

**Mikael Landén**, med dr, specialistläkare, sektionen för psykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

**Owe Bodlund**, docent, överläkare, psykiatriska institutionen, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

**Lisa Ekselius**, docent, överläkare, institutionen för neurovetenskap, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala

**Gunnar Hambert**, docent, föredragande läkare i Socialstyrelsens rättsliga råd, Stockholm

**Bengt Lundström**, docent, överläkare, psykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

## Bytt är bytt – kommer aldrig igen

### Könsbyte för närvarande bästa hjälp för transsexuella

■ Transsexualism – att uppfatta sig född i fel kön – är ett mycket ovanligt tillstånd som drabbar mellan 1/10 000 och 1/15 000 [1, 2], se Tabell I. Men trots att transsexualism är så ovanligt har många människor hört talas om fenomenet, och en del kan även redogöra för avgränsningen mot till exempel transvestism (en man som tillfälligtvis och ofta under sexuell upphetsning klär sig i kvinnokläder utan permanent önskan om att byta kön). Detta allmänintresse beror på att transsexualism väcker frågor om vår egen identitet. Vad betyder det att själsligen uppfatta sig som kvinna? Vad betyder det att själsligen uppfatta sig som man?

En transsexuell person sägs lida av *störd könsidentitet*, det vill säga ett tillstånd där det upplevda könet inte är detsamma som det anatomiska könet. De flesta av oss framlever våra dagar utan att i nämnvärd utsträckning grubbla över vår könsidentitet; idén om att det överhuvudtaget finns något sådant som könsidentitet emanerar följaktligen till stor del från de transsexuellas upplevelser.

Om nu könsidentiteten är störd hos transsexuella förefaller det rationellt att försöka korrigera densamma, antingen med psykologiska eller medicinska behandlingsmetoder. Men detta varken fungerar eller accepteras av de drabbade. Ty för den drabbade är könsidentiteten det primära, medan det som skall korrigeras är kroppen. En transsexuell person uppfattar sin könsidentitet som oproblematisk – liksom vi andra – medan deras könskaraktäristika däremot uppfattas som bisarra missbildningar. Detta är inte lätt att förstå, men som kvinna kunde man göra följande tankeexperiment för att försöka leva sig in i hur en transsexuell person känner:

Du (en kvinna) vaknar en morgon och upptäcker – inte att du förvandlats till en skalbagge – men väl att det växt ut en penis mellan benen. Mardrömmar kan vara bisarra i överkant, resonerar du, men efter frukost hänger utväxten kvar och du inser att något måste göras. Du kontaktar därför kirurgen på orten för att få missförhållandet åtgärdat. Men kirurgen bara skakar på huvudet och vill inte operera bort penis. Istället förordar han/hon samtalsterapi i syfte att få dig att acceptera din nya penis, och rekommenderar en bra psykoterapeut.

Hur tror du att du reagerat på ett dylikt förslag? Hade du

#### SAMMANFATTAT

Transsexualism betecknar ett tillstånd då könsidentiteten – det upplevda könet – inte överensstämmer med det anatomiska könet.

Det inte går att ändra en persons könsidentitet i vuxen ålder. Behandlingen är istället att så långt det är möjligt försöka få den transsexuellas kropp att likna det kön som han/hon uppfattar sig tillhöra, det vill säga genomföra ett medicinskt och kirurgiskt könsbyte.

Beslut om könsbyte fattas i Socialstyrelsens rättsliga råd. Beslutet är i princip oåterkalleligt.

Utredningen av könsidentitetsstörningar bör skötas av, eller i samråd med, något av de regionteam som finns vid universitetsorterna.

Det finns nu lång erfarenhet av nyttan av könsbyte hos en noga utvald grupp av patienter.

Orsaken till att den del av nervsystemet som styr könsidentiteten könsdifferentieras i annan riktning än övriga kroppen är inte känd.

accepterat psykoterapi som behandling för din motvilja att vara utrustad med penis?

Män, å sin sida, kan försöka föreställa sig att något läkemedel som biverkan givit mycket uttalad gynekomasti. Jag tror de flesta män hade valt att avsluta läkemedelsbehandlingen, och om inte gynekomastin gick i regress önskat kirurgisk korrektion, inte psykoterapeutisk behandling. En transsexuell genetisk kvinna sade en gång: »Jag är mycket förtjust i bröst – – men de skall inte sitta på mig«, ett påstående de flesta män instämmer i.

Av det ovanstående förstås att det inte går att ändra en per-

**Tabell I.** Antal individer som mellan 1972 och 1999 ansökt till Socialstyrelsen om könsbyte. M-F=man-till-kvinna, F-M=kvinna-till-man. Under de första 20 åren av lagligt reglerat könsbyte i Sverige var antalet ansökningar tämligen stabilt. Under senare hälften av 1990-talet har det dock skett en ökning av antalet ansökningar från män-till-kvinnor.

	M-F	F-M	Totalt	Könkvot M-F:F-M
	n	n	n	
1972–1982	78	61	139	1,3:1
1982–1992	56	38	94	1,5:1
1992–1999	74	33	107	2,2:1
1972–1999	208	132	340	1,6:1
Genomsnittligt antal fall per år	7,7	4,9	12,6	

soms könsidentitet i vuxen ålder. Istället är den lösning som står till buds att så långt det är möjligt försöka få den transsexuelles kropp att likna det kön som han/hon uppfattar sig tillhöra, det vill säga genomföra ett hormonellt och kirurgiskt könsbyte.

### Etiologi

Orsaken till transsexualism är inte klarlagd. Att könshormoner i någon bemärkelse (serumnivåer, receptoruttryck, enzymaktivitet etc) påverkar könsdifferentieringen av det centrala nervsystemet står dock helt klart. En teori går således ut på att den del av nervsystemet som har med könsidentiteten att göra differentieras i annan riktning än den övriga kroppen. Detta skulle exempelvis kunna ske genom kortvarig hormonpåverkan under så kallade »kritiska perioder«, sannolikt hos genetiskt predisponerade individer. Det finns indikationer på vilket område i hjärnan som har betydelse för könsidentiteten [3]. Att speciella familjekonstellationer – eller att någon förälder önskar sig ett barn av motsatt kön – skulle kunna bidra till utvecklingen av transsexualism kan visserligen inte uteslutas, men verkar högst osannolikt.

En klassiker i detta sammanhang är berättelsen om en tvillingpojke som uppfostrades som flicka. Tvillingarna föddes i USA på 1960-talet. När den ena tvillingen omskars brände diatermiapparaten bort hela penis. En ledande sexualforskare, John Money, konsulterades angående fallet. Money såg kön som en social konstruktion; vi föds könlösa och uppfostras att uppföra oss som pojkar eller flickor, resonerade han. Efter samråd med Money bedömdes det lämpligt att uppfostra den penislöse pojken som en flicka. Fallet beskrevs vetenskapligt och användes som bevis för att vi föds könsneutrala och kan uppfostras i ettdera könet [4]. Sedan dess har dock detta berömda fall följts upp, och det visar sig att pojken aldrig under sin uppväxttid anpassade sig som flicka [5]. Pojken bytte så småningom kön igen och lever numera som man och är gift med en kvinna. Pojkens öde, och de vetenskapliga intrigerna som beledsagat fallet, diskuteras utförligt i en nyutkommen bok [6].

En av nedmejslarna till dessa rader (ML) har i sin praktik ett analogt fall med en genetisk pojke, född i Göteborg 1970, som på grund av penisagenesi uppfostrades som flicka och behandlades med kvinnligt könshormon. Denna »flicka« utvecklade manlig könsidentitet och sexuell attraktion mot kvinnor; hon kan således sägas lida av *iatrogen transsexualism*. Som 18-åring informerades hon om att hon var kromosomal man. Beskedet gjorde henne inte särskilt förvånad eller upprörd, tvärtom blev hon lättad över att få

en förklaring till varför hon genom livet känt sig annorlunda.

Idag rekommenderas att barn i motsvarande situation uppfostras i enlighet med sitt kromosomala kön, men framförallt att man avvaktar med irreversibla åtgärder så länge som möjligt [7].

### Könshormoner

Hos transsexuella kvinnor-till-män har man funnit en överrepresentation av det hyperandrogena tillståndet polycystiskt ovariesyndrom [8-10]. Vidare har en studie visat att kvinnortill-män har högre androgennivåer [9] och mer maskulin anatomi [11, 12] jämfört med kontroller. Hos män-till-kvinnor finns däremot inga konsistenta fynd vad avser avvikande serumnivåer av könshormoner [13, 14].

En holländsk grupp studerade en kärna i hypotalamus som normalt är större hos män än hos kvinnor. De fann att denna kärna var lika liten hos transsexuella män-till-kvinnor som hos friska kvinnor [3]. Detta skulle alltså kunna vara det neuroanatomiska korrelatet till transsexualism, men fyndet får tolkas med försiktighet i väntan på replikering.

I en svensk studie har kandidatgener av betydelse för könshormoners effekt studerats hos män-till-kvinnor [opubl data]. Resultaten ger ytterligare stöd för teorin att könsidentiteten styrs av ett tidigt inflytande av könshormoner. Sammantaget måste dock konstateras att transsexualismens etiologi och patofysiologi till stora delar är höljdd i dunkel.

### Utredning

Innan ett könsbyte av en transsexuell person kan komma ifråga måste dock en omfattande utredning göras. Utredningen bör skötas av, eller i samråd med, någon av de regionteam som finns vid universitetssjukhusen. I första hand tarvas en somatisk utredning med bland annat undersökning av genitalia (stor taktfullhet krävs eftersom detta är speciellt integritetskränkande för dessa patienter). Laborationer bör förutom rutinlaborationer (blod-, lever-, elektrolytstatus) innefatta serumnivåer av TSH, LH, FSH, prolaktin, testosteron och estrogen. Utredningen bör i övrigt styras av specifika frågeställningar; exempel på vanligt förekommande, men inte obligata, undersökningar är EEG, könskromatinbestämning och hjärnabbildning med speciellt avseende på hypofysområdet.

Den psykiatriska utredningen skall leda fram till två bedömningar:

1. För det första ett fastställande av diagnosen. Detta kan i ett avseende ses som en bedömning av stabiliteten avseende önskan om könsbyte. Om könsidentiteten är något man funderar över i en tillfällig livskris är naturligtvis inte könsbyte tillämpligt. Att uppfatta sig som tillhörande motsatt kön förekommer ibland som en vanföreställning vid till exempel schizofreni, och skall då behandlas med antipsykosmedel på vanligt sätt. Man kan dock tänka sig olyckan att drabbas av både schizofreni och transsexualism, för diskussion kring dylika fall, se [16]. Differentialdiagnoser som övervägs är också effeminerad homosexualitet och transvestitisk fetischism. Varaktigheten i patientens önskan om könsbyte bedöms dels genom objektivt namn och anhöriganamn, dels genom en långvarig kontakt och observationstid. Observationstiden och provotiden, »the real life test«, – den tid under vilken patienten förväntas leva i den önskade könsrollen – uppfattas ofta som för lång av patienten och som för kort av utredaren, och är en klassisk källa till konflikt. Å ena sidan rör ärendet en radikal och oåterkallelig behandling som noga måste övervägas och där risken för ånger hos patienten minimeras. Å andra sidan är transsexualism förenat med stort lidande, och det finns all anledning att snabbt hjälpa patienten

**Tabell II.** Utrednings- och behandlingssteg vid könsbyte. Ungefärlig tidsplan.

Steg i utredningen	År
Söker hjälp	0
Medicinsk och psykologisk utredning	0–2
Prövotid/«Real life test»	0–1–2
Ansökan och beslut	2
Namnbyte och hormonbehandling	
Kirurgiska ingrepp (inre och yttre genitalia, bröst med mera)	3
Fastställande av den nya könstillhörigheten	
Uppföljning och fortsatt hormonbehandling	4

ten till en dräglig tillvaro. Läkarens roll är att med patientens bästa för ögonen väga dessa två mot varandra i en individuell prövning. När detta är sagt finns det ändå skäl att ange två års observationstid som en lägsta riktlinje. Ibland möter den utredande läkaren uppfattningen att han/hon med sin makt står i vägen för könsbytet, som borde vara en allmän nytthet. Men om patienten ångrar sig efter könsbytet, var det då snällt eller elakt av läkaren att bara kräva tre månaders observationstid? I Frankrike dömdes för ett par år sedan en kirurg till fängelsestraff då han opererat en transsexuell efter endast en konsultation.

2. Den andra viktiga bedömningen rör patientens samlade förutsättningar att genomgå ett könsbyte och möjlighet att på ett tillfredsställande sätt leva i den nya könsrollen. Patientens sociala situation vägs in, och närstående bör erbjudas information. Att de närstående aktivt motsätter sig könsbytet har visats vara den faktor som är av störst betydelse för de åtta ångerärenden som hamnat på Socialstyrelsens bord sedan 1972 [17]. Patientens psykologiska/personlighetsmässiga resurser skall bedömas, och till sin hjälp bör man härvidlag ha någon form av psykologisk testning [18]. Vilka specifika testbatterier eller metoder som man använder sig av är avhängigt individuella preferenser. Kontakt med regionteamet för diskussion rekommenderas. Slutligen har också de rent fysiska förutsättningarna betydelse för både det kirurgiska resultatet och adaptationen i en ny könsroll. Plastikkirurgerna på Karolinska sjukhuset bör därför få ge sin bedömning så tidigt som möjligt i utredningen.

## Ansökan

När den medicinska, psykologiska och sociala utredningen är klar, och könsbyte bedöms vara den enda utvägen för patienten, ansöker patienten om könsbyte, det vill säga namnbyte, sterilisering, kastrering, ingrepp i yttre och inre genitalia samt fastställande av ny könstillhörighet. Detta sker på fastställd blankett som rekvideras från Socialstyrelsen. Ansökan ställs till Socialstyrelsens rättsliga råd. Till ansökan fogas personbevis utvisande svenskt medborgarskap och civilstånd (måste vara ogift) samt ett läkarutlåtande styrkande att lagens förutsättningar är uppfyllda.

Detta läkarutlåtande är omfattande och författas av – eller i samråd med – någon av läkarna i regionteamet. När ansökan nått Socialstyrelsen förbereder en föredragande läkare ärendet, som därefter går på remiss till sakkunniga. Slutligen fattas beslut i Socialstyrelsens rättsliga råd. Beslutet är i princip oåterkalleligt. Det är vanligt att patienterna presenterar sig för rådet i samband med beslutet. Efter beslut skickas underlag till Patent- och registreringsverket som ombesörjer namnändring. Skattemyndigheten ändrar personnummer. Med tillståndet till könsbyte kan de kirurgiska

## II Fakta 1

### Lagen

Sverige fick som första land i världen en lag som reglerade åtgärder i könsmodifierande syfte. Lagen, Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, trädde i kraft den 1 juli 1972.

Lagen reglerar i sin första paragraf åtgärder syftande till könsbyte vid transsexualism. I sin andra paragraf reglerar lagen ny könsanteckning hos personer som på grund av missbildning i könsorganen blivit felrubricerade i anslutning till partus. Det senare gäller framför allt barn med olika former av pseudohermafroditism.

De åtgärder som regleras i lagen är fastställande av ny könstillhörighet samt tillstånd till ingrepp i könsorganen i syfte att göra dem mer lika det motsatta könets. Socialstyrelsens rättsliga råd är beslutande enligt denna lag. Överklagande sker till kammarrätten. Förutsättning för fastställande av ny könstillhörighet är genomgången sterilisering. Detta sker enligt steriliseringslagen. För den som inte fyllt 25 år fordras särskilt tillstånd för sterilisering. Även beträffande sterilisering är Socialstyrelsens rättsliga råd beslutande.

Om förnamnsbyte beslutar Patent- och registreringsverket, men i dessa ärenden fattas inget beslut utan att Socialstyrelsens rättsliga råd tillstyrkt. I praktiken ansöker patienten om förnamnsbyte hos rättsliga rådet som yttrar sig och överlämnar ärendet till Patent- och registreringsverket för beslut.

De plastikkirurgiska ingreppen i könsorganen omfattar även kastrering. Tidigare fordrades härför tillstånd enligt kastreringslagen 1944. Lagändring har emellertid skett, den 1 januari 1994, så att tillstånd till kastrering nu kan meddelas enligt samma paragraf som tillstånd till ingrepp i könsorganen.

Lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall gäller endast ogift, svensk medborgare som fyllt 18 år.

ingreppen i könsorganen utföras och Skattemyndigheten ändra personnumret.

Som framgår av Tabell II landar ofta utrednings- och behandlingstiden i Sverige på cirka fyra år från det att man först söker läkare till fastställande av den nya könstillhörigheten och operation. Som ovan kommenterats påverkas dock tidschemat av individuella faktorer, och också av vilka resurser utredningsteamet har.

## Medicinsk behandling

Givet att könsidentiteten inte låter sig korrigeras får man istället försöka förändra kroppen för att harmoniera med identiteten, onekligen ett ovanligt förfarande i psykiatrisk praktik (jämför till exempel anorexia nervosa). De medicinska och kirurgiska metoder som används idag har stora likheter med dem som beskrevs i ett banbrytande klassiskt arbete från 1953 [19]. Den medicinska interventionen består av behandling med motsatt köns könshormoner. För genetiska män används estrogen (exempelvis estradiol, etinyl-estradiol) och ibland antiandrogen (cyproteronacetat, flutamid, spironolaktin eller finasterid). För estrogen eftersträvas fysiologiska doser, rekommendationer i Fass gäller, och inga överdoseringar. För genetiska kvinnor använder man vanligtvis intramuskulära injektioner med testosteronester (Testoviron depot), initialt varannan vecka tills menstruationerna upphör, därefter var tredje eller var fjärde vecka. Behandlingen är livslång. Biverkningarna är ökad risk för hjärt-kärlsjukdom vid testosteronbehandling (minskad vid estrogenbehandling) och ökad risk för trombo-

embolism vid estrogenbehandling, framför allt hos personer över 40 år. Rökstopp är därför eftersträvarsvårt vid behandling med estrogen. Estrogenbehandling bör dessutom seponeras ett par veckor före kirurgiska ingrepp eller vid immobilisering av annat skäl. Vid förhöjd risk för trombos kan transdermalt estrogen vara ett alternativ. Både estrogen- och testosteronbehandling kan ge förhöjda leverenzymmer, men det finns inget skäl att regelmässigt följa leverfunktionen. Detta gäller dock inte antiandrogenbehandling (flutamid och cyproteronacetat), vid vilken leverfunktionen bör övervakas. Kontraindikationer för estrogenbehandling är en stark aräditär belastning för bröstcancer och prolaktinproducerande tumörer; för testosteronbehandling svåra hyperlipidemier med kardiovaskulära komplikationer. För båda behandlingarna gäller försiktighet vid kardiovaskulär sjuklighet, cerebrovaskulär sjukdom, tromboembolisk sjukdom, kraftig obesitas, dåligt kontrollerad diabetes samt lever-sjukdom [20]. Hormonbehandlingen regleras inte i lagen, och påbörjas ibland av praktiska skäl före själva ansökan om könsbyte. Det vilar då ett betydande ansvar på förskrivande läkare eftersom det naturligtvis kan bli avslag på ansökan; påbörjad hormonbehandling bör inte användas som påtryckningsmedel för att få till stånd ett könsbyte.

Här finns också skäl att kommentera en besvärlig och olycklig situation som utredare av och till ställs inför: att personer inlett hormonbehandling eller till och med genomgått kirurgisk behandling utomlands, och nu önskar fortsatt förskrivning eller ett legalt könsbyte. Det råder delade meningar om hur dessa ärenden skall hanteras. När det gäller hormonbehandlingen är dock en grundinställning att utredaren vid i förtid påbörjat hormonintag avböjer att skriva ut hormonrecept tills man uppnått ett rimligt mått av säkerhet i bedömningen beträffande fortsättningen, enligt praxis när utredningen pågått cirka ett år. För de utomlands kirurgiskt åtgärdade fallen iaktas den strikta grundregeln att det måste föreligga en godtagbar utredning av svensk psykiater innan frågan om fastställande av ny könstillhörighet kan tas upp till bedömning av Socialstyrelsens rättsliga råd.

### Kirurgisk behandling

Alla könsbytesoperationer i Sverige utförs vid plastikkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, till vilken den lokala plastikkirurgiska kliniken utfärdar specialistremiss. I korthet avlägsnas hos män-till-kvinnor testiklarna. En neovagina skapas vari den inverterade penishuden invagineras. Spetsen på glans används till formerandet av klitoris. Hos kvinnor-till-män avlägsnas bröstet. Man gör en falloplastik med hudtagning från underarm eller buksidan. Försök görs på Karolinska sjukhuset att med in vitro-odlad uretravävnad tillskapa en uretra.

### Utredningsresurser i Sverige

Utredningarna inför könsbyte har hittills skett decentraliserat vid universitetsorterna, men dessa regionteam har inte konsekvent tilldelats öronmärkta resurser utan har stått och fallit med personligt engagemang, vilket är otillfredsställande. Ett nationellt centrum för dessa utredningar har diskuterats men hittills avvisats med hänvisning till »närhetsprincipen«. I Stockholm har nyligen en enhet skapats för utredningar på Huddinge sjukhus.

### Hur går det sedan?

Såsom är fallet med flera kirurgiska och medicinska åtgärder är det omöjligt att utföra dubbelblinda randomiserade studier i syfte att utvärdera effekterna av könsbyte. Men det faktum att studier av resultatet vid könsbyte har metodolo-

giska svagheter innebär dock inte att vi står okunniga inför resultaten.

I Sverige följdes 13 män-till-kvinnor och 11 kvinnor-till-män upp efter ett minimum av 3,5 år. De nöjda och mycket nöjda utgjorde 69 procent av män-till-kvinnor och 91 procent av kvinnor-till-män [21]. I en färskare svensk undersökning sändes en enkät till 136 patienter, som opererats mellan 1965 och 1995. Här rapporterade 86 procent att de var nöjda med sin nya könsroll, medan 14 procent var missnöjda [22]. I en annan svensk studie från 1996 följdes 19 transsexuella i fem år, varvid 68 procent bedömdes som lyckade (utifrån sex olika utfallsvariabler). En av de 19 patienterna var missnöjd och ångrade beslutet [23]. I Nederländerna intervjuades 105 män-till-kvinnor och 36 kvinnor-till-män. Majoriteten var tillfredsställda eller mycket tillfredsställda med resultatet [24]. I England delade man slumpvis upp patienter mellan å ena sidan en två års provotid och å den andra tidig kirurgi, varav det senare främjade sexuell aktivitet, sociala förhållanden och arbetsförmåga [25].

Det finns dock kritiska röster mot könsbyte som behandling av transsexualism, och en del har anbefallt användandet av psykoterapeutiska tekniker för att korrigera könsidentiteten [26-28]. Men som beskrevs ovan motsätter sig patienterna oftast psykoterapi som behandling (däremot inte som stöd i könsbytesprocessen), och det återstår att visa mer än anekdotiska fall som dragit nytta av psykoterapi i meningen att man inte längre erfar motsatt könsidentitet. Behavioristiska försök med belöning och bestraffning för könskonformt respektive könskonträrt beteende gav nedslående resultat och förefaller etiskt mycket diskutabelt.

Sammantaget finns betydande empiriskt stöd för nyttan av könsbyte hos en noga utvald grupp av patienter [21, 29-32].

### Är transsexualism en sjukdom?

Det har visat sig att människor med motsatt könsidentitet funnits i alla tider [13]. Synen på fenomenet varierar emellertid över åren och mellan kulturer. I Västerlandet betraktas transsexualism som en psykiatrisk åkomma och listas i våra sjukdomsklassifikationssystem [33, 34], medan transsexuella personer i andra kulturer haft en plats i den sociala ordningen [35]. Inom den så kallade queer-rörelsen görs ibland jämförelser med homosexualitetens status som normalvariant, och det har hävdats att transsexualism bör »depatologiseras« så som skedde med homosexualitet (1979 togs homosexualitet bort som diagnos från ICD i Sverige). Jämförelsen mellan transsexualism och homosexualitet haltar dock av flera skäl. Det viktigaste skälet är att man vid transsexualism utför en mycket radikal medicinsk behandling. Som alla behandlingar föregås denna av diagnostiska överväganden, en prognostisk bedömning och övervägande av alternativa behandlingar eller lösningar. Den medicinska och kirurgiska behandlingen måste naturligtvis följas upp av medicinskt skolade. Ett andra skäl till att det föreligger en stor skillnad mellan homosexualitet och transsexualism är att homosexuella kräver sin rätt att leva som man är, medan transsexuella önskar få leva tvärt emot vad man (anatomiskt) är. Homosexualitet kräver ingen behandling och utgör inte något funktionshinder i ett liberalt samhälle (såvida man inte lägger strikt reproduktionsmässiga aspekter på funktion), och behöver följaktligen inte diagnostiseras.

### Åtnjuter könsbyte folklig stöd?

För att belysa frågan om vilka attityder de transsexuella möter ute i samhället och hurvida könsbyte är en behandling som åtnjuter lekmannens stöd utfördes 1998 en större enkätundersökning i Sverige [36]. 1 000 slumpvis utvalda perso-

ner fick svara på frågor rörande könsbyte. Av de 67 procent som besvarade enkäten stöddes könsbyte av en betydande majoritet. Huvudfyndet var en positiv och tolerant inställning till transsexuella personer. Det enda anmärkningsvärda var att en majoritet ansåg att individen själv skulle stå för kostnaderna förenade med ett könsbyte.

## Sammanfattande kommentar

Könsbyte som behandling för transsexualism har förekommit sedan mitten av förra seklet och blev lagligt sanktionerat i Sverige 1972. Metoderna har sedan dess förfinats. Kirurgin har utvecklats dramatiskt, större vikt läggs vid det psykologiska omhändertagandet under själva bytet och man lägger större vikt vid stöd från närstående i processen. Huvuddragen i behandlingen kvarstår dock oförändrade sedan 1950-talet, och utvärderingar talar entydigt för att könsbyte är det bästa vi kan erbjuda de drabbade. Utredning och behandling av könsidentitetsstörningar bör skötas av psykiater i samråd med de regionteam som finns vid universitetssjukhusen.

## Referenser

1. Landén M, Wålinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(4):221-3.
2. Landén M, Wålinder J, Lundström B. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(4):261-3.
3. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995; 378:68-70.
4. Money J. Ablatio penis: Normal male infant sex-reassigned as a girl. *Arch Sex Behav* 1975;4(1):65-71.
5. Diamond M. Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. *Arch Sex Behav* 1982; 11(2):181-6.
6. Colapinto J. *As nature made him: the boy who was raised as a girl*. 1st ed. New York: Harper Collins Publishers; 2000.
7. Diamond M, Sigmundson HK. Management of intersexuality. Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151(10):1046-50.
14. Gooren L. The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. *Psychoneuroendocrinology* 1990; 15(1):3-14.
16. Landén M, Rasmussen P. Gender identity disorder in a girl with autism – a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6(3):170-3.
17. Landén M, Hambert G, Wålinder J, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:284-9.
18. Bodlund O. Transsexualism and personality: Methodological and clinical studies on gender identity disorders. Umeå: Umeå University; 1994.
19. Hamburger C, Sturup G, Dahl-Iverson E. Transvestism, hormonal, psychiatric and surgical treatment. *JAMA* 1953; 152:391-6.
20. Gooren LJG. Hormonal sex reassignment. *The International Journal of Transgenderism* 1999;3(3). URL: <http://www.symposium.com/ijt/ijt990301.htm>.
21. Wålinder J, Thuwe I. A social-psychiatric follow-up study of 24 sex-reassigned transsexuals. Göteborg, Sweden: Scandinavian University Books; 1975.
22. Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1997; 31(1):39-45.
23. Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism – general outcome and prognostic factors. A five year follow-up study of 19 transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav* 1996;25(3):303-16.
29. Rehman J, Lazer S, Benet AE, Schaefer LC, Melman A. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Arch Sex Behav* 1999;28(1):71-89.
31. Lundström B, Pauly IB, Wålinder J. Outcome of sex reassignment surgery. *Acta Psychiatr Scand* 1984;70:289-94.
32. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 1999;46(4): 315-33.
36. Landén M, Innala S. Attitudes towards transsexualism in a Swedish national sample survey. *Arch Sex Behav* 2000;29(4):193-206.

I Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://tarkiv.lakartidningen.se>  
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.

## SUMMARY

Done is done – and gone is gone;  
sex change presently the best remedy for  
transsexuals

**Mikael Landén, Owe Bodlund, Lisa Ekselius, Gunnar Hambert, Bengt Lundström**

*Läkartidningen* 2001;98:3322-6

Sweden was the first country to legislate on sex reassignment procedures in 1972. Patients with gender dysphoria are in Sweden referred to one of six university clinics specialised in the field; all surgery, however, is centralised to the Karolinska Hospital in Stockholm. The aetiological strivings regarding transsexualism have to date been inconclusive; however, several lines of evidence speak in favour of an early biological influence on gender identity. The vast majority of studies addressing outcome have provided convincing evidence for the benefit of sex reassignment surgery in carefully selected cases. The current article summarises the state of the art regarding work-up and treatment of transsexuals.

Correspondence: Mikael Landén, Section of Psychiatry, Sahlgrenska University Hospital, Mölndal, SE-431 80 Mölndal, Sweden.