrum och könsuppdelad idrott (sidan 148). Kan det vara själva idén om att man måste radera ut sitt kön bara för att man inte är stereotypt maskulin eller feminin som skapar problem och gör att man mår dåligt?

Kanske menar Barker och Wurm helt enkelt att toleransen för androgynitet var större på 70-talet, och att det är för att denna tolerans har minskat som ickebinära mår dåligt idag. Det kan vara så att toleransen minskat. Vi ser konceptet ickebinär som ett tecken på denna intolerans; det vill säga att vår kultur inte kan omfamna könsöverskridande män och kvinnor utan att dessa måste definieras som något annat. Medan Bems test i sin historiska kontext var ägnat att visa att det var gynnsamt - för alla - att frigöra sig från rigida och stereotypa könsroller, gör Barker och Wurm en tolkning som pressar tillbaka människor in i könsrollerna. Den enda skillnaden är att man nu har lagt till en speciell roll för androgyna ickebinära till de maskulina männen och feminina kvinnorna, en roll som får inta en liknande högstatusposition som den manliga könsrollen i de traditionella tester Bem utmanade. Frågan är dock om inte könsrollstester som Bems är barn av sin tid som idag helt har spelat ut sin roll - utom inom den regressiva könsidentitetsideologin.

# 53

**E** Sidan 149. Barker och Wurm skriver: ”Insikten att ickebinära också kan uppleva könsdysfori och därmed ha behov av könsbekräftande vård var en viktig milstolpe i att främja hälsa och att sluta neka människor vård utifrån könsidentitet”. Det saknas evidens för att så kallad könsbekräftande vård främjar ickebinäras hälsa. Att inte erbjuda hormonbehandlingar och bröst- och könskirurgi till personer som identifierar sig som ickebinära är inte att ”neka människor vård utifrån könsidentitet” utan handlar om vård bör ges utifrån att patienten har en diagnos där det finns en behandling som har bevisad positiv effekt, och inte utifrån enbart patientens egen önskan om en viss behandling.

## Kapitel 8: "Självomsorg" av Meg-John Barker

# 54

**F** Sidan 152. Barker skriver: "Genomgående i det här kapitlet kommer begreppet "trans" att användas för alla personer vars könsidentitet inte överensstämmer med det kön som tilldelades vid födseln. Där innefattas transkvinnor, transmän, ickebinära personer och alla som funderar på sin identitet eller har ett könsöverskridande uttryck". Denna definition är självmotsägande. I första meningen pekas *könsidentitet* ut. I andra meningen inkluderas även alla med *könsöverskridande uttryck*. Det enda sättet att få detta logiskt sammanhängande är om man menar att *alla* personer som har könsöverskridande uttryck också har en könsidentitet som inte överensstämmer med födelsekönet. Detta är inte korrekt. Denna typ av glidning i begreppsdefinitionerna är typisk för könsidentitetsideologin. Å ena sidan är du trans om du själv identifierar dig som trans. Å andra sidan är du trans om du på något sätt bryter mot könsroller (dvs samtliga människor på jorden). Å ena sidan handlar trans bara om din egen identitet och upplevelse, å andra sidan är ditt utseende, din personlighet och varje fundering på om du skulle kunna tänkas vara trans ett tecken på att du är trans.

# 55

**A** **B** Sidan 152-153. Barker skriver: "Vi har också sett hur förekomsten av transfobisk diskriminering och transfobiska hatbrott samt psykisk ohälsa och självmord bland transpersoner ökat i många länder under de senaste åren". Det är tveksamt om detta stämmer. De källor (HRC och ILGA Europe) som Barker hänvisar till ger i alla fall inte belägg för påståendena.

Den rapport från HRC<sup>92</sup> som refereras behandlar dödligt våld mot transpersoner i USA (det vill säga oavsett om det fanns hatbrottsmotiv till våldet). Enligt rapporten dödades 47 transpersoner år 2021, varav 8 fall bedöms ha hatbrottsmotiv. Detta kan jämföras med HRC:s siffror för tidigare år: 23 personer 2016, 29 personer år 2017, 26 personer 2018, 27 personer 2019, 45 personer 2020, 41 personer 2022 och 32 personer 2023.<sup>93</sup> Detta är extremt låga siffror med tanke på att totalt 75 000 personer dödades av våld

i USA år 2021<sup>94</sup>. Siffrorna kan tolkas på två sätt: Antingen är transpersoner kraftigt underrepresenterade bland de som utsätts för dödligt våld, eller så upptäcker HRC mindre än en tiondel av alla fall. När mörkertalet är så stort så betyder förändringen i siffrorna år från år väldigt lite – det kan snarare handla om HRC:s metodik, hur offentliga dödsfallen var eller liknande. Här finns alltså inget belegg för någon ökning.

Den andra referensen till påståendet är en rapport på 155 sidor från ILGA Europe<sup>95</sup>. Det är ett politiskt dokument som recenserar lagar i olika länder och sammanfattar utveckling och särskilda händelser i länderna. Den innehåller inte någon samlad statistik över förändring över tid av diskriminering, hatbrott, självmord eller psykisk ohälsa bland transpersoner.

Det finns en del svensk statistik som Barker hade kunnat titta på för att bilda sig en uppfattning om läget. Exempelvis har anmälningar av transfobiska hatbrott minskat de senaste åren enligt statistik från Brottsförebyggande rådet.<sup>96</sup> De anmälda transfobiska hatbrotten minskade från 84 anmälningar år 2020 till 75 anmälningar 2022. Homofobiska hatbrott minskade under samma period från 283 till ca 160. Andra kategorier av hatbrott minskade också. (Statistik från perioden innan 2020 är inte jämförbar.)

## 56

**F** Sidan 153-154. Barker skriver: ”Det kan också vara viktigt att cispersoner tar hand om sig själva för att främja transpersoners mående.” Detta är väl inget fel i egentlig mening men det visar med all tydlighet vilken människosyn som Barker företräder: Om du inte är trans så är ditt enda värde att du kan stödja och främja transpersoner. Att så kallade cispersoner skulle behöva ta hand om sig själva för att må bra för sin egen skull kommer inte på fråga. Att en närståendes transition kan vara tärande för exempelvis partner och barn finns inte på kartan – transpersoner och framför allt deras identitet och transition ska alltid prioriteras. Forskning om anhöriga är ofta centrerad kring transpersonens upplevelse och behov snarare än den anhörigas upplevelse, men det finns i alla fall en svensk avhandling från 2007 som handlar om anhörigas erfarenheter.<sup>97</sup> Den finns inte med i referenslistan till boken.

# 57

**B** Sidan 157-159. Barker skriver en del om trauma i kapitlet om självomsorg. Kopplingen mellan trauma och transpersoner som görs är att transpersoner utsätts för olika traumatiserande upplevelser på grund av att de är trans (mobbing, förminskande av könsidentiteten, diskriminering, hatbrott m.m.). Barker nämner dock inte trauma som inte specifikt är kopplat till transidentiteten. Förekomsten av "adverse childhood experiences" hos barn och unga som söker transvård tas upp i en systematisk forskningsöversikt från 2023. Där konstateras att det finns relativt få studier på området men att de som finns pekar på att andelen som upplevt svårigheter, exempelvis försummelse, misshandel, föräldrar med sjukdom eller missbruk, sexuella övergrepp och fosterhemsplaceringar tycks vara hög.<sup>98</sup> En befolkningsstudie från Finland från 2023 har också visat ett samband mellan socioekonomisk och psykosocial utsatthet i familjen och transidentitet hos tonåringar.<sup>99</sup> En transforskare som idag har titeln "Chair in Transgender Studies"<sup>100</sup> föreslog i en tidig studie, baserat på utsagor från informanter som är transmän, att övergrepp i barndomen kan leda till transsexualism som ett slags försvarsmekanism.<sup>101</sup> Det finns dock ideologiska skäl att inte nämna att trauma kan finnas i bakgrunden när barn och unga identifierar sig som trans, eftersom den ideologiskt korrekta ståndpunkten är att trauma aldrig kan leda till könsdysfori. För att inte spä på eventuella idéer om att det kan finnas en koppling bör man alltså, som Barker, enbart prata om det trauma som orsakas av transfobi.

# 58

**E** Sidan 160-162. Barker rekommenderar att transpersoner ska ägna sig åt "vänlig självomsorg kopplad till kön". De aktiviteter som beskrivs går ut på att fundera kring sitt kön på olika sätt, att söka efter könseufori, att umgås med andra transpersoner och ta del av poddar och självbiografier om trans och kön. Barker ger inga referenser till forskning om huruvida dessa praktiker har effekt, utan hänvisar enbart till den egna självhjälpsboken på temat. Vi tror inte att detta är bra råd, eftersom det finns risk att fixering vid och ältande av könsidentitet leder till förvärrad könsdysfori. (Se vidare fel 39 och 40 (sidan 126 i *Trans*). Vidare rekommenderar Barker, under rubriken "Kollektiv självomsorg samt stöttande system och strukturer", att man som transperson ska fundera över sitt sammanhang på alla nivåer (jaget, relationer, communities och samhället) och söka sig till de sammanhang och personer som aktivt stöttar utforskandet av könsidentiteten och undvika de som utgör hinder. Exempelvis bör man välja vilka medier man konsumerar baserat på "hur stärkande informationen

är”. Barker ger inga referenser som stöd för rekommendationerna. Vi ser risker med att undvika personer och medier som kan ge andra perspektiv och enbart omge sig med information som stärker ens uppfattning. Det som upplevs som stärkande kan stärka ältandet och fixeringen snarare än personen. Undvikandebeteenden uppmuntras i normala fall inte inom psykologisk rådgivning, utan snarare brukar rådet vara att försöka öva på det som känns jobbigt för att stärka motståndskraften och lindra orostankarna.

## Kapitel 9: "Sexualitet och sexuell hälsa..." av Edward Summanen

### 59

**F** Sidan 171. Summanen skriver att begrepp som homo- och heterosexuell är cisnormativa och omöjliga att förhålla sig till som ickebinär. Resonemanget visar med all tydlighet hur Summanens syn på kön raderar ut betydelsen av och osynliggör homosexualitet, och varför många homosexuella klassificerar könsidentitetsideologin som homofobisk.<sup>102</sup> När kön inte finns så finns inte heller sexuella läggningar – allt handlar om förhandlingsbara preferenser. Lesbiska förväntas jobba på sig själva för att "komma över sin transfobi" och lära sig tända på heterosexuella män som identifierar sig som kvinnor. Att acceptera och hävda sin homosexualitet ses som transfobiskt. I stället har vi fått nya begrepp som monosexualitet och homonormativitet<sup>103</sup> som används för att peka ut homosexuella som privilegierade förtryckare, på samma sätt som cis används för att peka ut kvinnor som privilegierade.

### 60

**E** Sidan 171. Summanen tar upp olika typer av asexualitet (demisexuell, autosexuell, biromantisk, aromantisk) utan referens. Dessa begrepp har en kvasivetenskaplig karaktär. De har myntats inom ett teoretiskt ramverk där mänskliga erfarenheter plockas isär och etiketteras utan ambition att förstå människan som en helhet och hur olika aspekter av mänsklig sexualitet och relationer hänger samman. Antalet sexualiteter går precis som antalet könsidentiteter mot oändligheten där varje människas unika erfarenhet måste få en egen etikett. Summanen borde förtydliga att dessa begrepp och indelningar inte har något stöd i empirisk forskning utan är populärkulturella etiketter med ursprung i oerfarna tonårstjevers listskapande på plattformar som tumblr.<sup>104</sup>



# 61

**E F** Sidan 173. Summanen rekommenderar vårdpersonal att främst använda sig av könsneutrala termer för könsorgan och sexuella praktiker. Vi frågar oss vilka termer det är som avses här? ”Där nere” och ”könsumgänge”? Kanske ”framstjärt”? Hur ska vårdpersonal kunna kommunicera klart och tydligt om de inte kan använda könsspecifika ord för könsspecifika kroppsdelar och praktiker? Summanen rekommenderar också att fråga patienten vad hen använder för ord och anteckna dessa i journalen. Att detta skulle kunna öka risken för missförstånd och felbehandlingar tycks väga lätt jämfört med det psykologiska obehag som patienten kan uppleva om läkaren kallar en pung för en pung; denna risk diskuteras inte ens. Summanen ger ingen referens som stöd för rekommendationerna.

# 62

**D** Sidan 174. Under rubriken ”Kunskap förmedlad av transcommunities” refererar Summanen innehållet i broschyren ”Sex och trans” som är utgiven av RFSU, RFSL och RFSL Ungdom.<sup>105</sup> Vi noterar att denna broschyr inte längre går att ladda ner från RFSU:s hemsida. De verkar ha dragit öronen åt sig efter en del kritiska skrivelser om att denna mycket explicita broschyr återfunnits på en mellanstadieskola.<sup>106</sup> Den går dock fortfarande att ladda ner från RFSL:s hemsida. Summanen skriver: ”Broschyren är ett representativt exempel på all den kunskap som finns inom transcommunities (...) som många andra yrkesverksamma än så länge saknar”. En snabb genomläsning visar dock att broschyren innehåller en hel del missvisande eller rent felaktig information. På sidan 43 framställer man det som att det inte är någon större skillnad på hormonbehandling med östrogen och testosteron: ”Oavsett om man tar östrogen eller testosteron kan man bli kåtare när man påbörjar hormonbehandling.” Den etablerade kunskapen att testosteronbehandling av (biologiska) kvinnor vanligen ökar sexualdriften medan behandling med östrogen och testosteronblockerare för (biologiska) män vanligen dämpar sexualdriften framställs närmast som en myt. Man nämner att testosteronblockerare kan göra att ”penis blir mindre hård” men inte att det skulle kunna påverka förmågan att bli upphetsad. När det gäller underlivskirurgi så påstås på sidan 50 att borttagande av livmoder och äggstockar inte påverkar ”hur sex känns eller ens förmåga att få orgasm”. Men borttagande av äggstockarna innebär ju att man hamnar i klimakteriet, vilket enligt Vårdguiden kan leda till torra slemhinnor, smärta och minskad sexlust.<sup>107</sup> Både penisplastik och vaginoplastik framställs som relativt oproblematiske, där ”många kan få orgasm” efter kirurgi. Att risken för biverkningar inklusive känselbortfall är stor vid dessa operationer nämns

inte, men däremot påpekar man att en ”erhållen fitta lubricerar inte alltid”. Faktum är att kirurgiskt skapade hålrum som kallas en ”erhållen fitta” endast kan ”lubricera” om de klätts med tarm (en ytterst riskfylld teknik som används när penishuden inte räcker till) men denna mindre önskvärda ”lubrikation” är illaluktande och styrs av matsmältningen snarare än sexuell upphetsning.

Summanen må ha rätt i att denna broschyr är ett representativt exempel på den ”kunskap” som sprids inom transcommunities, tillsammans med myter som att gynekologer inte kan se skillnad på en ”erhållen fitta” och en riktig sådan, men yrkesverksamma bör nog vara vaksamma mot snarare än att anamma denna typ av skönmålningar och felaktigheter.

## 63

**A C** Sidan 175. Summanen skriver att Folkhälsomyndigheten i en rapport ”tar upp hur ens sexuella hälsa påverkas positivt när man blir bekräftad i sin könsidentitet, såväl av sin partner som av att genomgå könsbekräftande vård”. Rapporten som refereras är en intervjustudie där informanter rekryterades via RFSL och FPES. Rapporten återger och analyserar alltså vad ett antal personer som inte är representativa för gruppen transpersoner berättar om sina personliga upplevelser. Man kan utifrån denna typ av studie inte säga generellt att ”ens sexuella hälsa påverkas positivt” av det ena eller andra. Utöver denna invändning så är Folkhälsomyndighetens resultat mer tvetydigt än vad Summanen återger. Exempelvis berättar flera personer om hur medicinska behandlingar medfört svårigheter på det sexuella området (sidan 33, 35, 36).<sup>108</sup>

## 64

**E** Sidan 175 (E). Summanen skriver att ”förmågan till njutning kvarstår” vid behandling med testosteronblockerare, och ger ingen referens. Detta är ett missvisande påstående då testosteronblockerare minskar sexualdriften (och inte enbart förmågan till erektion som Summanen nämner). Snarlika preparat har använts för medicinsk kastration av sexualbrottslingar, och biverkningarna vid användning mot prostatacancer är välkända.<sup>109</sup>

## Kapitel 10: "Variationer i fysiska könskaraktäristika" av Tove Lundberg

### 65

**D** Sidan 185. Lundberg skriver att så många som 2% av världens befolkning kan ha en atypisk könsutveckling, med hänvisning till en artikel av Blackless et al. från 2020.<sup>110</sup> Denna studie har fått kritik för att kraftigt överskatta antalet individer med avvikelser i könsutvecklingen. Dels har Carrie Hull gått igenom de siffror som ligger bakom skattningen och funnit metodologiska fel, där Hulls noggrannare skattning från samma material som Blackless använde hamnar på 0,373%.<sup>111</sup> En annan kritik som framförts av Leonard Sax är att siffrorna från Blackless' artikel ofta tolkas som att 1,7% eller 2% är intersex. Uppskattningen inkluderar dock flera tillstånd där könstillhörigheten inte är oklar, och där termen intersex inte är lämplig. Sax uppskattar att andelen som är intersex är 0,018%.<sup>112</sup> Lundberg är tydlig med att siffran 2% täcker in fler än de individer som har en oklar könstillhörighet, men borde ändå ta kritiken i beaktande och korrigera ner den kraftigt överskattade siffran, som tyvärr fått ett eget liv bland mindre nogräknade queerforskare och aktivister.<sup>113</sup>

### 66

**B** Sidan 193. Lundberg refererar Socialstyrelsens rekommendationer för vård för personer med tillstånd som påverkar könsutvecklingen (DSD), och avslutar med att skriva att dessa rekommendationer borde ges till alla föräldrar, inte bara de som har barn med DSD, det vill säga rådet att "bedömningen av vilket kön ett barn bör växa upp i kan ändras utifrån barnets eget uttryck och identitet", med hänvisning till en artikel av Paechter.<sup>114</sup> Lundberg förklarar inte att Socialstyrelsens rekommendationer för vård av DSD:er baseras på en analys av den vetenskapliga evidensen för olika behandlingar för specifika tillstånd, medan Paechters ståndpunkt baseras på en diskussion om barns intressen eller rättigheter utifrån ett juridiskt perspektiv. Det finns inte evidens för att social transition har positiv effekt på den psykiska hälsan hos barn och unga med könsdysfori, men det finns indikationer att social transition i barndomen kan öka sannolikheten för att könsdysforin blir bestående. (Vi går igenom mer kring detta under fel 30.)

# 67

**B** Sidan 193. Lundberg återger en debatt om skillnader och likheter mellan intersex och trans, där en ståndpunkt är att transpersoner kan anses ha intersexvariationer i hjärnan. Eftersom idén om att transpersoner har en kvinnlig hjärna i en manlig kropp eller vice versa är ganska vanlig tycker vi att det är på sin plats att förklara vad forskningen säger om saken. Det finns en systematisk forskningsöversikt som går igenom forskning om skillnader i hjärnan relaterade till könsidentitet och sexuell läggning. Denna kommer fram till att de studier som finns är otillräckliga för att dra någon slutsats. Flera problemområden med de studier som finns lyfts upp, dels att man inte har differentierat mellan homo- och heterosexuella i studier om könsidentitet och dels att man inte differentierat mellan de som fått könsbekräftande vård och inte. Detta gör att det inte går att veta om de eventuella skillnader man hittat är kopplade till sexuell läggning eller könsidentitet, och att man inte vet hur exempelvis hormonbehandlingar påverkar resultaten.<sup>115</sup>

## Kapitel 11: "Trans och feminism" av Edward Summanen

# 68

**B E** Sidan 203–205. Enligt Summanen kännetecknas rätt sorts feminism av att "det förtryck och våld som ciskvinnor och transpersoner av alla kön möter ses som del av samma patriarkala struktur/könsmaktsordning" (s.203) och av insikten att "vita, västerländska heterosexuella cismän är normen" (s.204) (till skillnad från en "förenklad" könsanalys). Samtidigt menar Summanen att "feministiska rörelser är präglade av vita heterosexuella ciskvinnor" (s. 205) och att "en viss grupp av kvinnor varit (och är) tongivande i att bestämma den feministiska agendan utifrån sin till stor del normativa och privilegierade position som vita, heterosexuella, cis och medelklass" (s. 205). Den enda referens som ges till denna historieskrivning är Fanny Ambjörnssons bok *Vad är queer?*. Summanen framställer genomgående feminismen som att den inte har, eller åtminstone inte bör ha, något särskilt med kvinnor att göra. Ifrågasättanden av om transfrågor per automatik är feministiska frågor likställs med att vilja exkludera lesbiska eller "rasifierade" från den feministiska rörelsen, och feminister utmålas generellt som privilegierade ragator ifall de inte genast nedprioriterar kvinnors intressen till förmån för andra grupper. Summanen använder genomgående det bedrägliga ordet "transpersoner" för att låta påskina att friktionerna med feminism är oberoende av kön.

# 69

**B** Sidan 206. "Retoriken som transnegativa cisfeminister för fram i nutid är väldigt lik den som lyfts i exempelvis Janice Raymonds *The transsexual empire: the making of the she-male*, som kom redan år 1979." Summanen bryr sig dock inte om att förklara eller diskutera denna "retorik", eller för den delen ens läsa boken. Den korta summering som ges av Raymonds bok hänvisar till en andrahandskälla. Summanen går sedan raskt över till att ge transkvinnan Sandy Stones motskrift *The empire strikes back* mer utrymme. Här ligger dock betoningen på Stones beskrivning av hur transpersoner justerar sitt beteende i kontakt med vården för att passa in på diagnosen och beviljas kirurgi, vilket är irrelevant i relation till Raymonds kritik. Vi rekommenderar att gå till källan och skapa sig en egen uppfattning om Raymonds bok, som finns gratis tillgänglig på nätet.<sup>116</sup>

# 70

**A E** Sidan 207. Summanen skriver ”Men ointresse för eller ilska mot transpersoner gör att en del ciskvinnor inte reflekterar över transpersoners livsvillkor eller ser likheter i erfarenheter.” Det är väldigt magstarkt av Summanen att tillskriva kvinnor motiven ”ointresse” och ”ilska” till att inte vilja likställa feministisk kamp med transkamp. Dessutom, om nu kvinnorna till äventyrs är ”ilskna” kanske det kan finnas skäl att ta reda på varför och om ilskan är berättigad? Det är väldigt tydligt av hela kapitlet att Summanen själv är både ilsknen på ”cisfeminister” och totalt ointresserad av att sätta sig in i deras perspektiv. Frågan är varför Summanen nödvändigtvis måste göra anspråk på ordet ”feminism” och inte kan nöja sig med att vara transaktivist?

Därefter summerar Summanen tredje vågens feministiska ”sexkrig” och hävdar att queeraktivismen ”var mer inkluderande och intersektionell”, underförstått än radikalfeminismen. Källa saknas, och det stämmer inte med den något mer nyanserade historieskrivning som görs i *Vad är queer?*. Summanen ignorerar radikalfeminismens lesbiska, svarta och socialistiska historia – se till exempel The Combahee River Collective, som knappast var några ”queerfeminister”. I en fotnot påstås att queerteori är ”influerat av postkolonial teori” och därför centrerar ”ras, hudfärg och etnicitet”. Det tveksamma påståendet om postkoloniala influenser återfinns på sidan 67 i *Vad är queer?*, men Ambjörnsson påstår inte att detta skulle vara något centralt inslag i queerteorin utan går pliktskyldigt på några sidor igenom queerteoretiker som diskuterat dessa teman. Vi skulle dock hävda att såväl queerteorin som den svenska queerfeminismen är en synnerligen vit, medelklassig och akademisk rörelse. De enda grupper den tydligt ”inkluderar” i jämförelse med radikalfeminism är män och förespråkare av sexindustrin (radikalfeminismen inkluderar såklart sexindustrins offer, se t.ex. Catharine MacKinnon, Andrea Dworkin, Julie Bindel och Kajsa Ekis Ekman).<sup>117</sup>

# 71

**B E F** Sidan 209-210. Här använder Summanen det nedsättande epitetet ”TERF” (för ”transexkluderande radikalfeminist”) och hävdar att ”vissa omfamnar det”. Att vissa som ständigt blir utsatta för glåpordet har ”återtagit” det genom att skoja med och kärleksfullt anamma det innebär dock inte att det är en neutral term. Det myntades som skällsord och används fortfarande i mycket hög utsträckning som skällsord i syfte att tysta och skuldbelägga kvinnor, ofta åtföljt av

hot om (sexuellt) våld.<sup>118</sup> Det är verkligen inte särskilt feministiskt av Summanen att kalla medsystar för misogyn glåpord som ”TERF”. Summanen försöker till och med, med hänvisning till Sara Ahmed, att frånta feminister rätten att beskriva sig själva med det mer neutrala epitetet ”genuskritisk”. Det är minsann transrörelsen som är de sant ”genuskritiska” - men på nästa sida är ”genuskritisk” plötsligt synonymt med ”kritisk till transpersoners rättigheter”, ett fult ord förknippat med ”antigenus” som inte ens ”TERFs” borde vilja befatta sig med. Förvirringen är total.

## 72

**A B D E** Sidan 210. Här görs ett stort nummer av rapporten *Swedish anti-gender movements* som (den före detta RFSL-ordföranden) Ulrika Westerlund har skrivit för Miljöpartiet. Westerlund lutar sig i sin tur tungt på rapporter skrivna av Elena Zacharenko som främst berör konservativt motstånd mot reproduktiva rättigheter inom EU. Hennes egna fynd från den svenska kontexten är ytterst tunna.<sup>119</sup> Det hade varit klädsamt att hänvisa till mer seriös forskning om antigenusrörelser av ledande namn inom fältet som Eszter Kováts, som dock inte stödjer Summanens och Westerlunds förenklade och svartvita världsbild.<sup>120</sup> Summanen beskriver antigenusrörelsens metoder som ”avsiktligt vilseledande information i form av falska anklagelser, förtal samt förvrängningar av lagförslag och forskning”, och hävdar lite längre ner att ”metoderna är samma oavsett om avsändaren är en högerextrem grupp eller TERFs”. Referenserna till Westerlunds rapport ger intryck av att det är hon som tillskriver ”TERFs” dessa metoder, men till hennes försvar gör hon faktiskt inte det. Westerlund skriver uttryckligen att hon inte fokuserat på ”the growing anti-trans part of the feminist movement”, som hon menar bör kartläggas i en senare rapport (s. 4).<sup>121</sup> Summanen borde kanske titta sig själv i spegeln vad gäller anklagelserna om vilseledande information och förtal.

## 73

**A D** Sidan 211. Artikeln ”Antitrans-allians” av Anna Dahlqvist i tidningen *Ottar*, som beskrivs som ett ”granskande reportage” (och där Summanen själv intervjuas), får en hel sida av utrymmet. I artikelns ingress utlovas att *Ottar* ”avslöjar kopplingar” mellan föräldragruppen Genid, konservativa kristna och radikalfeminister. För det första är det varken olagligt eller omoraliskt för olika grupper att samarbeta eller bilda tillfälliga koalitioner, så frågan är vad ”avslöjandet” ens går ut på. Dahlqvist tvingas dock efter lite halvhjärtat snokande och spekulerande konstatera: ”I Sverige

finns inte belägg för ett organiserat samarbete mellan Genid, konservativa kristna och radikalfeminister." Denna brist på belägg för artikelns huvudtes försöker hon skyla över genom att upprepa frasen "ohelig allians" väldigt många gånger. Summanen tycks ha tagit till sig andemeningen snarare än sakinnehållet och summerar artikeln som att den "konstaterar att det förekommer överraskande samarbeten", även om dessa "samarbeten" främst tycks bestå av att man "använder samma retorik". Summanen vrider över huvud taget upp det redan snaskiga tonläget i Dahlqvists artikel ytterligare några snäpp och får det till att föräldragrupperna i fråga bara "påstår sig samla närstående till transpersoner" men i själva verket "har en konservativ kristen agenda" och "sprider konspirationsteorier". Vem är det som sprider konspirationsteorier här egentligen? Dahlqvists använder inte ordet "konspirationsteori". Det är inte heller Dahlqvist som likställer "att lära sig att acceptera kroppen man fötts med" med "omvändelseterapi", utan även detta är Summanens eget tillägg, som på grund av undermålig referatteknik och referenshantering tycks tillskrivas Dahlqvist. Dahlqvists artikel har åldrats mycket illa, då de grupper hon försöker svartmåla har fått rätt i sina farhågor om transvårdens bristande evidens, som framgår av bland annat SBU:s forskningsöversikter om hormonbehandling, Socialstyrelsens nya kunskapsstöd och liknande genomgångar i andra länder, som brittiska *The Cass Review*.<sup>122</sup>

## 74

**E** **F** Sidan 212-214. Under rubriken "Könsidentitet som fastlåsende av könsroller" försöker Summanen bemöta det feministiska argumentet att transidentiteter befäster genussystemet. Problemet är att feministerna har rätt: som Bernice Hausman visar med sin historiska analys i boken *Changing Sex* (1995) är "könsidentitet" bokstavligen ett "fastlåsende av könsroller". Konceptet myntades av etiskt tvivelaktiga sexologer som John Money och Robert Stoller som ett svar på nya medicintekniska möjligheter att kirurgiskt och hormonellt behandla spädbarn med DSD:er. För att motivera dessa radikala, irreversibla ingrepp behövdes ett begrepp om "könsidentitet" som något som dels trumfadede det biologiska könet och dels var fast och oföränderligt. Idén överfördes snart från DSD:er till transsexualism, där det på liknande sätt användes för att motivera medicinska ingrepp för att få kroppen att överensstämma med "könsidentiteten". "Transpersonen" är en social konstruktion av relativt färskt historiskt datum. Men Summanen är trans-essentialist och har inget att säga om socialisering eller kulturella konstruktioner. Könsidentiteter, inklusive ickebinära, är något som mystiskt bara är.



# 75

**E F** Sidan 214–215 (E, F). ”Det är nog få som argumenterar emot att det är en mer korrekt beskrivning av verkligheten att säga ’personer som kan bli gravida’ i stället för ’kvinnor’ när det kommer till behov av aborträtt.” Här gör Summanen vilda antaganden som tydligt visar vilken trång åsiktskorridor eller filterbubbla boken är skriven inifrån. De allra flesta människor vet att gruppen ”kvinnor” sammanfaller med ”personer som kan bli gravida” och ser inget behov av tillkrånglat språkbruk. Även om inte *alla* kvinnor kan bli gravida (t.ex. för att de genomgått klimakteriet, opererat bort livmodern eller satt in spiral) är det *bara* kvinnor som kan bli gravida, och frågan om aborträtt berör alltså gruppen kvinnor – en basal feministisk insikt. Om Summanen har problem med detta föreslår vi att Summanen definierar om ordet ”kvinna” för sig själv så att det omfattar människor av honkön oavsett eventuell könsidentitet, i stället för att kräva av andra, t.ex. feminister, att stå för omdefinitionerna och anpassningarna i språkbruk. Redan på nästa sida säger Summanen emot sig själv: ”Påståenden om att transrättsrörelsen vill ersätta ordet ’kvinna’ med begrepp som ’livmoderbärare’ hörs från antitransrörelsen men har ingen faktisk förankring inom transrättsrörelsen.” Så bra, då kan vi alla enas om att *inte* ersätta ordet ”kvinna” med exempelvis ”person som kan bli gravid”! Vi undrar dock om Summanen genom sitt arbete i RFSL och Transammans möjligen har någon insikt i varför trans/queer/hbtq-rörelsen driver frågan om ”könsneutralt” språkbruk (t.ex. i Föräldrabalken) och att radera ordet ”kvinna” (t.ex. i 1177 Vårdguiden) om nu detta inte efterfrågas av transpersoner själva?

# 76

**B E** Sidan 216. Apropå ändringar i könstillhörighetslagen i riktning mot ”self-ID” (självdefinition av juridiskt kön) skriver Summanen: ”Jämställdhetsarbete utifrån könsuppdelad statistik påverkas inte, och risken att cismän med ont uppsåt skulle få tillgång till könsuppdelade utrymmen avsedda för att skydda kvinnor bedöms vara obefintlig.” Inga som helst belägg ges för dessa påståenden.<sup>123</sup>

## 77

**A** **B** Sidan 217. Summanen påstår att ”ciskvinnor” med höga testosteronnivåer kan behöva sänka dessa för att tävla mot andra kvinnor. Hänvisningen går till RFSL-skriften *Trans & idrott: ingen ska lämnas utanför*, redigerad av Mathilda Piehl. (En sökning på Piehl visar att hon är ”kommunikationschef” utan relevant expertis. Skriften är samförfattad så att det inte framgår vem som har skrivit vad och mycket sparsam med referenser.) Går man till källan visar det sig dock handla om ”[k]vinnliga idrottare som är intersex” (s. 33), en intressant detalj att utelämna. Följdfrågan som inte besvaras är vilka ”intersextillstånd” (eller DSD:er) det rör sig om och ifall de berörda idrottarna tekniskt sett är av kvinnokön (och inte bara sociala eller juridiska kvinnor). Normala testosteronvärden för män respektive kvinnor överlappar inte ens.<sup>124</sup> Frågan är också varför Summanen verkar tycka att det är en bra idé att sätta upp mer eller mindre godtyckliga testosterongränser och tvinga atleter att medicinera för att sänka dem i stället för att helt enkelt upprätthålla könsklasser inom idrott, då det avgörande övertag beror på en genomgången manlig pubertet och inte på nuvarande testosteronnivå.<sup>125</sup>

## 78

**B** **E** Sidan 217. ”I många idrottsgrenar är ökad muskelmassa och testosteron en styrka, men inte alla.” Summanen ger inga exempel på idrottsgrenar där det *inte* skulle vara det, men vi får förmoda att det rör sig om de idrottsgrenar som idag inte är könsuppdelade, det vill säga i princip bara häst- och motorsport. Damklasser i idrott existerar ju för att kvinnor över huvud taget ska kunna idrotta på säkra och rättvisa villkor – utan dem är de automatiskt exkluderade från all tävlingsidrott. En enkel jämförelse av kvinnliga och manliga världsrekord visar varför. Summanen tycker att det är ”intressant att fundera på” varför andra ”genetiska fördelar” är mindre kontroversiella än könsdimorfism, och påstår att det bara ”efterfrågas förbud mot transpersoners deltagande”. Det framgår inte vad det är för ”förbud” Summanen syftar på, vem som skulle efterfråga dem eller varför, så påståendet är svårt att bemöta. Vad som kan sägas är att ”herrklassen” i de flesta idrotter är öppen för alla som kvalar in, oavsett om de är sällsynt exceptionella kvinnor eller transkvinnor, så något exkluderingsproblem för transkvinnor inom idrott existerar helt enkelt inte. De transkvinnor som idag tävlar i damklassen är ofta mediokra, överåriga och överviktiga för att vara atleter. De har alltså ett orättvist övertag jämfört med kvinnor i betydligt bättre form även om de inte vinner varje gång. Transmän utgör ett knivigare problem

då de testosterondopar sig på ett sätt som ger orättvist övertag i damklassen men sällan räcker långt i herrklassen. Men transmän är märkligt frånvarande från hela diskussionen om ”transinkludering” i idrott – kan detta ointresse för biologiska kvinnors situation möjligen ha något med den där könsmaktsordningen att göra...?

## 79

**B E F** Sidan 217. ”Det finns även en förenklad bild av att alla transkvinnor är starkare och längre än alla ciskvinnor.” Detta är en skamlös ”halmgubbe”. Det är ju ingen som påstår att varenda transkvinna i hela världen skulle vara starkare och längre än samtliga kvinnor, och det är för övrigt ganska irrelevant om det skulle vara så. Män är i genomsnitt starkare och längre än kvinnor på gruppnivå. Det är också män som grupp som utesluts från exempelvis damernas omklädningsrum. I Summanens värld skulle man behöva sätta upp ett armbrytningsbås i dörren för att avgöra vilka män som ska släppas in och inte. Intressanta följdfrågor uppstår som ifall en man måste vara svagare än *samtliga* kvinnor för att bli insläppt, eller ifall det räcker med att det finns *en* starkare kvinna närvarande för att försvara de övriga? Och ska kvinnliga tyngdlyftare byta om på herrarnas för att inte utgöra ett hot mot andra kvinnor?<sup>126</sup>

”För den som vill fördjupa sig finns mycket att läsa och ta del av, både om könsblandad idrott och om regelverk.” skriver Summanen i nästa mening, men ger inte ett enda lästips. Den enda referens till kapitlet som över huvud taget berör idrott är RFSL-skriften *Trans & idrott*, som dock inte innehåller någon matnyttig information. Summanen hade kunnat hänvisa exempelvis till idrottsvetaren Tommy Lundberg som forskar om fysiologi eller filosofen Jon Pike som inriktar sig på etiska frågor kring rättvisa i idrott, men dessa kommer dessvärre inte fram till de önskade ”transinkluderande” slutsatserna. Forskningsläget om transpersoner i idrott är helt entydigt oavsett forskarnas ideologiska ståndpunkt: en manlig pubertet ger övertag i t.ex. styrka, snabbhet, storlek och skelettproportioner som hormonbehandling i vuxen ålder har en mycket begränsad inverkan på.<sup>127</sup>

# 80

**E F** Sidan 217. ”Oron över vad transpersoners rättigheter kan innebära för ciskvinnors livsvillkor tenderar dock att ha väldigt lite förankring i verkligheten.” Som vanligt ges ingen underbyggnad till svepande påståenden som detta. Det är dessutom ett fult och osakligt debattknep att tillskriva meningsmotståndare känslomässiga motiv som rädsla, ilska, hat eller äckel (jämför överanvändningen av transfobi-anklagelser). För någon som själv vill kalla sig feminist är det ganska anmärkningsvärt att på detta sätt försöka avfärda kvinnor som irrationella hysterikor. Men att feminister har panik i onödan och borde lugna ner sig tycks vara det enda argument Summanens sida har, flitigt använt även av tunga namn som Judith Butler.<sup>128</sup>

## Kapitel 12: "Detransition och olika former av ånger" av Edward Summanen

### 81

**A D** Sidan 224. "Detransition kan innebära att den könsbekräftande behandlingen inte var rätt för personen, men allra vanligast är att detransitionera på grund av omgivningens påtryckningar." Den källa som anges för detta är en forskningsöversikt av Bustos et al. om ånger efter könskirurgi.<sup>129</sup> Bustos et al. hävdar: "The most prevalent reason for regret was the difficulty/dissatisfaction/acceptance in life with the new gender role." (s. 5). Detta skiftar ett par sidor senare till: "Overall, the most common reason for regret was psychosocial circumstances, particularly due to difficulties generated by return to society with the new gender in both social and family environments." (s. 7-8). Det är mycket oklart vad Bustos et al. baserar denna uppskattning på, då den inte överensstämmer med den klassificering av orsaker till ånger de påstår sig följa och även använder i sina tabeller. Ånger på grund av "psykosociala omständigheter" ställs närmast i motsättning till ånger på grund av otillfredsställande operationsresultat, och Bustos et al. skiljer egentligen inte på yttre/sociala och inre/psykologiska orsaker till ånger eller detransition. Det är därför missvisande av Summanen att använda artikeln som källa till påståendet att detransition oftast beror på "omgivningens påtryckningar". Däremot är det fullt begripligt att bli förvirrad i försöken att förstå denna undermåliga forskningsartikel. Summanen borde ha bett någon med vetenskaplig kompetens om hjälp med att tolka och värdera litteraturen.

### 82

**B E F** Sidan 225 (B, E, F). Här varnar Summanen för att överföra siffror på ånger och detransition för andra länder till svenska förhållanden, "där vård ges först efter en omfattande könsdysforiutredning och där det screenas för andra tillstånd som skulle kunna misstas för könsdysfori". Det är lustigt att samma transaktivister som aktivt lobbar för att minimera utredningstiderna och ta bort all form av differentialdiagnostik till förmån för en informerad samtyckes-modell där patientens självdiagnostik (=identitet) bekräftas, samtidigt alltid drar upp de långa och gedigna utredningarna för att lugna meningsmotståndare. På andra ställen i boken uttrycker Summanen att ifrågasätta någons könsdysfori eller transidentitet

är detsamma som ”omvändelseterapi” (se t.ex. s. 211), så hur skulle denna påstådda ”screening” ens gå till?

## 83

**B D** Sidan 227. Socialstyrelsens kunskapsstöd om vuxna med könsdysfori citeras om att ”få ångrar sin medicinska könskorrigering”. Sedan dess har emellertid ett nytt kunskapsstöd om barn och unga med könsdysfori kommit ut, och i det tas förekomsten av detransition upp som skäl till försiktighet vid behandling. I SBU:s forskningsöversikt om hormonbehandling för barn och unga står det att det inte går att bedöma hur vanligt förekommande det är (s. 27).<sup>130</sup> Det nya kunskapsstödet nämns på andra ställen i boken, vilket tyder på att det har utelämnats med flit snarare än att inte ha hunnits med innan boken gick i tryck.

## 84

**D** Sidan 227. Här tas Bustos et al. upp igen och Summanen återger slutsatsen att ”förekomsten av ånger är extremt låg”, närmare bestämt 1%. Det stämmer att Bustos et al. drar denna slutsats, däremot är det ytterst tveksamt om de har fog för det med tanke på att både deras egen metastudie och majoriteten av de studier som ingår i den håller mycket låg kvalitet.<sup>131</sup> Sanningen är att vi inte vet eftersom heltäckande, högkvalitativa uppföljningar av patientgruppen saknas. Nyare studier som bland annat har följt upp hur många som upphör med hormonbehandling ger helt andra siffror på uppemot 30%.<sup>132</sup> En pinfärsch finsk registerstudie visar att 8% av samtliga som fått recept på könskonträr hormonbehandling av transvården slutat ta hormonerna.<sup>133</sup>

## 85

**B D F** Sidan 228. Här refereras en studie av Turban et al. som metodologiskt är ytterst tveksam då den försöker studera detransition genom att undersöka svaren i en enkätstudie *riktad enbart till transpersoner*.<sup>134</sup> Trots urvalet uppgav hela 13% någon form av detransitionserfarenhet. Summanen skriver: ”Värt att poängtera är också att detransition framför allt var förknippad med press utifrån,

inte att personen insett att hen inte var transperson.” Detta verkar inte särskilt anmärkningsvärt i en studie som *per definition* utesluter personer som ”insett att hen inte var transperson” ur urvalet.

## 86

**A B** Sidan 228–229. Här refereras en studie där 317 socialt och ofta även medicinskt transitionerade barn följts under fem år, och där de äldsta var 17 år gamla vid studiens slut. Efter de fem år som studien varade hade 2,5% slutat att identifiera sig som trans, 3,5% börjat identifiera sig som ”ickebinära”, och återstående 94% höll fast vid sin transidentitet.<sup>135</sup> Detta beskrivs som att ”detransition var mycket ovanligt hos denna grupp”. Det är dock tveksamt om 6% efter bara fem år och vid en maxålder av 17 år verkligen kan beskrivas som ”ovanligt”.<sup>136</sup> En del av barnen var pubertetsblockerade och andra så unga att de sannolikt inte kommit i puberteten än vid studiens slut, och det är vanligt att könsdysfori i barndomen upphör under puberteten – i upp till ca 80% av fallen.<sup>137</sup> Till skillnad från i de äldre studierna hade dessa barn redan transitionerats socialt vid studiestart och transitionerades ofta medicinskt under studiens gång, vilket gör detransition svårare och mer osannolikt.<sup>138</sup>

## 87

**B C** Sidan 229. ”Den vanligaste anledningen till detransition är att de sociala konsekvenserna av att leva i enlighet med ens könsidentitet upplevs vara för stora.” Påståendet upprepas denna gång med referens till både Bustos et al. och Turban et al. Båda dessa studier har allvarliga metodbrister som vi redan har berört, och det går inte att säga vad den ”vanligaste” anledningen är utifrån dem. De bästa studier som finns specifikt om detransition, och som inte stödjer denna uppfattning, utelämnas (se vidare fel 88). Summanen väljer att ge studien av Turban et al. mycket utrymme och behandla den som representativ för forskning om detransition, *trots att den per definition inte handlar om personer som detransitionerat*. Den enda anledning vi kan se till denna ”cherry picking” är att studien bekräftar Summanens egen förutfattade mening om att detransition oftast sker ofrivilligt.

Samma påstående återkommer i sammanfattningen på sidan 237: ”Detransition beror främst på brist på stöd från närstående eller transfobi i samhället. Det krävs därför förändringar i omgivningens attityder så att fler ska kunna leva i enlighet med sin könsidentitet.” Där påtalas också vikten av mer forskning, men bara på gruppen

”transpersoner som detransitionerat på grund av omgivningens påtryckningar”. Det är tydligt att mer forskning eller kunskap om gruppen egentliga detransitionerare inte är önskvärd, då dessa hotar transaktivismens världsbild.

## 88

**B C E F** Sidan 230–231. ”Den erfarenhet av detransition som oftast syns i media men som verkar vara mycket mindre vanlig (men inte desto mindre svår) är när den könsbekräftande vården var fel för personen och att hen inte upplevde könsdysfori.” Det går inte att avgöra på vilka grunder Summanen påstår att denna detransitionserfarenhet skulle vara ”mycket mindre vanlig”. Möjligen är det ett slutledningsfel baserat på att enkäten som används av Turban et al. har ett stort antal svarande, medan övrig forskning om detransition består av mindre enkät-, intervju- och fallstudier. Som Summanen själv skriver på s. 228 var det dock ”inte ett slumpmässigt urval eller en enkät enbart om detransition” – eller över huvud taget om detransition eller riktad till detransitionerade! – och därför går det inte att göra denna typ av jämförelse. Meningen innehåller ett ytterligare slutledningsfel då Summanen på oklara grunder läser in att denna grupp ”inte upplevde könsdysfori”. Kanske är detta ett cirkelresonemang som går ut på att om den könsbekräftade vården visade sig vara fel så betyder det att personen aldrig upplevde könsdysfori. Summanen säger dock emot sig själv redan på samma sida, och medger att ”personen där och då uppfyllde de kriterier som finns för att diagnosticeras med könsdysfori”.

Som exempel på den ”mindre vanliga” erfarenheten nämns Elie Vandenbussches enkätstudie om detransition.<sup>139</sup> Summanen gör sitt bästa för att misstänkliggöra denna studie, bland annat genom att hävda att den spreds på forum ”med en tydlig politisk prägel”. Det är ganska magstarkt att kalla hemsidan Post-Trans av och för kvinnliga detransitionerare för ”politisk”, med tanke på att enkäten i studien av Turban et al. spreds genom klart politiska trans- och hbtq-organisationer av den typ Summanen själv företräder. Summanen menar att Vandenbussches enkät fångade ”en specifik målgrupp, nämligen personer som identifierar sig som detransitioners och inte längre ser sig som transpersoner”, ”en av subgrupperna under paraplybegreppet detransition”. Det är ganska märkligt att beskriva detransitionerade som en speciell subgrupp av detransitionerade. Självklart är det också intressant att forska om gruppen som detransitionerat socialt eller medicinsk av olika skäl utan att överge sin personliga transidentitet, men att som Summanen gör framställa denna subgrupp som normen för detransition stöds inte av forskningsläget.<sup>140</sup> Lisa Littmans forskning om detransition, som i mångt och mycket stödjer Vandenbussches fynd, utelämnas helt.<sup>141</sup> Vi förstår att processen från manus till tryckt bok är lång och att det inte går att få med allt, men med tanke på att Littmans första studie publicerades innan Vandenbussches framstår



det som att Littmans forskning ignorerats som straff för hennes misshagliga ROGD-hypotes (se fel 33).

## 89

**B C D** Sidan 231. ”För barn som kommit ut som transpersoner verkar åren 10–13 år vara en avgörande tidpunkt. Om könsidentiteten fortsätter vara stabil under och efter dessa år, kan den antas vara fortsatt stabil genom livet.” Denna uppgift är hämtad i andra hand ur den ovan nämnda studien av socialt och medicinskt transitionerade barn. Den studien kan inte stödja antagandet då barnen endast följts upp till 8–17 år, och dessutom utsatts för aktiva interventioner som riskerar att påverka utfallet. Källan visar sig vara en intervjustudie med 25 ungdomar 14–18 år som varit i kontakt med den nederländska transvården, varav knappt hälften valt att inte gå vidare med medicinsk transition.<sup>142</sup> I slutsatserna varnar forskarna uttryckligen för att transitionera barn innan 10 års ålder på grund av det osäkra utfallet. Inte heller denna studie kan dock säga något om livstidsutfallet, och att basera kliniska rekommendationer på en icke-representativ, småskalig intervjustudie verkar våghalsigt.<sup>143</sup>

## 90

**F** Sidan 232–3 (F). Här propsar Summanen på att det inte bör ses som detransition om en person får hormonbehandling under könsdysforiutredning och sedan väljer att inte gå vidare med transition. (Frågan uppstår varför irreversibel medicinsk behandling ges innan diagnosen är satt.) Detta trots att det solklart faller under standarddefinitionen av ”detransition”. Huvudsyftet med kapitlet tycks vara att förminska och bortförklara ånger och detransition på alla sätt som går. Å ena sidan räknas inte social detransition, å andra sidan räknas inte enbart medicinsk heller. Å ena sidan räknas inte ånger på grund av medicinska komplikationer, å andra sidan räknas inte ånger på grund av psykosociala faktorer heller. Inget av detta slingrande stämmer överens med den presentation av begreppet som görs i kapitlets inledning (ett ”paraplybegrepp” för ”medicinsk”, ”juridisk” och ”social” detransition, med eller utan ändring av könsidentiteten, s. 224). Det hedrar dock Summanen att ta upp erfarenheten att inte kunna eller våga detransitionera bl.a. av oro för att bli utfrysad ur transcommunityt.

# 91

**C D** Sidan 234. ”Att flertalet i denna intervjustudie heller inte upplevde ånger när det gällde själv vården visar att detransition och ånger är komplext och rymmer en bredd av upplevelser.” Detta summerar en konferenspresentation baserad på 20 intervjuer med detransitionärer i åldern 16–25 år. Av den publicerade studien framgår det dock att endast 13 av 20 genomgått medicinsk transition, och att flertalet av dessa uttryckte negativa känslor som ånger och ”omvänd dysfori”, även om detta inte är något författarna väljer att lyfta i sammanfattningen.<sup>144</sup>

# 92

**B F** Sidan 235. Resultat från Vandenbussches studie summeras med kommentaren att studien är ”ett värdefullt verktyg för att särskilt förstå behov hos detransitionerade kvinnor med internaliserad homofobi och utbredd psykisk ohälsa”. Återigen försöker Summanen misstänkliggöra forskning som inte kommer fram till de önskade slutsatserna genom att framställa just dessa detransitionärer som särfall. Vi vet inte hur representativa Vandenbussches informanter är, men profilen överensstämmer med flera andra studier om detransition. Andelen som var diagnosticerad med bl.a. depression och ångest är betydligt högre än i en rapport av Socialstyrelsen där samsjuklighet med könsdysfori tas upp.<sup>145</sup> Den ligger däremot ganska nära en finsk studie om den nya kohorten flickor som söker sig till transvården.<sup>146</sup> Om det är så att denna grupp avviker från tidigare generationer transsexuella bl.a. genom högre samsjuklighet och risk för detransition är ju detta ett skäl att ta det väldigt försiktigt med medicinsk transition. Det är märkligt att Summanen försöker misstänkliggöra detransitionärer som psykiskt sjuka när transaktivismen samtidigt lobbar för att andra psykiatriska diagnoser inte ska utgöra hinder för transition enligt ”informerat samtycke”, och dessutom gärna försöker bortförklara transpersoners psykiska ohälsa som resultat av ”transfobi” och ”minoritetsstress”.

# 93

- E** **F** Sidan 235 (E, F). Transorganisationers ovilja att tala om detransition ursäktas som rädsla att ”befästa den felaktiga föreställningen om att ånger är vanligt”. Sanningen är den att vi inte vet hur vanligt det är, och att aktivt försöka mörka problemet ökar knappast kunskapen.

# 94

- F** Sidan 235-236. ”Även om inte alla med erfarenhet av detransition skulle känna sig bekväma i en verksamhet arrangerad av transrättsorganisationer, är det dock av största vikt att etablerade och demokratiskt uppbyggda organisationer, och inte bara enskilda individer, driver frågor om behov av vård och stöd.” Även om Summanen inte nämner någon vid namn är detta uppenbart en ful och lömsk känga till gräsrotsinitiativ av och för detransitionerade själva, som hemsidan detransinfo.se. Som professionell lobbyist i välfinansierade organisationer som Transammans och RFSL har Summanen helt tappat kontakten med hur folkrörelser och föreningsfrihet fungerar. När detransition inte längre går att bara sopa under mattan tycks den nya strategin vara att försöka äga frågan och kontrollera narrativet. Det är lite som att hävda att avhoppare från en sekt bara kan få hjälp av sektledarna själva. Det är särskilt magstarkt med tanke på att de organisationer Summanen företräder inte lägger två strån i kors för att hjälpa ångrare och detransitionere.

## Kapitel 13: "Föräldraskap som transperson" av Anna Malmquist

# 95

**C D E** Sidan 247. Malmquist skriver att en amerikansk studie (Charlton m.fl. 2020) visar att oplanerade graviditeter är vanligare bland unga transpersoner än bland unga cispersoner.<sup>147</sup> Det stämmer att denna uppgift finns i Charlton et al.:s abstract under rubriken bakgrund, men de ger inga belägg för påståendet. Artikeln är en intervjustudie som undersöker riskfaktorer och behov relaterade till transmäns tonårsgraviditeter. Den undersöker alltså inte hur vanliga tonårsgraviditeter är. Däremot finns följande skrivning i inledningen: "Compared to cisgender teens, trans masculine individuals appear to be at least as likely to become pregnant during their teen years (Veale et al., 2016)". Studien Charlton et al. här refererar bygger på en självselekerad enkätstudie i Kanada och handlar om unga transpersoners inblandning i graviditeter (dvs både att göra någon gravid och att själv bli gravid inkluderas).<sup>148</sup> Studien tar inte upp huruvida graviditeten var oplanerad eller planerad, men man kanske kan anta att alla graviditeter i den yngre åldersgruppen 14-18 år var oplanerade. Resultaten visade att bland 14-18-åringarna var antalet inblandade i graviditeter 2% jämfört med 1% för befolkningsgenomsnittet för 12-19-åringar, vilket forskarna anser är en jämförbar andel. Siffran 2% bygger dock på fyra (!) individer i ett icke-representativt urval. (I gruppen 19-25-åringar var andelen högre (5%) men för denna åldersgrupp gavs ingen jämförelsesifra för befolkningsgenomsnittet.) För att summera så är det alltså fel i abstract i den artikel Malmquist refererar till. Dels skriver man att oplanerade graviditeter är vanligare när ursprungskällan säger att det är lika vanligt, och dels behöver även detta resultat tas med en stor nypa salt eftersom man inte kan dra kvantitativa slutsatser från en liten självselekerad enkätstudie.

# 96

**B** Sidan 248. Malmquist skriver att många inte gör fertilitetsbevarande åtgärder innan könsbekräftande behandling för att man vill komma igång så snabbt som möjligt med hormonbehandlingen eller för att proceduren väcker könsdysfori. Malmquist nämner inte att det finns en könsskillnad gällande hur omfattande proceduren är, där det för biologiska kvinnor handlar om behandling med starka

hormoner följt av ett smärtsamt ingrepp, och att det är osäkert hur väl äggen klarar långtidslagring. Om en kvinnlig partner sedan ska bära barnet med hjälp av IVF så innebär det ökade risker jämfört med en graviditet med partnerns egna ägg. Avvägningen mellan nytta och risk vid fertilitetsbevarande åtgärder är alltså diametralt annorlunda för kvinnor än för män. Det är märkligt att Malmquist enbart diskuterar de könsdysfori-relaterade problemen men inte de fysiska (och könsrelaterade) problemen med fertilitetsbevarande åtgärder. Den enklaste och mest etiska fertilitetsbevarande åtgärden vore att inte sätta in några medicinskt omotiverade fertilitetsstörande behandlingar. Vi har en gräns på 25 år för frivillig sterilisering, som är ett betydligt mindre omfattande ingrepp, och det är inte etiskt försvarbart att göra undantag från denna för en så osäker diagnos som könsdysfori.

## 97

**B** Sidan 250. När det gäller graviditet och amning för transpersoner AFAB ("assigned female at birth", dvs biologiska kvinnor) tar Malmquist upp problematik kring könsdysfori och dåligt bemötande. Däremot skriver Malmquist ingenting om hur hormonbehandling och mastektomi påverkar hälsan för modern och barnet och vilka eventuella risker som finns. Exempelvis är vaginal atrofi en känd biverkning av testosteronbehandling som torde medföra risker vid graviditet. Det är mycket möjligt att det saknas forskning kring detta, men det är i så fall på sin plats att nämna det.<sup>149</sup> Utifrån Malmquists beskrivning får man intryck att de enda problemen man behöver bekymra sig över är dysfori och bemötande.

## 98

**B** Sidan 252-253. Malmquist tar upp livmodertransplantation som "en framtida möjlig väg till föräldraskap för transpersoner AMAB" (dvs biologiska män), och att det finns ett mycket stort intresse för detta bland transkvinnor. Malmquists källa är en enkätstudie som undersöker intresset bland transkvinnor för livmodertransplantation där 94% önskade sig förmågan att vara gravida och föda barn, 88% önskade sig menstruation, 90% trodde att en transplanterad vagina skulle öka deras livskvalitet och 99% trodde att en transplanterad livmoder skulle göra transkvinnor lyckligare.<sup>150</sup>

Däremot har Malmquist ingen referens till medicinsk forskning om

livmodertransplantation. Det finns mindre än femtio dokumenterade fall globalt av livmodertransplantation till kvinnor, varav ca en tredjedel resulterat i levande födslar, oftast efter flera misslyckade försök. Som med alla transplantationer krävs att mottagaren tar immunhämmande läkemedel och därför rekommenderas att livmodern tas bort efter förlossning, som alltid görs med planerat kejsarsnitt och ofta i förtid för att minimera riskerna. Det handlar alltså om en mycket kostsam och riskfylld procedur som fortfarande är på experimentstadiet även för kvinnor. Det enda rapporterade fallet av livmodertransplantation till ett djur av hankön kommer från ett kontroversiellt kinesiskt experiment på råttor.<sup>151</sup> Mot detta forskningsläge är det anmärkningsvärt att Malmquist överhuvudtaget nämner livmodertransplantation som en möjlighet för transkvinnor.<sup>152</sup>

Man kan ifrågasätta etiken i livmodertransplantationer över huvud taget med tanke på att det inte är livsnödvändigt. Det handlar om att tillfredsställa önskan om att bära ett barn till ett mycket högt pris. Malmquist tar på sidan 252 upp att det finns etiska invändningar mot surrogatmödraskap, men nämner inte medicinetiska frågor kring livmodertransplantation, även om de borde vara minst lika allvarliga: Från vilka kvinnor ska livmödrarna tas? Är det försvarbart att utsätta fostret för artificiella hormoner och immunhämmande läkemedel? Enligt Montreal-kriterierna för etiskt godtagbara livmodertransplantationer måste mottagaren vara av kvinnokön och syftet med transplantationen måste vara att bära ett barn, inte exempelvis att lindra könsdysfori.<sup>153</sup>

Den enkätundersökning som Malmquist hänvisar till visar att efterfrågan och förväntningarna är orimligt höga. Man önskar sig inte bara ett barn utan ett komplett och fungerande reproduktivt system inklusive menstruationer, allt för att få sin kvinnlighet bekräftad. Fantasin om att en man med hjälp av medicinsk teknik ska kunna erhålla alla den kvinnliga kroppens funktioner knyter an till transhumanismen, en idéströmning som önskar att människan med hjälp av teknologi ska överskrida sin kropp och dess begränsningar och nå evigt liv. Kroppen ses som avskiljbar från personen och i grunden utbytbar. Martine Rothblatt, en företrädare för såväl transaktivism som transhumanism, drömmer om "mindclones", tvåtusentalets version av en hjärna i en glasburk: "We can of course self-replicate our bodies via sexual intercourse (or IVF). But we can soon also satisfy that urge to self-replicate by copying just our minds in software."<sup>154</sup> Fantasin om "könsbekräftande" livmodertransplantationer för transkvinnor är i paritet med andra transhumanistiska visioner som könsbyte genom genmodifikation, överförande av medvetandet till en annan kropp, eller reproduktion i artificiella livmödrar utanför kroppen.

# 99

**A B** Sidan 256. Malmquists avsnitt om föräldrar som transitionerar verkar tillrättalagt för att vara stärkande och affirmerande. Malmquist skriver att ”det är positivt för föräldraskapet och livet i stort när man kan leva i enlighet med sin könsidentitet”, men ger ingen källa till detta påstående. Barnens situation beskrivs som att den kan innebära förvirring på grund av att den stora vikt samhället lägger vid kön, men att det som framför allt är svårt för barn är om personer i barnets närhet hyser transfobiska värderingar eller har svårt att acceptera föräldrarnas transition, exempelvis om den ena föräldern ”ser sin expartners transition som orsak till separationen” och ”skuldbelägger den andra för transitionen”. Malmquist anger ingen referens för de senare påståendena om att just partners attityd skapar problem för barnet. Som källa till det första påståendet hänvisar Malmquist till en artikel av Veldorale-Griffin och Darling från 2016.<sup>155</sup> Den artikeln handlar dock om transföräldrars upplevelser och tar lite allmänt upp ”family functioning” men inte något specifikt om barnens upplevelser. Möjligen har Malmquist blandat ihop referenserna, för på nästa sida finns en referens till en annan artikel om Veldorale-Griffin som tar upp barns upplevelser. Den artikeln bygger på en enkätstudie där 48 transpersoner som är föräldrar och 9 vuxna barn till transpersoner berättat om sina erfarenheter. I artikeln framgår att barnen exempelvis haft svårigheter med att ändra sin syn på föräldern i samband med transitionen och upplevt stress kring pronomen och hur de skulle tilltala föräldern. De lyfter även problem med mobbning i skolan, att de tvingas medla mellan föräldrarna och att transföräldern ville ha stöd och bekräftelse av barnet på ett problematiskt sätt. Barnen lyfter också att familjen behöver få prata om motstånd och tvivel. Att just transfobiska värderingar hos den andra föräldern skulle vara ett stort problem för barnen framgår inte av resultatet.

Situationen för kvinnor vars äkta män transitionerar sent i livet tas inte upp i Malmquists kapitel och inte heller i något annat kapitel i boken *Trans*. I Malmquists kapitel figurerar de som ett problem för familjen då de ”ser” transitionen som orsak till separationen. Att transitionen faktiskt är orsak till separationen verkar inte ingå i Malmquists föreställningsvärld, eller att det blir en omöjlig situation när man å ena sidan förväntas bekräfta det nya könet och å andra sidan stanna i relationen med en partner som nu har ”fel” kön. (För att vara riktigt bekräftande ska man väl ”inse” att man alltid egentligen varit bisexuell eftersom ens äkta man alltid varit kvinna.)

Det finns en svensk avhandling från 2007 som beskriver partners, barns och andra anhörigas erfarenheter av transition.<sup>156</sup> Det är märkligt att Malmquist utelämnat denna mer relevanta forskning från en svensk kontext och i stället väljer att hänvisa till en amerikansk enkätstudie. Helena Bergström har rekryterat sina informanter genom transpersonerna själva, som fått välja om de vill bjuda in anhöriga att delta i studien

och i så fall vilka. Trots att metoden torde leda till ett skevt urval av främst stödjande och välvilligt inställda närstående framgår även i denna studie en hel del problem och svårigheter. Generellt verkar det svårare för (kvinnliga) partners och barn till mtf-transsexuella, bland annat för att transitionen kommer senare i livet, är mer oväntad och innebär en större personlighetsförändring. Dessa könsskillnader behöver utforskas vidare.

Allmänt kan man säga att detta kapitel, liksom hela boken *Trans*, är skriven ur perspektivet att transpersonen alltid ska prioriteras och alla andras behov åsidosättas. Men om ens partner i en långvarig relation kommer ut som trans långt efter det att relationen inleddes kan det betyda en av två saker. Antingen har partnern levt ett dubbelliv och hållit saker hemliga för en under en längre tid. Eller också har en radikal förändring plötsligt skett. Båda dessa är fullt legitima skäl att omvärdera relationen. Det finns ingen anledning att behandla transition som ett särfall där normala hänsyn i nära relationer, som ömsesidighet, förtroende och föräldraansvar, sätts ur spel.<sup>157</sup>

# 100

**A C** Sidan 257 (A, C). Malmquist skriver att ”de flesta transpersoner har positiva förälder-barn-relationer både före och efter transitionen” med hänvisning till två forskningsartiklar. Den första, Veldorale-Griffin, är en kvalitativ studie och inte en kvantitativ studie, vilket innebär att man inte utifrån denna studie kan säga huruvida någonting gäller för ”de flesta”.<sup>158</sup> Den andra studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie som enbart tittar på barn som kommit till genom spermiedonation där ena föräldern är transman, men den studien är ännu inte genomförd; det är bara hypotes och metod som är publicerade i förväg.<sup>159</sup> När resultaten så småningom publiceras kan vi få reda på vissa saker om transmäns föräldraskap, men varken vi eller Malmquist kommer utifrån det att kunna dra slutsatser om transpersoners föräldraskap mer allmänt.



# Sammanfattning

De vanligaste typerna av fel vi har tagit upp rör utelämnande av information eller kontroversiella påståenden utan belegg. Egentligen består nästan hela boken av mer eller mindre kontroversiella påståenden med inga eller oklara källhänvisningar, så det hade kunnat bli betydligt mer än hundra. Författarna har en tendens att lista flera påståenden som egentligen inte följer av varandra och lägga in någon referens som ska ge sken av att stödja helheten men inte gör det. Tekniken ger ett både slarvigt och ohederligt intryck som glider på gränsen till direkta faktafel. Framför allt visar den kanske att boken inte är vad den utger sig för att vara: en hederlig fackboksförfattare har ju inget intresse av att fuska på detta sätt men en propagandist har det. Utelämnande av information ligger också på gränsen till rena faktafel, men går över gränsen när informationen är uppenbart viktig och går emot vad författarna vill propagandera för. Hit hör till exempel bokens styvmoderliga behandling av Socialstyrelsens nya riktlinjer för vård av barn och ungdomar med könsdysfori, som rankats som de överlägset bästa av sitt slag i världen. Författarna föredrar uppenbart de äldre riktlinjer som transaktivister haft mer inflytande över, men som är förlegade i relation till evidensläget. En annan vanlig felkategori rör självmotsägelser och liknande som är tankefel snarare än rena faktafel. Hit kan man också räkna författarnas fäbless för att veva mot "halmgubbar".

Bland de mer renodlade faktafelen är felciterade källor vanligast. Att detta förekommer så ofta visar på ett oacceptabelt slarv med källhanteringen. Det tyder också på att boken inte har faktagranskats över huvud taget, då det är en typ av fel som enkelt borde ha upptäckts. Vi får intryck av att författarna, trots att flera av dem är universitetsforskare, inte själva har läst sina källor. De tycks ha förlitat sig på abstracts och återgivningar i andra hand och ibland blandat ihop olika källor med varandra eller fantiserat fram källor som inte finns. Vårt intryck är att detta framför allt beror på slarv och inkompetens. Någon som medvetet vill fuska och vilseleda med källorna borde gå slugare tillväga. En relaterad typ av fel är att källan återges korrekt, men att denna i sin tur innehåller felaktigheter. Felet ligger alltså inte direkt hos författarna till *Trans* och man kan förlåta dem för att någon gång i god tro ha återgivit felaktig information. Problemet är att de så ofta stödjer sig på källor av mycket tveksam vetenskaplig kvalitet, som överdriver sina resultat eller mörkar negativa resultat, skriver direkt vilseledande abstracts, ibland har fått genomgå rättelser, m.m. Det ger intryck av att författarna till *Trans* är mindre intresserade av sanningen än av att bara hitta vilken källa som helst som stödjer det de vill säga.

Slutligen utgörs en mindre andel av felen av att dra kvantitativa slutsatser av kvalitativa resultat. Kvalitativa studier på icke-representativa och ofta små urval är ju ganska meningslösa att kvantifiera, då siffrorna endast säger något om det specifika urval

personer som deltagit i studien och inte kan generaliseras till någon större grupp. Man kan bara använda dem för att spekulera eller formulera teorier och hypoteser för vidare forskning. Det betyder inte alls att kvalitativ forskning är värdelös. Men den används på ett vårdslöst sätt i boken. Felet går också tillbaka till många av studierna själva, där mycket små antal t.ex. anges i procent eller jämförs med resultat från representativa urval, kanske i ett missriktat försök att verka mer ”vetenskaplig”. Relaterat till detta fel är den mer allmänna tendensen att dra för stora växlar på små och enskilda studier, och att ta informanternas egna ord för sanningen. Här sker en väldigt selektiv värdering av vissas kunskap och perspektiv över andras, beroende på vilken grupp de tillhör och vilken ideologisk åskådning de ger uttryck för.

Överlag är hela boken vinklad för att bekräfta det på förhand bestämda budskap författarna vill föra fram. Detta budskap kan sammanfattas som att ”transpersonen” inte får ifrågasättas, varken som person eller som social konstruktion. ”Transpersonen” vet alltid bäst och ska alltid sättas i första rummet. Att undvika att sår ”transpersonens” känslor här och nu går före alla hänsyn till hälsa och välmående i det långa loppet. Men samtidigt kan vem som helst när som helst identifiera sig som ”transperson” och därmed uppnå denna upphöjda status.

## Noter

- <sup>1</sup> Cal Orre och Edward Summanen: "100 fel i 'Om könets existens'. RFSL, 2021. <https://www.rfsl.se/verksamhet/trans/100-fel-i-ekmans-bok/>
- <sup>2</sup> Se till exempel medicinhistorikern Karin Johannissons böcker om dessa fenomen.
- <sup>3</sup> Littman L (2018) Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLOS ONE 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- <sup>4</sup> Folkhälsomyndigheten (2020), *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner* tycks numera vara nedtagen från Folkhälsomyndighetens hemsida. En sammanfattning finns dock här: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0b21ac4fe9b44e87ba58758cf028acd1/unga-transpersoners-erfarenheter-psykisk-ohalsa-suicidalitet-sjalvskada.pdf>.
- <sup>5</sup> Biggs, M. Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. Arch Sex Behav 51, 685–690 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>.
- <sup>6</sup> Socialstyrelsen (2020), *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori. Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid*, sidan 10-11. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf>.
- <sup>7</sup> Ruuska S, Tuisku K, Holttinen T, et al. All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Ment Health* 2024;**27**:e300940. I författarnas svar på kritik av artikeln under "rapid responses" framgår att medicinsk transition inte påverkade suicidrisken.
- <sup>8</sup> Kaltiala, R., Holttinen, T. and Tuisku, K. (2023) 'Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland', *European Psychiatry*, 66(1), p. e93. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2471.
- <sup>9</sup> Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Laingstroöm N, et al. (2011) Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. PLoS ONE 6(2): e16885. doi:10.1371/journal.pone.0016885.  
Straub JJ, Paul KK, Bothwell LG, Deshazo SJ, Golovko G, Miller MS, Jehle DV. Risk of Suicide and Self-Harm Following Gender-Affirmation Surgery. *Cureus*. 2024 Apr 2;16(4):e57472. doi: 10.7759/cureus.57472. Erratum in: *Cureus*. 2024 Jun 11;16(6):c182. doi: 10.7759/cureus.c182. PMID: 38699117; PMCID: PMC11063965.
- <sup>10</sup> Moestam och Bergström Wuolo, 2019, *Analys av hälsa i hbtq+gruppen, Fokus Norr*. [https://vis.nll.se/process/administrativ/Dokument/samverkanlandstingsdirektorensstab/Redovisande/Rapporter%20och%20Resultat/Analys%20av%20h%c3%a4lsa%20i%20HBTQ+-grupper%20\(analysrapport%202019\)%20Moestam%20Bergstr%c3%b6m%20Wuolo.pdf](https://vis.nll.se/process/administrativ/Dokument/samverkanlandstingsdirektorensstab/Redovisande/Rapporter%20och%20Resultat/Analys%20av%20h%c3%a4lsa%20i%20HBTQ+-grupper%20(analysrapport%202019)%20Moestam%20Bergstr%c3%b6m%20Wuolo.pdf).
- <sup>11</sup> MUCF, 2022. *Jag är inte ensam, det finns andra som jag*. <https://www.mucf.se/publikationer/jag-ar-inte-ensam-det-finns-andra-som-jag>.
- <sup>12</sup> Folkhälsomyndigheten (2020), *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner* tycks numera vara nedtagen från Folkhälsomyndighetens hemsida. En sammanfattning finns dock här: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0b21ac4fe9b44e87ba58758cf028acd1/unga-transpersoners-erfarenheter-psykisk-ohalsa-suicidalitet-sjalvskada.pdf>.
- <sup>13</sup> MUCF, 2022. *Jag är inte ensam, det finns andra som jag*. <https://www.mucf.se/publikationer/jag-ar-inte-ensam-det-finns-andra-som-jag>.
- <sup>14</sup> Proposition 2011/12-142. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/andrad-konstillhorighet\\_gz03142/html/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/andrad-konstillhorighet_gz03142/html/).
- <sup>15</sup> Ida Linander och Axel Repka: "Stopp för behandling av unga transpersoner är oetiskt", *Läkartidningen* 2021-05-27, <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/05/oetiskt-stopp-for-behandling-av-unga-transpersoner/>. Se gärna repliken skriven av cheferna vid Astrid Lindgrens barnsjukhus.
- <sup>16</sup> Cole, C.M., O'Boyle, M., Emory, L.E. et al. Comorbidity of Gender Dysphoria and Other Major Psychiatric Diagnoses. *Arch Sex Behav* 26, 13–26 (1997). <https://doi.org/10.1023/A:1024517302481>
- <sup>17</sup> Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):44-57. doi: 10.3109/09540261.2015.1115753. PMID: 26835611.

- <sup>18</sup> Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010 Feb;72(2):214-31. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x. Epub 2009 May 16. PMID: 19473181.
- <sup>19</sup> Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, Fraser L, Goodman M, Green J, Hancock AB, Johnson TW, Karasic DH, Knudson GA, Leibowitz SF, Meyer-Bahlburg HFL, Monstrey SJ, Motmans J, Nahata L, Nieder TO, Reisner SL, Richards C, Schechter LS, Tangpricha V, Tishelman AC, Van Trotsenburg MAA, Winter S, Ducheny K, Adams NJ, Adrián TM, Allen LR, Azul D, Bagga H, Başar K, Bathory DS, Belinky JJ, Berg DR, Berli JU, Bluebond-Langner RO, Bouman MB, Bowers ML, Brassard PJ, Byrne J, Capitán L, Cargill CJ, Carswell JM, Chang SC, Chelvakumar G, Corneil T, Dalke KB, De Cuypere G, de Vries E, Den Heijer M, Devor AH, Dhejne C, D'Marco A, Edmiston EK, Edwards-Leeper L, Ehrbar R, Ehrensaft D, Einfeld J, Elaut E, Erickson-Schroth L, Feldman JL, Fisher AD, Garcia MM, Gijs L, Green SE, Hall BP, Hardy TLD, Irwig MS, Jacobs LA, Janssen AC, Johnson K, Klink DT, Kreukels BPC, Kuper LE, Kvach EJ, Malouf MA, Massey R, Mazur T, McLachlan C, Morrison SD, Mosser SW, Neira PM, Nygren U, Oates JM, Obedin-Maliver J, Pagkalos G, Patton J, Phanuphak N, Rachlin K, Reed T, Rider GN, Ristori J, Robbins-Cherry S, Roberts SA, Rodriguez-Wallberg KA, Rosenthal SM, Sabir K, Safer JD, Scheim AI, Seal LJ, Shoole TJ, Spencer K, St Amand C, Steensma TD, Strang JF, Taylor GB, Tilleman K, T'Sjoen GG, Vala LN, Van Mello NM, Veale JF, Vencill JA, Vincent B, Wesp LM, West MA, Arcelus J. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644. PMID: 36238954; PMCID: PMC9553112.
- <sup>20</sup> Taylor J, Hall R, Heathcote C, *et al*. Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326499
- <sup>21</sup> Citat från abstract ur WPATH Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9553112/>.
- <sup>22</sup> “Research into trans medicine has been manipulated: Court documents offer a window into how this happens”, *The Economist*, 2024-06-27, <https://www.economist.com/united-states/2024/06/27/research-into-trans-medicine-has-been-manipulated>.
- <sup>23</sup> WPATH Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9553112/>.
- <sup>24</sup> SBU. *Hormonbehandling vid könsdysfori – vuxna: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Bereder 348. Available from: <https://www.sbu.se/348> och SBU. *Hormonbehandling vid könsdysfori – barn och unga: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Utvärderar 342. Available from: <https://www.sbu.se/342>. Se även: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/samlingssida-konsdysfori/>.
- <sup>25</sup> Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Irwin L, Visnitchi D, Saˆmfjord A, *et al*. (2023) A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 3) treatment. *PLOS Glob Public Health* 3(8): e0001478. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001478>.  
Ludvigsson JF, Adolfsson J, Höistad M, Rydelius P-A, Kriström B, Landén M. A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatr*. 2023; 112: 2279–2292. <https://doi.org/10.1111/apa.16791>.  
Taylor J, Mitchell A, Hall R, *et al* Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326670.
- <sup>26</sup> Kaltiala, R., Holttinen, T. and Tuisku, K. (2023) ‘Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland’, *European Psychiatry*, 66(1), p. e93. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2471.
- <sup>27</sup> Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *J Adolesc Health*. 2022 Apr;70(4):643-649. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.10.036. Epub 2021 Dec 14. PMID: 34920935.
- <sup>28</sup> van der Miesen AIR, Steensma TD, de Vries ALC, Bos H, Popma A. Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. *J Adolesc Health*. 2020 Jun;66(6):699-704. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.12.018. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32273193.
- <sup>29</sup> Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, Hewitt T, Ganti U, Lin A, Zepf FD. Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Jun;7(6):484-498. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30305-X. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30528161.

- <sup>30</sup> SBU. *Hormonbehandling vid könsdysfori – barn och unga: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Utvärderar 342. Available from: <https://www.sbu.se/342>.
- <sup>31</sup> Abbruzzese, E., Levine, S. B., & Mason, J. W. (2023). The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 673–699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- <sup>32</sup> Arnoldussen M, van der Miesen AIR, Elzinga WS, Alberse AE, Popma A, Steensma TD, de Vries ALC. Self-Perception of Transgender Adolescents After Gender-Affirming Treatment: A Follow-Up Study into Young Adulthood. *LGBT Health*. 2022 May-Jun;9(4):238-246. doi: 10.1089/lgbt.2020.0494. Epub 2022 Apr 26. PMID: 35475663.
- <sup>33</sup> SBU, 2022, se: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/samlingssida-konsdysfori/>
- <sup>34</sup> Cheng, P.J., Pastuszak, A.W., Myers, J.B., Goodwin, I.A. & Hotaling, J.M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol*. 8 (3): 209-218.
- Bailie, E., Maidarti, M., Hawthorn, R., Jack, S., Watson, N., Telfer, E. E., & Anderson, R. A. (2023). The ovaries of transgender men indicate effects of high dose testosterone on the primordial and early growing follicle pool. *Reproduction and Fertility*, 4(2).
- <sup>35</sup> Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G. & T’Sjoen, G. (2012). Long-Term Evaluation of Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual Persons. *The Journal of Sexual Medicine* 9 (10): 2641-2651.
- Delgado-Ruiz, R., Swanson, P., & Romanos, G. (2019). Systematic Review of the Long-Term Effects of Transgender Hormone Therapy on Bone Markers and Bone Mineral Density and Their Potential Effects in Implant Therapy. *Journal of clinical medicine* 8 (6): 784.
- <sup>36</sup> Levine, S. (2018). Informed Consent for Transgendered Patients. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 45(3), 218-229.
- Elaut, E. (2014). Biopsychosocial factors in the sexual desire of contraception-using couples and trans persons. Doctoral thesis, University of Ghent.
- <sup>37</sup> Baldassarre, M., Giannone, F., Foschini, M., Battaglia, C., Busacchi, P., Venturoli, S., & Meriggiola, M. (2013). Effects of long-term high dose testosterone administration on vaginal epithelium structure and estrogen receptor- $\alpha$  and - $\beta$  expression of young women. *International Journal Of Impotence Research*, 25 (5): 172-177.
- <sup>38</sup> Alzahrani, T. Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A. McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R. & Reiner, J. (2019). Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 12 (4).
- Nota, N.M., Wiepjes, C.M., de Blok, C.J.M., Gooren, L.J.G., Kreukels, B.P.D. & den Heijer, M. (2019). Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy: Results From a Large Cohort Study. *Circulation* 139: 1461-1462.
- <sup>39</sup> Madsen, M.C., van Dijk, D. Wiepjes, C.M., Conemans, E.B., Thijs, A. & den Heijer, M. (2021). Erythrocytosis in a Large Cohort of Trans Men Using Testosterone: A Long-Term Follow-Up Study on Prevalence, Determinants, and Exposure Years. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 106 (6): 1710–1717.
- <sup>40</sup> Se *Stats for Gender*: <https://statsforgender.org/sexual-function/>.
- <sup>41</sup> Biggs, M. (2023) ‘The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence’, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), pp. 348–368. doi: 10.1080/0092623X.2022.2121238.
- <sup>42</sup> Socialstyrelsen, 2022, *God vård av vuxna med könsdysfori - Metodbeskrivning och kunskapsunderlag*, Sid. 62-63. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/konsdysfori-vuxna-metodbilaga.pdf>.
- <sup>43</sup> Deutsch, M. B. (2012). Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13(3), 140–146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- <sup>44</sup> Tvärtom är det bara mellan en tredjedel och hälften av de som genomgått utredning och fått en könsdysforidiagnos som även går vidare till att byta folkbokföringskön. Se: Kolk, Martin and Tilley, J. Lucas and von Essen, Emma and Moberg, Ylva and Burn, Ian, The Demography of Sweden's Transgender Population – Patterns, Changes, and Sociodemographics (August 22, 2023). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4427508> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4427508>.
- Claesdotter-Knutsson, E., Andersson, M.J., Cervin, M. et al. Rise in Gender Dysphoria Diagnoses and Legal Gender Changes in Sweden: 2005–2017. *Arch Sex Behav* (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02993-4>.

- <sup>45</sup> 1) Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *J Couns Psychol*. 2016 Oct;63(5):520-533. doi: 10.1037/cou0000152.  
 2) McLemore, Kevin. (2016). A Minority Stress Perspective on Transgender Individuals' Experiences With Misgendering, Stigma and Health. 2. 10.1037/sah0000070.  
 3) Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., & Janis, R. A. (2019). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 385–395. <https://doi.org/10.1037/cou0000339>  
 4) Cogan CM, Scholl JA, Lee JY, Davis JL. Potentially Traumatic Events and the Association Between Gender Minority Stress and Suicide Risk in a Gender-Diverse Sample. *J Trauma Stress*. 2021 Oct;34(5):977-984. doi: 10.1002/jts.22728.
- <sup>46</sup> Lefevor, G. T., Boyd-Rogers, C. C., Sprague, B. M., & Janis, R. A. (2019). Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 385–395. <https://doi.org/10.1037/cou0000339>
- <sup>47</sup> 1) Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. Minority Stress Factors Associated With Depression and Anxiety Among Transgender and Gender-Nonconforming Youth. *J Adolesc Health*. 2019 Apr;64(4):467-471. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.07.006. Epub 2018 Sep 18. PMID: 30241721; PMCID: PMC6528476.  
 2) Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *J Couns Psychol*. 2016 Oct;63(5):520-533. doi: 10.1037/cou0000152.
- <sup>48</sup> Kaltiala R, Holttinen T, Tuisku K. Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *Eur Psychiatry*. 2023 Nov 6;66(1):e93. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.2471.  
 David, L.W., Stenberg, N., Diseth, T.H. *et al*. Autistic Characteristics in a Nationally Representative Clinical Sample of Adolescents Seeking Medical Gender-Affirming Treatment in Norway. *J Autism Dev Disord* (2023), <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06181-6>  
 Julia *et al.*, Psychological Symptoms and Service Utilization in Prepubertal and Pubertal Transgender and Gender-Diverse Patients Eisenberg, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Volume 37, Issue 1, 45-50, doi: 10.1016/j.jpjg.2023.10.004.
- <sup>49</sup> Se ”Social ångest” på Kry: <https://www.kry.se/fakta/psykiatri-och-psykologi/social-angest/>.
- <sup>50</sup> Testa, R. J., Jimenez, C. L., & Rankin, S. (S.). (2014). Risk and resilience during transgender identity development: The effects of awareness and engagement with other transgender people on affect. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(1), 31–46. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.805177>
- <sup>51</sup> Folkhälsomyndigheten (2020), *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner*.
- <sup>52</sup> Signe Bremer. *Kroppslinjer. Kön transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Makadam förlag, andra upplagan, 2017. Sidan 167.
- <sup>53</sup> Ibid sidan 169.
- <sup>54</sup> MUCF. *Jag är inte ensam, det finns andra som jag. Unga hbtqi-personers levnadsvillkor*. 2022. Sidan 70.
- <sup>55</sup> Ibid. sidan 94.
- <sup>56</sup> Littman L (2018) Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE* 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- <sup>57</sup> APA Resolution on gender identity change efforts, 2021. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- <sup>58</sup> Bernice L. Hausman, *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, Duke University Press, 1995, sid. 122-124.
- <sup>59</sup> Hakeem A. Psychotherapy for gender identity disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2012;18(1):17-24. doi:10.1192/apt.bp.111.009431
- <sup>60</sup> Withers R. The seventh penis: towards effective psychoanalytic work with pre-surgical transsexuals. *J Anal Psychol*. 2015 Jun;60(3):390-412. doi: 10.1111/1468-5922.12157. Erratum in: *J Anal Psychol*. 2021 Apr;66(2):373. PMID: 25989331.
- <sup>61</sup> Ashley, F. (2023). Interrogating Gender-Exploratory Therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 472-481. <https://doi.org/10.1177/17456916221102325>
- <sup>62</sup> Jorgensen, S. C. J. (2023). Iatrogenic Harm in Gender Medicine. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(8), 939–944. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2224320>

- Marchiano L. Gender detransition: a case study. *J Anal Psychol*. 2021 Sep;66(4):813-832. doi: 10.1111/1468-5922.12711. PMID: 34758129; PMCID: PMC9298887
- Withers, R. (2020) Transgender medicalization and the attempt to evade psychological distress. *J Anal Psychol*, 65: 865–889. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12641>
- <sup>63</sup> Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016 Mar;137(3):e20153223. doi: 10.1542/peds.2015-3223. Epub 2016 Feb 26. Erratum in: *Pediatrics*. 2018 Aug;142(2):e20181436. doi: 10.1542/peds.2018-1436. PMID: 26921285; PMCID: PMC4771131.
- <sup>64</sup> Simons L, Schragger SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2013 Dec;53(6):791-3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.019. Epub 2013 Sep 4. PMID: 24012067; PMCID: PMC3838484.
- <sup>65</sup> Simons L, Schragger SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2013 Dec;53(6):791-3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.019. Epub 2013 Sep 4. PMID: 24012067; PMCID: PMC3838484.
- <sup>66</sup> Socialstyrelsen, *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare*, 2022, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/barn-och-unga-med-konsdysfori/>.
- <sup>67</sup> Hall R, Taylor J, Hewitt CE, et al. Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326112
- <sup>68</sup> *The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people*, 2024, s. 164-165: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.
- <sup>69</sup> Forskarna bakom ”det holländska protokollet” tar upp denna problematik och varnar för tidig social transition: Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011;16(4):499-516. doi:10.1177/1359104510378303
- <sup>70</sup> Gülgöz, S., Glazier, J., Enright, E. and Olson, K.. Similarity in transgender and cisgender children’s gender development. *Psychological and Cognitive Sciences*, November 18, 2019; 116 (49) 24480-24485. Doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1909367116>
- <sup>71</sup> Se *Stats for Gender*: <https://statsforgender.org/?s=persistence>.
- <sup>72</sup> Diagnosen könsidentitetsstörning hos barn har kritiserats för att bara handla om att bryta mot rigida könsnormer. I kulturer med mindre rigida genussystem leder inte detta till lidande. Se: Bartlett, N.H., Vasey, P.L. & Bukowski, W.M. Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder?. *Sex Roles* 43, 753–785 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1011004431889>
- <sup>73</sup> Restar, A.J. Methodological Critique of Littman’s (2018) Parental-Respondents Accounts of “Rapid-Onset Gender Dysphoria”. *Arch Sex Behav* 49, 61–66 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2>
- <sup>74</sup> Littman L (2018) Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE* 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- <sup>75</sup> Detta kan jämföras med en studie av den i boken flitigt refererade Richard Bränström som blev föremål för inte mindre än sju olika insändare med rättelser, vilket utmynnade i att redaktionen lät statistiker gå igenom resultaten och studiens slutsatser fick dras tillbaka. Se sektionen ”letters to the editor” i *American Journal of Psychiatry* vol. 177 no. 8 2020: <https://ajp.psychiatryonline.org/toc/ajp/177/8>
- <sup>76</sup> Pachankis JE, McConocha EM, Clark KA, Wang K, Behari K, Fetzner BK, Brisbin CD, Scheer JR, Lehavot K. A transdiagnostic minority stress intervention for gender diverse sexual minority women's depression, anxiety, and unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2020 Jul;88(7):613-630. doi: 10.1037/ccp0000508. Epub 2020 May 21. PMID: 32437174; PMCID: PMC7597069.
- <sup>77</sup> MUCF, *Jag är inte ensam, det finns andra som jag: Rapport om unga hbtqi-personers levnadsvillkor*, 2022, s. 10: <https://www.mucf.se/publikationer/jag-ar-inte-ensam-det-finns-andra-som-jag>.
- <sup>78</sup> Se *Stats for Gender*: <https://statsforgender.org/social-transition/>.
- <sup>79</sup> Taylor J, Mitchell A, Hall R, et al. Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326669

Baxendale S. The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review. *Acta Paediatr.* 2024; 113: 1156–1167. <https://doi.org/10.1111/apa.17150>

Jorgensen, S.C.J., Athéa, N. & Masson, C. Puberty Suppression for Pediatric Gender Dysphoria and the Child's Right to an Open Future. *Arch Sex Behav* 53, 1941–1956 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02850-4>

<sup>80</sup> Katz-Wise SL, Ehrensaft D, Veters R, Forcier M, Austin SB. Family Functioning and Mental Health of Transgender and Gender-Nonconforming Youth in the Trans Teen and Family Narratives Project. *J Sex Res.* 2018 May-Jun;55(4-5):582-590. doi: 10.1080/00224499.2017.1415291. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29336604; PMCID: PMC7895334.

<sup>81</sup> Se ”Att må dåligt” på 1177: <https://www.1177.se/liv--halsa/psykisk-halsa/att-ma-daligt/>.

<sup>82</sup> Littman L (2018) Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE* 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

<sup>83</sup> Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H. et al. Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. *Arch Sex Behav* 53, 57–76 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>

<sup>84</sup> *The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people*, 2024, s. 159: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

<sup>85</sup> Man kan ifrågasätta varför översatta kapitel av Barker har plockats in i boken. Fanns verkligen ingen svenskspråkig författare med liknande ”kompetens” och bättre kännedom om svenska förhållanden? Barker är en f.d. akademiker och f.d. terapeut som skriver ”antisjälvhjälpsböcker” om ämnen som icke-monogami och sadomasochism och som enligt den egna hemsidan ”experiences themselves as a plural system, rather than a single individual”. Se: <https://www.rewriting-the-rules.com/plural-work/>.

<sup>86</sup> <https://www.aftonbladet.se/ledare/a/oRWoPa/nu-ska-kristina-gravas-upp-igen>.

<sup>87</sup> Richardson, A. (2022). Biologisms on the left and the right. *Ethnic and Racial Studies*, 45(13), 2496–2518. <https://doi.org/10.1080/01419870.2022.2102933>

Halberstam, J. (2012). Global female masculinities. *Sexualities*, 15(3-4), 336-354. <https://doi.org/10.1177/1363460712436480>

<sup>88</sup> Paul L. Vasey, ”Stop imposing Western LHBQT+ identities on non-Western cultures. It's gender colonialism”, *Newsweek*, 2022-05-11, <https://www.newsweek.com/stop-imposing-western-lgbtq-identities-non-western-cultures-its-gender-colonialism-opinion-1705785>.

L. Beatrice, ”The sex binary is not a ‘Western construct’, gender identity is”, *Feminist Current*, 2020-12-06, <https://www.feministcurrent.com/2020/12/06/the-sex-binary-is-not-a-western-construct-gender-identity-is/>.

<sup>89</sup> Folkhälsomyndigheten (2015), *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*.

Harrison, J. et al (2012). A gender not listed here: genderqueers, gender rebels, and otherwise in the National Transgender Discrimination Survey.

<sup>90</sup> FPES, ”Undersökning av den svenska allmänhetens kunskap om och attityder till trans”, 2021: <https://fpes.se/2021/07/24/undersokning-av-den-svenska-allmanhetens-kunskap-om-och-attityder-till-trans/>.

<sup>91</sup> Landén, M., Innala, S. Attitudes Toward Transsexualism in a Swedish National Survey. *Arch Sex Behav* 29, 375–388 (2000). <https://doi.org/10.1023/A:1001970521182>

<sup>92</sup> Human Rights Campaign, ”An epidemic of violence 2021: Fatal violence against transgender and gender non-conforming people in the United States in 2021”: <https://reports.hrc.org/an-epidemic-of-violence-fatal-violence-against-transgender-and-gender-non-confirming-people-in-the-united-states-in-2021>.

<sup>93</sup> Rapporterna för respektive år återfinns här: <https://www.hrc.org/resources/fatal-violence-against-the-transgender-and-gender-expansive-community-in-2021#2021-report>.

<sup>94</sup> Nguyen BL, Lyons BH, Forsberg K, et al. Surveillance for Violent Deaths — National Violent Death Reporting System, 48 States, the District of Columbia, and Puerto Rico, 2021. *MMWR Surveill Summ* 2024;73(No. SS-5):1–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7305a1>

<sup>95</sup> ILGA Europe, *Annual review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe and Central Asia* 2022. <https://www.ilga-europe.org/report/annual-review-2022/>.

<sup>96</sup> Brottsförebyggande rådets hatbrottsstatistik, <https://bra.se/statistik/statistiska-undersokningar/hatbrottsstatistik.html> (statistik för år 2022) och



[https://bra.se/download/18.79079f9d17cc01fce501ad6/1638968596572/2021\\_17\\_Polisanmalda\\_hatbrott\\_2020.pdf](https://bra.se/download/18.79079f9d17cc01fce501ad6/1638968596572/2021_17_Polisanmalda_hatbrott_2020.pdf) (statistik för år 2020).

<sup>97</sup> Bergström, Helena. *Kön och förändring: Kontinuitet och normalitet i anhörigas relationer till transsexuella*. Doktorsavhandling. Stockholm: Pedagogiska institutionen, 2007.

<sup>98</sup> Taylor J, Hall R, Langton T, *et al.* Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review, *Archives of Disease in Childhood* Published Online First: 09 April 2024. doi: 10.1136/archdischild-2023-326681

<sup>99</sup> Kaltiala, Riittakerttu & Heino, Elias & Marttunen, Mauri & Fröjd, Sari. (2023). Family Characteristics, Transgender Identity and Emotional Symptoms in Adolescence: A Population Survey Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20. 2948. 10.3390/ijerph20042948.

<sup>100</sup> Se: <https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/ahdevor/>.

<sup>101</sup> Devor, H. (1994). Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 6(3), 49–72. [https://doi.org/10.1300/J056v06n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J056v06n03_04)

<sup>102</sup> Se exempelvis Roberts, Gareth. *Gay Shame: The Rise of Gender Ideology and the New Homophobia*. Forum, 2024.

<sup>103</sup> Se exempelvis Alfie Alfredsson, ”Homonormativitet och fördomar om blandorienterade relationer”, *QX*, 2021-11-17, <https://www.qx.se/samhalle/219808/qx-opinion-homonormativitet-och-fordomar-om-blandorienterade-relationer/>.

<sup>104</sup> Dame, A. (2016) ‘Making a name for yourself: tagging as transgender ontological practice on Tumblr’, *Critical Studies in Media Communication*, 33(1), pp. 23–37. doi: 10.1080/15295036.2015.1130846.

<sup>105</sup> RFSU, ”Sex och trans”, 2015, återfinns på: <https://www.rfsu.se/wp-content/uploads/2021/10/sex-och-trans.pdf>.

<sup>106</sup> Se: <https://www.rfsu.se/om-rfsu/press/pressmeddelanden/2021/broschyren-sex-och-trans-riktar-sig-inte-till-mellanstadieelever/>.

<sup>107</sup> Se ”Att operera bort livmodern – hysterektomi” och ”Klimakteriet” på *1177*: <https://www.1177.se/undersokning-behandling/operationer/operationer-av-konsorgan-och-urinvagar/att-operera-bort-livmodern--hysterektomi/> och <https://www.1177.se/liv--halsa/sa-fungerar-kroppen/klimakteriet/>.

<sup>108</sup> Folkhälsomyndigheten, *Rätten till hälsa – hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa*, 2016, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/r/ratten-till-halsa-hur-normer-och-strukturer-inverkar-pa-transpersoners-upplevelser-av-sexuell-halsa/>.

<sup>109</sup> Se till exempel ”Prostatacancer” på *1177*, <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/cancer/cancerformer/prostatacancer/> och *National Cancer Institute*, <https://www.cancer.gov/types/prostate/prostate-hormone-therapy-fact-sheet#what-are-the-side-effects-of-hormone-therapy-for-prostate-cancer>.

<sup>110</sup> Blackless M, Charuvastra A, Derryc A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Hum Biol*. 2000 Mar;12(2):151-166. doi: 10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F. PMID: 11534012.

<sup>111</sup> Hull, Carrie L., Letter to the Editor, *American Journal of Human Biology*, 15:112-116, First published: 27 January 2003, <https://doi.org/10.1002/ajhb.10122>

<sup>112</sup> Sax L. How common is intersex? a response to Anne Fausto-Sterling. *J Sex Res*. 2002 Aug;39(3):174-8. doi: 10.1080/00224490209552139. PMID: 12476264.

<sup>113</sup> Transaktivister har ett egenintresse av att överdriva både hur många som har en oklar könstillhörighet och hur stort överlapp det är med transidentiteter. Därför lägger de till i:et för ”intersex” till hbtqi-akronymen och hänvisar till oseriösa undersökningar där man har frågat personer om de identifierar sig som ”intersex” snarare än om de har en bekräftat DSD. Bokens intervju med aktivisten Del LaGrace Volcano om att ”identifiera sig som intersex” är ett talande exempel på denna tendens.

Se vidare: Kathleen Stock, The Importance of Referring to Human Sex in Language, 85 *Law and Contemporary Problems* 25-45 (2022). Available at: <https://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol85/iss1/3>. Sidan 28-31.

Se även denna forskningsartikel som beskriver fenomenet med aktivister som falskt utger sig för att vara ”intersex”: Cadet, P. Intersex Pretenders. *Arch Sex Behav* 53, 1667–1679 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02854-0>

<sup>114</sup> Paechter, C. (2021). The rights and interests of trans and intersex children: considerations, conflicts and implications in relation to the UNCRC. *Journal of Gender Studies*, 30(7), 844–854. <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.1888285>

<sup>115</sup> Frigerio, A., Ballerini, L. & Valdés Hernández, M. Structural, Functional, and Metabolic Brain Differences as a Function of Gender Identity or Sexual Orientation: A Systematic Review of the Human Neuroimaging Literature. *Arch Sex Behav* **50**, 3329–3352 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02005-9>

<sup>116</sup> Janice Raymond, *The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*, 1994 [1979], finns fritt tillgänglig på författarens hemsida: <https://janiceraymond.com/fictions-and-facts-about-the-transsexual-empire/>.

<sup>117</sup> För en genomgång av konfliktytor mellan feminism och queer, se Pia Laskar, ”Queer teori och feminismen: beröringspunkter och spänningar”, *lambda nordica*, vol. 2, nr. 3–4, 1996, <https://www.lambdanordica.org/index.php/lambdanordica/article/view/30>.

<sup>118</sup> Se t.ex. kapitlet ”Why is Gender-Critical Feminism so Vilified?” i Holly Lawford-Smith, *Gender-Critical Feminism*, Oxford University Press, 2022.

<sup>119</sup> Ulrika Westerlund, ”Swedish Anti-Gender Movements”, 2021, <https://eupress.mp.se/presskits/26315/swedish-anti-gender-movements>.

<sup>120</sup> Kováts, E. (2018). Questioning Consensuses: Right-Wing Populism, Anti-Populism, and the Threat of ‘Gender Ideology’. *Sociological Research Online*, 23(2), 528-538. <https://doi.org/10.1177/1360780418764735>

Kováts, E. – Zacharenko, E. The Right-Wing Opposition to “Gender” in the Light of the Ambiguity of the Meaning of the Term in EU Documents. In *Politické Vedy*. Vol. 24, no. 4, pp. 56-82. ISSN 1335 –2741. Available at: <https://doi.org/10.24040/politickevedy.2021.24.4.56-82>

Kováts, Eszter: Anti-gender politics in East-Central Europe: Right-wing defiance to West-Eurocentrism, *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 1-2021, S. 76-90. <https://doi.org/10.3224/gender.v13i1.06>

Kováts, E. 2022. Only I know my gender: The individualist turn in gender theory and politics, and the right-wing opposition. *Intersections. East European Journal of Society and Politics*. 8, 1 (Apr. 2022), 110–127.

DOI:<https://doi.org/10.17356/ieejsp.v8i1.448>. Kováts, E. 2022. Only I know my gender: The individualist turn in gender theory and politics, and the right-wing opposition. *Intersections. East European Journal of Society and Politics*. 8, 1 (Apr. 2022), 110–127. DOI:<https://doi.org/10.17356/ieejsp.v8i1.448>.

<sup>121</sup> Ulrika Westerlund, ”Swedish Anti-Gender Movements”, 2021, <https://eupress.mp.se/presskits/26315/swedish-anti-gender-movements>.

<sup>122</sup> *The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people*, 2024: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>.

<sup>123</sup> . För den som vill sätta sig in i frågorna finns t.ex. en värerechad artikel av Hanna Nilsson och en varning från två norska juridikprofessorer om att inte följa Norges exempel:

Hanna Nilsson, ”Kvinnorörelsen kommer aldrig förlåta er som röstar igenom den nya könslagen”, *Parabol*, nummer 4 2024, <https://www.parabol.press/kvinnororelsen-kommer-aldrig-forlata-er-som-rostar-igenom-den-nya-konslagen/>.

Anne Robberstad och Marit Halvorsen, ”Professorerna: kopiera inte den norska lagen om juridiskt kön”, *Altinget*, 2024-01-23, <https://www.altinget.se/artikel/professorerna-kopiera-inte-den-norska-lagen-om-juridisk-kon>.

<sup>124</sup> Clark RV, Wald JA, Swerdloff RS, et al. Large divergence in testosterone concentrations between men and women: Frame of reference for elite athletes in sex-specific competition in sports, a narrative review. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2019; 90: 15–22. <https://doi.org/10.1111/cen.13840>

David J Handelsman, Angelica L Hirschberg, Stephane Bermon, Circulating Testosterone as the Hormonal Basis of Sex Differences in Athletic Performance, *Endocrine Reviews*, Volume 39, Issue 5, October 2018, Pages 803–829, <https://doi.org/10.1210/er.2018-00020>

<sup>125</sup> Lundberg, T.R., Tucker, R., McGawley, K., Williams, A.G., Millet, G.P., Sandbakk, Ø., Howatson, G., Brown, G.A., Carlson, L.A., Chantler, S., Chen, M.A., Heffernan, S.M., Heron, N., Kirk, C., Murphy, M.H., Pollock, N., Pringle, J., Richardson, A., Santos-Concejero, J., Stebbings, G.K., Christiansen, A.V., Phillips, S.M., Devine, C., Jones, C., Pike, J. and Hilton, E.N. (2024), The International Olympic Committee framework on fairness, inclusion and nondiscrimination on the basis of gender identity and sex variations does not protect fairness for female athletes. *Scand J Med Sci Sports*, 34: e14581. <https://doi.org/10.1111/sms.14581>

<sup>126</sup> Förutom en ”halmgubbe” exemplifierar Summanens resonemang också ett mycket vanligt tankefel inom poststrukturalismen och postmodernismen. Som den kritisk-realistiska filosofen och feministen Carrie Hull visar är poststrukturalister som Foucault och Butler i själva verket bara positivist i en skrattpesgel. Liksom positivist kräver de att alla regler, orsakssammanhang och kategorier ska vara absoluta och ofelbara. Varje undantag eller osäkerhetsfaktor anses kullkasta hela regeln. Detta är bara banal relativism och idealism, det vill säga en övertro på att det är människans språk och förnuft som ordnar världen. I själva verket fungerar varken verkligheten eller den mänskliga perceptionen så. Vi har en evolutionärt utvecklad förmåga att urskilja mönster som har ett överlevnadsvärde men som postmodernister av oklara skäl vill försöka dressera bort.

Dessutom är den materiella verkligheten inte något oorganiserat kaos utan diversifierad i exempelvis organismer med en naturlig enhet, oavsett vad vi människor tycker om saken. Kön (sexuell reproduktion) är en sådan naturlig diversifiering som föregår människan med årmiljoner. Det är hybris att tro att vi kan trola bort kön med teknologi eller rent önsketänkande. Vi kan roa oss med att ställa upp normalfördelningskurvor för olika egenskaper som muskelstyrka eller kroppslängd, som kommer att överlappa mer eller mindre mellan könen, men det innebär ju inte att kön inte finns. Naturliga kategorier upphör inte att existera bara för att de har lite luddiga konturer. Det är som att säga att katter är hundar bara för att båda är tama pälsdjur med fyra ben och svans, eller som att hundar i kattstorlek - men inte andra hundar - i själva verket är katter. Se vidare: Carrie Hull. *The Ontology of Sex: A critical inquiry into the deconstruction and reconstruction of categories*. Routledge, 2006.

<sup>127</sup> Knox T, Anderson LC, Heather A. Transwomen in elite sport: scientific and ethical considerations. *Journal of Medical Ethics* 2019;45:395-403.

Hilton EN, Lundberg TR. Transgender Women in the Female Category of Sport: Perspectives on Testosterone Suppression and Performance Advantage. *Sports Med*. 2021 Feb;51(2):199-214. doi: 10.1007/s40279-020-01389-3.

Pike, J. (2021) 'Safety, fairness, and inclusion: transgender athletes and the essence of Rugby', *Journal of the Philosophy of Sport*, 48(2), pp. 155–168. doi: 10.1080/00948705.2020.1863814.

Devine, C. (2022). Female Olympians' voices: Female sports categories and International Olympic Committee Transgender guidelines. *International Review for the Sociology of Sport*, 57(3), 335-361. <https://doi.org/10.1177/10126902211021559>

Pike, J. (2023) 'Why 'Meaningful Competition' is not fair competition', *Journal of the Philosophy of Sport*, 50(1), pp. 1–17. doi: 10.1080/00948705.2023.2167720.

Lundberg, T.R., Tucker, R., McGawley, K., Williams, A.G., Millet, G.P., Sandbakk, Ø., Howatson, G., Brown, G.A., Carlson, L.A., Chantler, S., Chen, M.A., Heffernan, S.M., Heron, N., Kirk, C., Murphy, M.H., Pollock, N., Pringle, J., Richardson, A., Santos-Concejero, J., Stebbings, G.K., Christiansen, A.V., Phillips, S.M., Devine, C., Jones, C., Pike, J. and Hilton, E.N. (2024), The International Olympic Committee framework on fairness, inclusion and nondiscrimination on the basis of gender identity and sex variations does not protect fairness for female athletes. *Scand J Med Sci Sports*, 34: e14581. <https://doi.org/10.1111/sms.14581>

<sup>128</sup> Se t.ex. Kathleen Stocks recension av Butlers senaste bok: Kathleen Stock, "What is Judith Butler afraid of? The academic's new book conjures enemies at every turn", *UnHerd*, 2024-03-14, <https://unherd.com/2024/03/what-is-judith-butler-afraid-of/>.

Se även filosofen Alex Byrnes genomgång av fel i boken: Alex Byrne, "The phantasmagoric world of Judith Butler", *Fairer Disputations*, 2024-04-05, <https://fairerdisputations.org/judith-butlers-phantasmagoric-world/>.

<sup>129</sup> Bustos, Valeria P. MD\*; Bustos, Samyd S. MD†; Mascaro, Andres MD‡; Del Corral, Gabriel MD, FACS§; Forte, Antonio J. MD, PhD, MS¶; Ciudad, Pedro MD, PhD||; Kim, Esther A. MD\*\*; Langstein, Howard N. MD††; Manrique, Oscar J. MD, FACS††. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open* 9(3):p e3477, March 2021. | DOI: 10.1097/GOX.00000000000003477

<sup>130</sup> Skolstyrelsen, *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare*, 2022, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/barn-och-unga-med-konsdysfori/>.

<sup>131</sup> Expósito-Campos, Pablo MA\*; D'Angelo, Roberto PsyD†,‡. Letter to the Editor: Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open* 9(11):p e3951, November 2021. | DOI: 10.1097/GOX.00000000000003951

Se även denna artikel som går igenom den låga kvaliteten på de studier som brukar användas för att hävda att mycket få ångrar sig eller detransitionerar, och vad som skulle krävas för att få fram mer tillförlitliga siffror: Cohn, J. The Detransition Rate Is Unknown. *Arch Sex Behav* 52, 1937–1952 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>.

<sup>132</sup> Expósito-Campos, Pablo & Salaberria, Karmele & Pérez Fernández, José & Gómez-Gil, Esther. (2023). Gender detransition: A critical review of the literature. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 51. 98-118. [https://www.researchgate.net/publication/372620083\\_Gender\\_detransition\\_A\\_critical\\_review\\_of\\_the\\_literature](https://www.researchgate.net/publication/372620083_Gender_detransition_A_critical_review_of_the_literature)

<sup>133</sup> Kaltiala, R., Helminen, M., Holttinen, T. *et al.* Discontinuing hormonal gender reassignment: a nationwide register study. *BMC Psychiatry* 24, 566 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06005-6>.

<sup>134</sup> Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*. 2021 May-Jun;8(4):273-280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437

<sup>135</sup> Kristina R. Olson, Lily Durwood, Rachel Horton, Natalie M. Gallagher, Aaron Devor; Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics* August 2022; 150 (2): e2021056082. 10.1542/peds.2021-056082

<sup>136</sup> En känd svensk registerstudie visar en genomsnittstid på åtta år mellan en första och en andra ansökan om ändring av folkbokföringskön, vilket innebär minst tio år efter social transition. Nyare forskning på icke-representativa urval finner dock kortare tider på ca fyra-fem år mellan transition och detransition.

Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S. et al. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Arch Sex Behav* 43, 1535–1545 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>

<sup>137</sup> Se *Stats for Gender*: <https://statsforgender.org/desistance/>.

En tysk studie av unga 5-24 år som fick diagnosen könsidentitetsstörning 2013-2022 visar att mindre än hälften hade kvar diagnosen efter fem år. Se:

Bachmann CJ, Golub Y, Holstiege J, Hoffmann F: Gender identity disorders among young people in Germany: prevalence and trends, 2013–2022. An analysis of nationwide routine insurance data. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 370–1. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0098.

En nederländsk enkätstudie som följt upp unga från 11 till 26 års ålder visar att missnöje med sitt kön (önskan att vara motsatt kön) var vanligast i den lägsta åldern och oftast avtog med åldern, men att missnöjet för en mindre grupp i stället blev starkare från tonåren. Endast 0.1% uttryckte dock något konsekvent missnöje över tid. Missnöje med sitt kön var associerat med kvinnligt kön, homo- eller bisexualitet, dåligt självförtroende och psykosociala problem. Se:

Lawee, P., Rosmalen, J.G.M., Kalverdijk, L. et al. Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Arch Sex Behav* 53, 1813–1825 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02817-5>.

<sup>138</sup> Se *Stats for Gender*: <https://statsforgender.org/social-transition/>.

<sup>139</sup> Vandebussche, E. (2022) ‘Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey’, *Journal of Homosexuality*, 69(9), pp. 1602–1620. doi: 10.1080/00918369.2021.1919479.

<sup>140</sup> Expósito-Campos, Pablo & Salaberria, Karmele & Pérez Fernández, José & Gómez-Gil, Esther. (2023). Gender detransition: A critical review of the literature. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 51. 98-118. [https://www.researchgate.net/publication/372620083\\_Gender\\_detransition\\_A\\_critical\\_review\\_of\\_the\\_literature](https://www.researchgate.net/publication/372620083_Gender_detransition_A_critical_review_of_the_literature)

<sup>141</sup> Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav*. 2021 Nov;50(8):3353-3369. doi: 10.1007/s10508-021-02163-w. Epub 2021 Oct 19. PMID: 34665380; PMCID: PMC8604821.

Littman, L., O’Malley, S., Kerschner, H. et al. Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults. *Arch Sex Behav* 53, 57–76 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>.

Se även denna kanadensiska intervjustudie där vissa av deltagarna stämmer mer in på Turbans detransitionärer och andra mer på Vandebussches:

MacKinnon, K. R., Kia, H., Gould, W. A., Ross, L. E., Abramovich, A., Enxuga, G., & Lam, J. S. H. (2023, November 30). A Typology of Pathways to Detransition: Considerations for Care Practice With Transgender and Gender Diverse People Who Stop or Reverse Their Gender Transition. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/sgd0000678>.

<sup>142</sup> Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011;16(4):499-516. doi:10.1177/1359104510378303  
Filosofen Alex Byrne har grävt djupare i påståendet att dysfori som kvarstår under puberteten tenderar att bestå för livet, och finner inga belägg för det. Se:

Byrne, A. Another Myth of Persistence?. *Arch Sex Behav* (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-024-03005-1>.

<sup>143</sup> Se även denna kritik av ”det holländska protokollet”:

Abbruzzese, E., Levine, S. B. and Mason, J. W. (2023) ‘The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed’, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), pp. 673–699. doi: 10.1080/0092623X.2022.2150346.

<sup>144</sup> Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M. A., Gravel, R., Medico, D., Baril, A., Susset, F., & Paradis, A. (2023). A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant and Child Development*, 32(2), e2402. <https://doi.org/10.1002/icd.2402>

<sup>145</sup> Socialstyrelsen, *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori – förekomst, samtidiga diagnoser och dödlighet i suicid*, 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/vanligt-med-flera-psykiatriska-diagnoser-hos-personer-med-konsdysfori/>.

<sup>146</sup> Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljäärvi, M. et al. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 9, 9 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>

<sup>147</sup> Charlton BM, Reynolds CA, Tabaac AR, Godwin EG, Porsch LM, Agénor M, Grimstad FW, Katz-Wise SL. Unintended and teen pregnancy experiences of trans masculine people living in the United States. *Int J Transgend Health*. 2021 Oct 13;22(1-2):65-76. doi: 10.1080/26895269.2020.1824692. PMID: 34651143; PMCID: PMC8040679.

<sup>148</sup> Veale J, Watson RJ, Adjei J, Saewyc E. Prevalence of Pregnancy Involvement Among Canadian Transgender Youth and its Relation to Mental Health, Sexual Health, and Gender Identity. *Int J Transgend.* 2016;17(3-4):107-113. doi: 10.1080/15532739.2016.1216345. Epub 2016 Aug 26. PMID: 29321720; PMCID: PMC5758337.

<sup>149</sup> Sociologen Carla Pfeffer argumenterar exempelvis i den här artikeln för att transmän ska fortsätta med testosteronbehandling under graviditeten trots att det innebär risker för fostret. I artikeln finns länkar till relaterad forskning för den som är intresserad. Se Carla A. Pfeffer, "Transgender men and nonbinary people are asked to stop testosterone therapy during pregnancy – but the evidence for this guidance is still murky", *The Conversation*, 2022-09-26, <https://theconversation.com/transgender-men-and-nonbinary-people-are-asked-to-stop-testosterone-therapy-during-pregnancy-but-the-evidence-for-this-guidance-is-still-murky-187672>.

<sup>150</sup> Jones BP, Rajamanoharan A, Vali S, et al. Perceptions and Motivations for Uterus Transplant in Transgender Women. *JAMA Netw Open.* 2021;4(1):e2034561. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.34561

<sup>151</sup> Rongjia Zhang, Yuhuan Liu. A rat model of pregnancy in the male parabiont. bioRxiv 2021.06.09.447686; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.06.09.447686>

Enligt denna "preprint" var experimentet avhängigt av att hanrättorna kopplades ihop och delade blodomlopp med samtidigt gravida honrättor – knappast etiskt tänkbart ens för försöksdjur och definitivt inte för människor. Någon peer-granskad forskningsartikel som dokumenterar experimentet finns inte.

<sup>152</sup> Denna artikel, som i och för sig förespråkar proceduren, diskuterar ett antal medicinska hinder för livmodertransplantation till personer av maskön:

Jones BP, Williams NJ, Saso S, Thum M-Y, Quiroga I, Yazbek J, Wilkinson S, Ghaem-Maghami S, Thomas P, Smith JR. Uterine transplantation in transgender women. *BJOG* 2019; 126: 152–156. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15438>

<sup>153</sup> Lefkowitz, A., Edwards, M. and Balayla, J. (2012), The Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation. *Transplant International*, 25: 439-447. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2012.01438.x>

Ariel Lefkowitz, Marcel Edwards, Jacques Balayla, Ethical considerations in the era of the uterine transplant: an update of the Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation, *Fertility and Sterility*, Volume 100, Issue 4, 2013, Pages 924-926, ISSN 0015-0282, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.05.026>.

<sup>154</sup> Citatet finns på Rothblatts blogg: <https://mindclones.blogspot.com/2010/02/>. Rothblatt skriver också: "The unprecedented opportunities brought to us by advanced medical technology have unconventional legal and ethical sequelae. Be it frozen embryos, surrogate mothers, kidney donations or computerized prosthetics, we have been able to get comfortable with the moral consequences. We have repeatedly shown ourselves to both be able to create life-affirming possibilities that have never before existed, and to then accommodate such creations to our ancient life-respecting values."

(<https://mindclones.blogspot.com/2010/04/13-why-would-mindclones-want.html>). Rothblatt innehar en hedersexamen i "transgender studies" finansierad av en annan inflytelserik och förmögen transaktivist, Jennifer Pritzker. Se: <https://www.uvic.ca/research/transchair/index.php>.

För en diskussion om kopplingen mellan trans och transhumanism, se kapitel 3 i Helen Joyces bok *Trans – when ideology meets reality* (2020) samt Jane Clare Jones appendix "A brief history of transgender ideology" på *The Political Erasure of Sex*, <https://thepoliticalerasureofsex.org/>.

<sup>155</sup> Veldorale-Griffin, A., Darling, C.A. Adaptation to Parental Gender Transition: Stress and Resilience Among Transgender Parents. *Arch Sex Behav* 45, 607–617 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0657-3>

<sup>156</sup> Bergström, Helena. *Kön och förändring: Kontinuitet och normalitet i anhörigas relationer till transsexuella*. Doktorsavhandling. Stockholm: Pedagogiska institutionen, 2007.

<sup>157</sup> Se även Susan Faludis självbiografiska roman *Mörkrummet* om hennes pappas transition och Vaishnavi Sundars dokumentärfilm *Behind The Looking Glass* som ger inblick i hur situationen kan vara för kvinnor vars män transitionerar: <https://limesodafilms.com/btlg/>.

<sup>158</sup> Veldorale-Griffin, A. (2014). Transgender Parents and Their Adult Children's Experiences of Disclosure and Transition. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(5), 475–501. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.866063>

<sup>159</sup> Mamou G, Lagrange C, Mendes N, Wielart J, Poirier F, Medjkane F, Brunelle J, Drouineaud V, Rosenblum O, Gründler N, Ansermet F, Falissard B, Cohen D, Condat A. The Developmental Implications of the Use of Reproductive Technologies for Transgender People: A Comparative Cross-Section Protocol. *Front Psychiatry*. 2020 Apr 1;11:243. doi: 10.3389/fpsy.2020.00243. PMID: 32300316; PMCID: PMC7145385.

En uppenbar brist i den planerade studien är att jämförelsegrupperna enbart består av heterosexuella par, då insemination för lesbiska par inte har varit tillåtet i Frankrike under samma tidsperiod. Det vore naturligt att även jämföra med andra föräldrapar som behöver assisterad befruktning på grund av att de är två biologiska kvinnor.