



Forskningsplan

Syfte och frågeställning

Syftet med detta projekt är att fördjupa kunskapen om transpersoners erfarenheter av minoritetsglädje (positiva erfarenheter kopplade till identiteten) och att få en bättre kunskap om transpersoners erfarenhet av minoritetsglädje och minoritetsstress över tid. Projektet avser också studera hur dessa erfarenheter samvarierar med symtom på psykisk och fysisk ohälsa (symtom på depression, ångest och fysisk värk), faktorer som har föreslagits påverka utvecklingen av denna ohälsa (oro och self-compassion) och livskvalité innan, under och efter en stöttande intervention bland vuxna och ungdomar över 15 år. Vid rekrytering eftersträvas en variation av upplevelser (av minoritetsstress och minoritetsglädje) och hälsofaktorer. Därför kommer personer med olika nivå av livskvalité samt symtom på fysisk värk, depression och/eller ångest att inkluderas. Detta ger också möjlighet att undersöka hur en stöttande intervention upplevs om den ges preventivt, det vill säga till personer som rapporterar att de mår bra.

Interventionen riktar in sig på minoritetsstressens tre delar, så som de har beskrivits i minoritetsstressmodellen (Meyer, 2003) och ges i randomiserad följd: 1. Psykoedukation och beteendeorienterad insats om minoritetsstress och minoritetsglädje 2. En kognitiv intervention fokuserat på oro, och 3. En intervention baserat på self-compassion-baserade insatser för att stärka självmedkänsla och påverka eventuell internaliserad transfobi.

Forskningsfrågorna är:

1. Har transpersoner positiva upplevelser på grund av att de tillhör en minoritet (minoritetsglädje)? Hur beskrivs dessa upplevelser av deltagarna?
2. Hur ofta och i vilka situationer upplever transpersoner med olika grad av symtom på hälsoproblem minoritetsstress respektive minoritetsglädje över tid?
3. Hur samvarierar minoritetsstress och minoritetsglädje över tid med symtom på fysisk och psykisk ohälsa (smärta, ångest, och depression) samt livskvalité hos transpersoner med olika grad av symtom på hälsoproblem?
4. Hur samvarierar minoritetsstress, minoritetsglädje, symtom på ohälsa och livskvalité med de föreslagna mediatorerna, oro och self-compassion hos deltagare med olika grad av symtom på hälsoproblem?
5. Påverkar en intervention riktad mot minoritetsstressens tre delar symtom på ohälsa och livskvalité bland transpersoner med olika grad av hälsoproblem och finns distinkta skillnader mellan de tre delarna av interventionen? Hur påverkar modulerna när de ges fristående (dvs ses förändring efter modul 1)?
6. Hur genomförbar är den stöttande interventionen för deltagarna och hur upplevs den av deltagare med olika grad av symtom på hälsoproblem?

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Bakgrund och relevans

En del personer identifierar sig inte som det kön de tilldelades vid födseln. Vissa identifierar sig som det andra juridiska könet, andra som något mittemellan, både-och eller varken-eller (Wurm, 2017). Könsidentiteter som inte är i linje med det kön en person tilldelades vid födseln samlas under paraplybegreppet transperson. Allt fler människor i Sverige, särskilt i yngre åldersgrupper, kontaktar hälso- och sjukvården på grund av frågor om könsidentitet (Kaltiala et al., 2020). Samtidigt är det inte alla transpersoner som upplever könsdysfori eller vill ha medicinska ingrepp, och många söker aldrig vård. Transpersoner definieras här brett som personer som inte identifierar sig med det kön som tilldelades vid födseln, inklusive vissa huvudsakligen queer identifierade personer. I en representativ befolkningsstudie med vuxna i Stockholm (N = 50 157) rapporterade 2,8 % av deltagarna att de kände sig som ett annat kön än det de tilldelades vid födseln, och 0,5 % rapporterade att de ville förändra sin kropp med hormoner eller kirurgi (Åhs et al., 2018). I den yngsta åldersgruppen (22-29 år) var siffrorna ännu högre med 6,3 % som inte identifierade sig som sitt tilldelade kön och 1 % som önskade förändringar. Detta är betydligt fler än de 0,4 % som rapporterar en transidentitet i det nationella hälsoregistret och också betydligt fler än de 0,04 % som någonsin fått en könsdysfori-diagnos i Sverige (Forte, 2018; Socialstyrelsen, 2020), även med tanke på att studien genomfördes i en storstad och siffror kan skilja sig åt nationellt. En högre prevalens än vad siffrorna från hälso- och sjukvården indikerar, särskilt i yngre populationer, har också konstaterats internationellt (Kaltiala et al., 2020; Zhang et al., 2020). Senaste Gallup undersökningen i USA visade exempelvis att 2 % av de i den yngsta gruppen (födda mellan 1997-2003) identifierade sig som transperson (Jones, 2022).

Transpersoners hälsa

Transpersoner som grupp har visat sig ha en högre risk för psykisk och fysisk ohälsa (Dhejne et al., 2011; Downing & Przedworski, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015; Rider, McMorris, Gower, Coleman, & Eisenberg, 2018; Valentine & Shipherd, 2018). Detta har förklarats med deras förhöjda risk för utsatthet i form av minoritetsstress (Frost, Lehavot, & Meyer, 2013; King et al., 2020; Meyer, 2003; Tebbe & Moradi, 2016; Valentine & Shipherd, 2018).

Minoritetsstress är den förhöjda risken för diskriminering och övergrepp som en person upplever på grund av sin minoritetsstatus (Meyer, 2003). Den upplevs också genom oro för att bli utsatt, och genom internaliserad transfobi.

Minoritetsstress kan också yttra sig som mer vardagliga negativa interaktioner, så kallade mikroaggressioner (Nadal, 2018) och upplevs på alla sociala arenor (Carroll-Beight, & Larsson, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015; Persson Tholin & Broström, 2018; Statens Offentliga Utredning, 2017).

Förutom psykiskt lidande fokuserar den här studien också på fysisk ohälsa i form av smärta. Transdiagnostiska modeller har studerat samsjuklig smärta och emotionell problematik. Här lyfts gemensamma underliggande faktorer, såsom interpersonella stressorer och oro, som påverkar utvecklandet av både fysiska och psykiska problem (Asmundson & Katz, 2009; Wurm et al., 2017; 2018). Smärta är det vanligaste hälsoproblemet totalt sett inom primärvården och upplevs ofta i kombination med psykiatriska problem (Kallionen,

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Bernhardsson, Grohp, Lisspers & Sundin, 2010). Muskuloskeletala smärtproblem (smärta i muskler, ben och leder) är understuderade i transpopulationer, men projektledaren för det föreslagna projektet har analyserat data från en allmän befolkningsstudie av svenska ungdomar och noterat en hög prevalens av muskuloskeletal smärta hos deltagare som angav en könsidentitet som "annat" eller en identitet som skiljer sig från det kön de tilldelades vid födseln (Wurm et al., manuskript under förberedelse). Av dessa ungdomar rapporterar 30 % smärtproblem som påverkade deras vardagliga funktion negativt, jämfört med 16 % av cistjejerna och 8 % av ciskillarna (alltså de tjejer och killar vars könsidentitet är i linje med det tilldelade könet). På grund av dessa resultat, och med tanke på att muskuloskeletala problem är vanliga, är det viktigt att även fokusera på muskuloskeletala smärtproblem i detta projekt.

Transpersoners erfarenhet av hälso- och sjukvård

Transpersoner har, precis som alla andra, behov av allmän hälso- och sjukvård. Som framgår av vår och andras forskning är transspecifik kunskap inom allmän hälso- och sjukvård låg och transpersoner uppger att de upplever minoritetsstress i hälso- och sjukvårdssituationer, vilket gör att de ibland söker vård i ett senare skede (Carroll-Beight & Larsson, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2015; Malmquist, Jonsson, Wikström, & Nieminen, 2019; Persson Tholin & Broström, 2018; SOU, 2017). Detta trots att transkunskap har angetts vara viktig (Socialstyrelsen, 2015). För att säkerställa lika tillgång till vård och möjligheter att behålla eller återfå hälsosamma levnadsförhållanden är det därför viktigt att höja nivån av transspecifik kunskap i den allmänna hälso- och sjukvården. För de transpersoner som upplever könsdysfori finns specialiserad vård tillgänglig vid utredningsteam, ofta genom remiss från den allmänna hälso- och sjukvården. De specialiserade utredningsteam diagnostiserar eventuell könsdysfori och beslutar om relaterade vårdalternativ (Socialstyrelsen, 2015). Vissa transpersoner kan vara ovilliga att diskutera ämnen som de kan vara rädda för kommer att påverka deras möjligheter att få könsbekräftande vård (Socialstyrelsen, 2015). Den högspecialiserade vården har också långa väntetider och är sedan begränsad i omfattning och tid. Detta understryker behovet av transspecifik kunskap och tillgång till transspecifika insatser inom den allmänna hälso- och sjukvården. Detta projekt syftar till att bidra med transspecifik kunskap som kan göras tillgänglig för vårdgivare inom allmän hälso- och sjukvård.

Trots att transpersoner upplever minoritetsstress i sin vardag anger många en god hälsa och hög livskvalité (Folkhälsomyndigheten, 2015). En förklaring till detta är att även skyddsfaktorer påverkar hälsoutfall och livskvalité, men dessa har studerats i mindre utsträckning. Ett fokus på både risk- och skyddsfaktorer skulle ge bättre möjligheter att stötta transpersoner och att förebygga problem.

Några skyddsfaktorer och positiva erfarenheter, såsom socialt stöd (Frost & Meyer, 2012) och könseufori (som kan upplevas när kroppen eller bemötandet från andra överensstämmer med ens identitet) har undersökts (Beischel, Gauvin, & van Anders, 2022), men studier som tar ett brett grepp om området saknas i Sverige. Internationellt har, vad vi vet, endast en

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

mindre studie genomförts där deltagare fick besvara en öppen fråga om sina positiva upplevelser online (Riggle, Rostosky, McCants, & Pascale-Hague, 2011). I en pågående intervjustudie om minoritetsstress som forskarna för detta projekt genomför utforskas även positiva erfarenheter som transpersoner kan ha på grund av sin transerfarenhet (diarienummer för etikprövning 2018/330 och 2021-05834-02), det vi kallar för "minoritetsglädje" och preliminära resultat har publicerats inom ramen för en examensuppsats i psykologi (Filis, 2022). Denna undersökning behöver utökas och fördjupas. För att få en bättre förståelse för upplevelser av minoritetsglädje och minoritetsstress behövs även studier som fångar upp dessa upplevelser över tid. Det behövs också en förståelse för hur negativa och positiva upplevelser samvarierar med psykisk och fysisk ohälsa och livskvalitet. Både förståelsen för hur och när minoritetsglädje upplevs, hur detta ser ut longitudinellt och samvariationen med andra variabler vill vi fördjupa inom ramen för denna studie.

Det har rekommenderats att generell hälso- och sjukvård bör ha grundläggande transkompetens, men också att stöttande (trans-affirmative) interventioner ska kunna erbjudas (Craig et al, 2021; Socialstyrelsen, 2015). Studien ska därför också testa en trans-bekräftande, stöttande intervention med vuxna och ungdomar över 15 år som deltagare.

Projektet kommer att generera värdefull kunskap som i sin tur kan förbättra transpersoners hälsa.

Teoretiskt ramverk

Det aktuella projektet bygger på minoritetsstressmodellen (Meyer, 2003). Modellen utvecklades för sexuella minoriteter men har studerats i transpopulationer (Hendricks & Testa, 2012; Tebbe & Moradi, 2016). Modellen beskriver att minoritetsstress upplevs på tre sätt: 1. Externt, genom ökad exponering för utsatthet, 2. Internt, genom rädsla och oro för att utsättas och 3. Genom internaliserad transfobi (det vill säga internalisering av samhällets negativa bedömningar av transpersoner). Minoritetsstress är en kronisk social stressor kopplad till relativt stabila samhällsstrukturer och som anses läggas till den allmänna "normala" stress som alla upplever. Trots den stora inverkan som minoritetsstress har på den psykiska hälsan har det inte funnits någon longitudinell svensk studie som ger en överblick över hur och var transpersoner upplever minoritetsstress i sin vardag.

Även om det kan gå hand i hand med en högre risk för diskriminering och stigmatisering att inte följa normen, kan det också öppna upp nya möjligheter, som nya relationer och en känsla av samhörighet med transcommunityt. Minoritetsstressmodellen innehåller även skyddsfaktorer som tros påverka minoritetsstressens inverkan på hälsan. Några av dessa, såsom "community connectedness" alltså socialt stöd från sin minoritetsgrupp, har studerats och förklarar delvis varför vissa transpersoner mår bra (Hendricks & Testa, 2012). Endast en studie med engelsktalande deltagare från USA, Storbritanien och Australien har efterfrågat positiva upplevelse mer öppet (Riggle et al, 2011). Överlag är kunskapen om transpersoner som klarar sig bra, och de faktorer som påverkar detta, knapphändig och validerade mätningar saknas. Därför är transpersoners positiva upplevelser kopplade till deras identitet, dvs. "minoritetsglädje" något som fortfarande behöver undersökas på djupet.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Minoritetsstressmodellen passar också väl in i ett transdiagnostiskt ramverk som generellt utgår ifrån att gemensamma underliggande faktorer, såsom stressorer och hur vi reagerar på dem, påverkar utvecklingen av ohälsa, inklusive fysisk smärta och känslomässiga problem (Asmundson & Katz, 2009; Linton, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Förebyggande och bekräftande åtgärder

Generellt sett har transbekräftande interventioner utvecklats i linje med "gay affirmative" interventioner och bygger på relevant transrelaterad forskning (Craig et al., 2021).

Transbekräftande interventioner stöttar deltagarna genom att behandlare använder det föredragna namnet och pronomenet, bekräftar personens könsidentitet och är kunniga om transpersoners varierande erfarenheter (Knutson et al., 2020). Vårdgivaren måste också kunna kommunicera att transidentiteter är lika giltiga och positiva som ciskönade identiteter och erfarenheter (cispersoner är personer som identifierar sig som sitt tilldelade kön). För detta är kunskap om minoritetsglädje, de positiva aspekterna av att identifiera sig som transperson, avgörande.

Förutom minoritetsglädje är det viktigt att ha kunskap om teorier och forskning om minoritetsstress. Istället för att hålla individen och individuella faktorer ansvariga för ohälsa, förstås nedstämdhet och ångestreaktioner som rimliga reaktioner på att bli ifrågasatt eller utsatt för minoritetsstress (Meyer, 2003). En bekräftande intervention stödjer individen i att hantera en omgivning som kan upplevas som fientlig. Förutom en bekräftande hållning och psykoedukation om minoritetsstress kan KBT-baserade interventioner med inriktning på oro och självmedkänsla vara till hjälp, eftersom de har potential att direkt påverka interna minoritetsstressfaktorer, det vill säga oro för att bli utsatt och internaliserad transfobi (som ofta uttrycks som skam, låg självkänsla och låg self-compassion) (Austin & Craig, 2015; Craig et al., 2021; Knutson et al., 2020). Dessutom har oro och self-compassion visat sig vara involverade i utvecklandet av både psykiatrisk och fysisk ohälsa (Gilbert, 2014; Kılıç et al., 2021; Watkins, 2008; Wurm, 2018). Det finns få studier om transbekräftande interventioner som fokuserar på de interna delarna av minoritetsstress. Det behövs också mer forskning för att studera resultatet av sådana interventioner i en svensk kontext, eftersom transpopulationer och deras exponering för minoritetsstress kan skilja sig åt mellan olika länder.

Longitudinella studier baserade på data från den generella befolkningen och större behandlingsstudier med randomiserad kontrollerad design (RCT) har efterfrågats för att få information om HBTQ+ personer, såsom transpopulationer (Forte, 2018). Detta kan vara svårt att genomföra eftersom transpopulationer har en jämförelsevis liten prevalens i den allmänna befolkningen. Detta gör stora befolkningsstudier dyra och tidskrävande, särskilt när de strävar efter att studera en longitudinell utveckling. Därför väljs ofta en riktad rekrytering (Folkhälsomyndigheten, 2015). Ett annat problem med randomiserade kontrollerade studier är att mycket information går förlorad när endast medelvärden beaktas. Detta är särskilt problematiskt med tanke på den stora variationen av identiteter i transpopulationer. Istället för att testa en stöttande intervention i en RCT vore det bättre att använda en design som gör det möjligt att följa individers erfarenheter och utveckling i detalj samt för deltagarna att ge

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

feedback och input. En replikerad single case design (SCED) skulle vara det bästa alternativet för detta (Kazdin, 2011).

En SCED skulle både kunna samla in data om transpersoners erfarenheter över tid och följa dem genom en intervention samtidigt som man får omedelbar återkoppling om samvariationen av interventionsmoduler och hälsoaspekter (Onghena & Edgington, 2005). Icke-representativa urval och populationer med jämförelsevis liten prevalens i allmänheten är här ett mindre problem, eftersom individerna är sin egen kontroll och detaljerad information finns tillgänglig om var och en av dem. Detta kommer att beskrivas närmare i metodavsnittet. För att kunna rekrytera ett varierat och tillräckligt stort urval är dessutom digitala interventioner att föredra, som har visat goda resultat för ett stort antal hälsoproblem, inklusive emotionella problem och muskuloskeletala smärtproblem (Andersson, 2016). Vissa digitala interventioner med lovande resultat har också prövats med transpopulationer (Craig et al., 2021; Knutson et al., 2020). Huvudansvarig forskare har själv erfarenhet av digitalt genomförda interventionsstudier med SCED design (Wurm et al, 2017).

Projektbeskrivning

Metod

Detta projekt använder en mixed-methods metod bestående av intervjuer samt en replikerad single case experimentell design (SCED). Detaljerade för- och eftermätningar kommer också att samlas in. Intervjuer innan och efter interventionen gör det möjligt att utforska minoritetsglädje i detalj, samt att få feedback om hur den stöttande interventionen upplevts.

Interventionsstudien är utformad som en replikerad single case experimentell design, SCED. Denna design lämpar sig särskilt väl för att studera nya interventioner eller i forskning som studerar små populationer (Kazdin, 2011). Single case designen gör det möjligt för oss att synliggöra samspelet mellan vardagliga upplevelser och hälsa, samtidigt som vi testar den stöttande interventionen. Designen gör det möjligt att samla in detaljerade longitudinella data och följa samvariationen av flera variabler av intresse medan deltagarna får en intervention. På så sätt kan eventuella effekter av de tre modulerna isoleras och flera frågor av intresse kan besvaras på ett kostnadseffektivt och metodiskt kraftfullt sätt utan att belasta deltagare i onödan.

Kvalitativa data i form av intervjuer genomförs för att svara på frågeställning 1 och 6. Intervjuer spelas in och transkriberas (se Datainsamling för mer information) och det resulterande textmaterialet analyseras med väletablerade kvalitativa metoder (Braun & Clarke, 2006). I intervjustudien om upplevelsen av minoritetsglädje används en fördjupande explorativ ansats för att se vad deltagarna har för upplevelser och vilken betydelse de lägger i begreppet. Den andra kvalitativa datainsamlingen genomförs efter interventionen och fokuserar på hur denna har upplevts av deltagare med olika grad av symtom på ohälsa, vad som upplevdes som särskilt hjälpsamt och vad som kan förbättras.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

För de kvantitativa datainsamlingarna används en digital plattform med hög säkerhet (Redcap). Där möjligt används välvaliderade mätinstrument för för- och eftermätning.

Forskningspersoner

Urval

Potentiella deltagare rekryteras via sociala media på olika forum för transföreningar och via RFSLs medlemmar samt via kontakter inom hälso- och sjukvården. Ett gott samarbete med RFSL och RFSL ungdom, samt Transammans, finns sedan tidigare. Även forskarnätverket "Transstudies in a Nordic Context" kommer att informeras och dela information om studien i sina kanaler. Universitetets kommunikationsavdelning och media har tidigare informerat om studien och kommer att kontaktas igen för att påminna allmänheten. Under sommaren 2022 presenterades studien också på flera föreläsningar som nådde målgruppen, exempelvis under Pride i Malmö och Ulricehamn, på en forskarfrukost vid universitetet och på digitala föreläsningar för RFSL.

Deltagare får via annonserna tillgång till en mailadress där de kan anmäla intresse för att få mer information om studien. De kommer också att kunna gå in och anmäla intresse via projektets hemsida på Örebro universitet. Forskarna tar sedan kontakt med intresserade. Innan interventionen kommer deltagarna att få information om hela studien och bli tillfrågade om de är intresserade av att delta i en intervjustudie om minoritetsglädje (så länge behov finns) samt interventionsstudien. Intervjustudien om minoritetsglädje inleder projektet och är fristående från interventionsstudien. För denna rekryteras både personer som bara vill delta i denna delstudie och de som också önskar delta i interventionsstudien.

Personer som är intresserade av att delta i interventionsstudien och som har gett sitt informerat samtycke, fyller i förmätningen som också används för screening för att få en god uppfattning över om deltagandet är lämpligt. Interventionen anses vara särskilt användbar för transpersoner med låg self-compassion och/eller mycket oro (vilket förväntas samvariera med symtom på ohälsa), men bör också vara till hjälp för de som mår bra, men vill fundera över sitt eget fungerande och hur de kan förbättra sitt välbefinnande ytterligare. Dessutom ämnar studien undersöka upplevelser av minoritetsglädje och minoritetsstress över tid. En bredd av upplevelser eftersträvas därför (som beskrivits ovan). Om fortsatt intresse finns och alla kriterier uppfylls randomiseras personens baslinjelängd och interventionsarm tilldelas enligt grupprandomiseringen så att interventionen kan påbörjas så snart som möjligt (randomiseringen beskrivs längre ner). För den kvalitativa utvärderingen av behandlingen rekryteras 24 deltagare som genomgått interventionen, två som rapporterar god hälsa och två som rapporterar vissa symtom i var och en av de sex interventionsarmarna.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Table 1 Overview of SCED

	Baseline, 4 or 6 weeks	Intervention module, 3 weeks	Break, 3 weeks	Intervention module, 3 weeks	Break, 3 weeks	Intervention module, 3 weeks	Follow-up, 3 weeks
1	A ^a AAA(AA)	B1B1B1	AAA	B2B2B2	AAA	B3B3B3	A ^a AA
2	A ^a AAA(AA)	B1B1B1	AAA	B3B3B3	AAA	B2B2B2	A ^a AA
3	A ^a AAA(AA)	B2B2B2	AAA	B1B1B1	AAA	B3B3B3	A ^a AA
4	A ^a AAA(AA)	B2B2B2	AAA	B3B3B3	AAA	B1B1B1	A ^a AA
5	A ^a AAA(AA)	B3B3B3	AAA	B1B1B1	AAA	B2B2B2	A ^a AA
6	A ^a AAA(AA)	B3B3B3	AAA	B2B2B2	AAA	B1B1B1	A ^a AA

Each letter represents one week of data collection. A= no intervention, B= intervention. B1= Minority stress, B2= worry, B3= self-compassion. A^a= Pre-and post-measurement.

Inklusionskriterier

Deltagarna ska vara 15 år eller äldre och identifiera sig som något annat än det kön de tilldelats vid födseln. För intervjustudien om minoritetsglädje behöver inga andra krav uppfyllas.

Ytterligare inklusionskriterier för interventionsstudien:

-tillgång till dator och internet

-tillräckligt goda kunskaper i svenska för att kunna fylla i enkäter

Både deltagare som rapporterar god livskvalitet och god hälsa och deltagare som rapporterar vissa symtom kommer att rekryteras. Symtom på ohälsa definieras som poäng som indikerar minst måttliga symtom på en av subskalorna på DASS (Alfonsson, Wallin, & Maathz, 2017, 14 på depression, 10 på ångest eller 15 på stress), eller smärta som påverkar funktionen i vardagen där minst ett område (arbete/utbildning, relationer eller fritid) har skattats som 2 ("påverkat till viss del") (enligt Wurm, 2018). Även här eftersträvas alltså en bredd av upplevelser, vilket är i linje med förståelsen av att oro och självmedkänsla, respektive minoritetsstressfaktorerna som är relevanta i deltagarnas liv, kan påverka utvecklandet av olika symtombilder.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Exklusionskriterier

- förhöjd suicidrisk
- psykisk sjukdom som gör att interventionen inte kan genomföras

Förmätningen innehåller en fråga om suicidalitet från MADRS (Svanborg & Åsberg, 1994). Om den skattas som 3 eller högre kommer personen att kontaktas av en av behandlarna involverade i studien för att göra en suicidstege via telefon. En klinisk bedömning görs vid detta tillfälle om individen kan genomföra interventionen eller om en suicidrisk föreligger som kräver annan behandling. I detta fall kommer individen att exkluderas från interventionsstudien, men få hjälp att söka sig vidare till lämplig vårdgivare.

Vid svårigheter att fylla i enkäter kommer deltagarna att kontaktas för att utreda vilka svårigheterna är och få stöttning med detta. Denna kontakt ger också möjlighet till att fånga upp om deltagare har svårigheter som behöver annan hjälp. Genom de kontinuerliga skattningarna och deltagarnas möjlighet att ta kontakt med forskarteamet har vi goda möjligheter att fånga upp om deltagare försämrats. Senast efter baslinjemätningarna kommer alla deltagare att träffa en kliniker, vilket ger ytterligare möjlighet till kontinuerliga bedömningar och att slussa vidare deltagare till annan behandling, om det skulle visa sig vara nödvändigt.

Antal

Intervjustudie om minoritetsglädje: 20-50 deltagare. Dessa erbjuds också att delta i interventionsstudien.

SCED: med hänsyn till eventuella avhopp rekryteras 72 deltagare, med målet att minst fem deltagare som rapporterar god hälsa och fem som rapporterar vissa symtom i var och en av de sex interventionsarmarna deltar fram till eftermätningen (N= 60).

Intervjustudie om erfarenhet av interventionen: 24 deltagare (två som rapporterar vissa symtom och två som rapporterar god hälsa i var och en av de sex armarna).

Information/samtycke

Intresserade får inledningsvis skriftlig information via mail och möjlighet att ställa frågor via mail eller telefon, både om intervjuerna och om interventionsstudien.

Inför intervjuerna ges informationen igen och deltagarna får möjlighet att ställa frågor.

Muntligt samtycke inhämtas vid intervjuer som spelas in.

För interventionsstudien repeteras informationen på den digitala plattformen där formulär fylls i och deltagaren ger här samtycke digitalt genom att indikera att de läst informationen och samtycker till deltagande i studien. Det kommer att säkerställas att deltagarna informeras om frivillighet, hur data förvaras och vilka rättigheter de har och att de under hela processen har enkel tillgång till kontaktuppgifter till relevanta personer. Det ska också säkerställas att deltagare under hela processen snabbt får svar på sina eventuella funderingar.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Randomisering

Deltagarna kommer att randomiseras till en 4 eller 6 veckors baslinje och till olika behandlingsarmar där ordningsföljden för interventionsmodulerna varierar (se tabell 1). Randomisering till olika baslinjer sker när informerat samtycke har getts och deltagarna har fyllt i förmätningen som används för screening. Deltagarna kommer att rekryteras successivt och börja fylla i mätningar vid olika tidpunkter, vilket tillsammans med den randomiserade baslinjen och varierande baslinjelängd kontrollerar för historik och stärker den externa validiteten.

När det gäller randomisering för interventionen kommer armar med samma sekvens av interventionsmoduler att behandlas som samma, utan hänsyn till baslinjens längd, vilket ger sex olika tilldelningar. Randomisering till interventionsarmarna görs i förväg för 6 deltagare i taget, vilket skapar en lista med nummer som deltagarna tilldelas när de går in i studien. Detta gör det möjligt för oss att få ett jämnt antal deltagare i varje arm och att förlänga rekryteringen genom att behålla en bra randomiseringsprocess om bortfallet skulle överskrida förväntningarna.

Mätinstrument, interventionsstudien

Positiva upplevelser efterfrågas genom en öppen fråga baserat på Riggles et al., 2011: "Vad är de positiva aspekterna av din identitet som transperson? Var god beskriv de positiva aspekter som är relevanta för dig, så detaljerat som du vill." Svaret ges som frisvar i en textruta.

Demografisk information samlas in med frågor om ålder, tilldelat kön, juridiskt kön idag, könsidentitet, kontakt med den högspecialiserade vården, eventuell könsdysforridiagnos och könsbekräftande vård, intersex-variation, sexuell läggning, födelseland, etnisk identitet, funktionsnedsättning, eller annan minoritetsstatus, boendeområde, utbildning, sysselsättning, inkomst, romantisk relation, omvårdnadsansvar för barn och den generella inställningen till transidentiteten (se bilaga).

Muskuloskeletala smärtproblem definieras som smärta som påverkar vardagen i viss mån (se Wurm et al, 2018). Deltagarna delas in i fem smärtgrader beroende på om de anger att de har haft ont de senaste 6 månaderna: "Hur ofta har du besvärats av ont muskler eller leder, exempelvis i ryggen, axlar eller nacke de senaste 6 månaderna?" (1- sällan eller aldrig, 2- ungefär varje månad, 3- ungefär varje vecka, 4- mer än en gång i veckan, 5- ungefär varje dag) och om smärtan varit ett hinder: "Har smärtan varit ett stort hinder för dig eller stört dig mycket när det gäller a) Arbete/studier, b) Fritidsaktiviteter eller c) Kontakt med vänner (Svarsalternativ Nej, Ja, en del, och Ja, definitivt). Deltagare skattas som att de har smärtproblem (smärtgrad 3 eller 4) om de skattar att de har smärta ungefär varje vecka och att detta påverkar minst ett område till viss del, oberoende av smärtintensitet. Smärtintensitet och oro för smärtan efterfrågas också.

Smärtintensitet: "Hur ont har du i genomsnitt haft? Kryssa i det alternativ som känns bäst." (1, Inte alls ont - 10, Väldigt ont.), Oro för smärtan: "Oroar du dig för din smärta i muskler

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

och leder? Kryssa i det svarsalternativ som passar bäst för dig.” (1, inte alls orolig - 10, mycket orolig) och eventuell medicinering på grund av smärtan: “Hur ofta tar du medicin för din smärta i muskler och leder? Kryssa i det svarsalternativ som passar bäst för dig.” (1- sällan eller aldrig, 2- ungefär varje månad, 3- ungefär varje vecka, 4- Mer än en gång i veckan, 5- Ungefär varje dag) efterfrågas också.

Self-compassion (självmedkänsla) undersöks med Self-Compassion Scale (SCS, Neff, 2003) som är ett mätinstrument med 26 påståenden som efterfrågar nivå av self-compassion. Svarsalternativ är mellan 1 (nästan aldrig) till 5 (nästan alltid). Ju högre poäng desto högre self-compassion. Tidigare studier har visat på god intern konsistens ($\alpha = 0.94$, Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

Oro undersöks med Penn State Worry Questionnaire, (PSWQ, Topper et al, 2014) som innehåller 16 items med svarsalternativ mellan 1 (inte alls typiskt) - 5 (mycket typiskt). Högre värden indikerar mer oro. Formuläret har goda psykometriska egenskaper (Molina, Borkovec, Peasley & Person, 1998).

Minoritetsstress undersöks med Gender Identity Microaggression Scale (GIMS, Nadal, 2018) som innehåller 16 beskrivningar av händelser med svarsalternativ mellan 0 (har inte upplevt detta senaste sex månaderna) till 5 (har upplevt detta fem eller fler gånger de senaste sex månaderna). Skalans interna konsistens är god med $\alpha=.76$.

Depression, ångest och stress undersöks med Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS, Alfonsson, Wallin & Maathz, 2017) som innehåller 21 frågor med svarsalternativ mellan 0 (stämde inte alls på mig) - 3 (stämde väldigt bra på mig eller nästan hela tiden). Delskalorna innehåller sju frågor var för depression, ångest och stress. Högre poäng indikerar högre förekomst av symtom. Cut-offs är 14-20 för måttlig depression, 10-14 för måttlig ångest och 19-25 för måttlig stress. Formuläret har testats med svenska populationer och har visat goda psykometriska egenskaper (Alfonsson, Wallin, & Maathz, 2017). DASS har också testats i en transpopulation (Lindley, & Bauerband, 2022).

Livskvalité undersöks med Satisfaction With Life Scale (SWLS, Hultell & Gustavsson, 2008) som består av fem items med svarsalternativ mellan 1 (instämmer inte alls) - 7 (instämmer helt). Högre poäng indikerar högre livskvalité och bedöms stegvis från extremt missnöjd (5–9) till mycket nöjd (3–35). Formuläret har testats på svenska och har där uppvisat en god intern konsistens med $\alpha=.88$ (Hultell & Gustavsson, 2008).

För screening läggs en fråga om suicidalitet från Montgomery Åsberg Depression Rating Scale till (MADRS, Svanborg & Åsberg, 1994): “Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?” Svarsalternativ sträcker sig från 0 (jag har normal aptit för livet) - 6 (Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå tillväga för att ta mitt eget liv.). Vid ett svar på 3 eller högre görs en suicidstege via telefon (se bilaga).

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

För veckomätningarna utvecklas ett kortare formulär med 20 frågor (se bilaga) om minoritetsstress, minoritetsglädje, oro, self-compassion, livskvalité och hälsoutfall. Här läggs också frågor till om deltagarnas aktivitet när det gäller hemuppgifter när interventionen är igång. Frågorna i veckomätningarna är baserade på tidigare studier (Nygren & Tevell, 2015; Wurm et al., 2017) och anpassat till den aktuella studiens krav. Detta formulär valideras genom att jämföras med de psykometriskt validerade helskalorna som används vid för- och eftermätning.

Interventionen

Interventionens moduler bygger på hur minoritetsstress beskrivs i minoritetsstressmodellen (Meyer, 2003), som delvis extern/proximal (till exempel att vara utsatt, diskriminerad), och delvis intern/distal, som oro för att utsättas respektive internaliserad transfobi.

Oro och self-compassion är två faktorer som generellt har visat sig påverka fysisk och psykisk hälsa och livskvalitet (Gilbert, 2014; Kılıç et al., 2021; Watkins, 2008) och har föreslagits som viktiga mekanismer för interventioner i transpopulationer (Austin & Craig, 2019, Hatzenbuehler, 2009). I en nyligen publicerad metaanalys av self-compassion och psykisk hälsa hos sexuella minoriteter och transpersoner konstateras ett negativt samband mellan självmedkänsla och depression, ångest, självmordstankar och internaliserad homo- och transfobi, samt ett positivt samband med välmående, socialt stöd och grad av öppenhet (Carvalho & Guiomar, 2022). Detta styrker att ett ökat fokus på self-compassion kan vara hjälpsamt vid psykologiska interventioner för transpersoner.

Interventionen består därför också av tre distinkta delar:

1. Minoritetsstress. Fokus på psykoedukation och beteendeinsatser. Psykoedukation om extern minoritetsstress och hur den påverkar hälsan, samt validering av reaktioner som individen kan ha på dessa erfarenheter (Austin & Craig, 2015). Sammanhang där deltagarna är särskilt utsatta utforskas och tillsammans undersöks om negativa kontexter kan bytas ut mot eller kompletteras med kontexter där mer positiva interaktioner är möjliga. Grundläggande egenvård introduceras också, både gällande saker vi människor generellt mår bra av och transspecifika insatser individer kan må bra av. Här ingår psykoedukation om minoritetsglädje och en individuell aktivitetsplanering utifrån detta. Konkreta beteenden planeras tillsammans med deltagaren, som också får hemuppgifter.
2. Oro. Fokus på kognitiva insatser riktat mot oro. Modulen är baserad på en intervention inriktad mot oro (Topper, Emmelkamp, Watkins, & Ehring, 2017) som översatts och testats i Sverige (Anniko, Norell-Clarke, Eriksson & Tillfors, 2022). Här ses oro som kognitiv undvikande som påverkar utvecklingen och upprätthållandet av ohälsa. Oro upplevs ibland av individen som skyddande, en förberedelse för att undvika negativa upplevelser, men leder ofta till negativa känslor och ohälsa. Innehållet i modulen tränas under sessionen och deltagarna gör hemuppgifter. Här är det viktigt att komma ihåg transpersoners generellt förhöjda risk för utsatthet och att oro för att bli utsatt ofta bygger på att ha upplevt negativa

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

reaktioner och påhopp. Hypervigilans kan i vissa situationer skydda deltagare från skada och en explorativ dialektisk hållning är därför viktig.

3. Self-compassion. Compassionfokuserad terapi är en psykologisk behandling som fokuserar på att minska de negativa effekter som skam och självkritik kan ha för det psykiska välmåendet (Gilbert, 2014). Detta görs bland annat genom att öka self-compassion vilket här är här ett verktyg för att motverka de negativa konsekvenserna av internaliserad transfobi som överlappar/är nära förknippade med känslor av skam och självkritik. Kritisk röst och self-compassion utforskas och tränas i sessioner och i form av hemuppgifter.

För- och eftermätningar kommer att jämföras, men fokus i analys ligger på veckomätningarna som, i linje med vad som är brukligt vid SCED, visualiseras i grafer för att se förändringar och samvariationer. Analysmetoder specifikt framtagna för single case design (exv. Nonoverlap of All Pairs, Parker & Vannest, 2009) används för att bedöma effektstorlek och tillförlitlighet av eventuella förändringar.

Hur skiljer sig metod från klinisk rutin?

Specifik transkunskap och stödjande insatser saknas idag i allmän hälso- sjukvård. Transpersoner rapporterar också att de utsätts för minoritetsstress av hälso- och sjukvårdspersonal och rapporter visar på en låg tilltro och en lägre benägenhet att söka vård. Interventionen skulle möjliggöra för transpersoner att få en stöttande insats ämnad att ge färdigheter för att hantera oro och höja nivån av självmedkänsla. I förlängningen har detta potential att förebygga och i vissa fall lindra symtom och höja livskvalitén genom att påverka det inflytande minoritetsstressen kan ha på utvecklandet av ohälsa. Interventionen är uppbyggd så att den, om den upplevs som hjälpsam av deltagarna, i ett senare skede kan implementeras i hälso- och sjukvård, hos stödmottagningar och kommunala verksamheter med kvalificerad personal.

Datainsamling

Datainsamlingen består av 3 delar:

1. Semistrukturerade intervjuer (N= 20-50) med fokus på att utforska minoritetsglädje. Intervjuerna genomförs via videolänk eller telefon och spelas in digitalt. Ljudfilerna transkriberas och pseudonymiseras genom att identifierande information (namn, platser, arbetsplatser och annat) ändras eller tas bort från transkriptionen och en kodlista framställs som kopplar transkript till deltagare.

2. SCED med upprepade veckovisa mätningar, inklusive för- och eftermätningar

I en SCED fyller flera deltagare i upprepade mätningar, medan de genomgår en intervention (Fas B) och när de inte gör det (Fas A). I det här fallet fyller deltagarna i mätningar varje vecka i högst 22-24 veckor (beroende på om baslinjen är 4 eller 6 veckor, se tabell 1). Efter förmätningen, som också används som screeningverktyg för interventionen, fylls veckomätningar i under en baslinje och sedan hela interventionsperioden. Efter

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

interventionen fylls eftermätningen i och veckomätningarna fortlöper ytterligare ett par veckor (se översikt i tabell 1). Mätinstrument fylls i på en säker digital plattform, Redcap, som är speciellt framtagen för forskning och har samma säkerhet som universitets IT miljö. Den har också tidigare testats inom ramen för en digital intervention (Stambler et al, 2022). På Redcap kan tillgång ges till valda delar av data, så att forskare exempelvis kan få tillgång till hälsovariabler, men inte identifierande variabler eller andra känsliga data. Data laddas ner från Redcap till en skyddat mapp som bara forskningsledaren och data managern har tillgång till (se även datahantering längre ner).

3. Semistrukturerade intervjuer med fokus på praktisk genomförbarhet och upplevelse av interventionen (N= 24).

Deltagare med olika grad av symtom på ohälsa tillfrågas och detaljerad information kan samlas in om hur insatsen upplevdes, vad som saknades, vilka moduler som ansågs vara mest användbara och vilka eventuella positiva eller negativa effekter som upplevdes. Det kommer också att vara möjligt att låta deltagarna uttrycka om, hur och var de skulle vilja ta emot liknande insatser i framtiden. Av specifikt intresse är hur deltagare utan hälsoproblem upplevde interventionen, då det skulle kunna ge oss en uppfattning om dess förebyggande potential. Intervjuer genomförs på samma sätt som under punkt 1.

Hur kommer data att hanteras/förvaras?

Efter avslutad datainsamling kommer data att lagras digitalt på universitetets säkra datalagringsenhet. För de kvalitativa digitala inspelningarna gäller att de direkt efter inspelningen sparas ner till universitetets server och raderas på inspelningsenheten. All dokumentation kommer att lagras och hanteras inom ORU IT-infrastruktur. Nätverket är uppdelat i olika VLAN för datalagring, applikations- och infrastruktur tjänster är skyddade av brandvägg och routingtabeller för att förhindra obehörig åtkomst. Alla konton är personliga och kräver lösenord som uppfyller tre kategoriers komplexitet. Behörigheter att dela resurser hanteras centralt av IT-avdelningen. Extern åtkomst till data tillhandahålls endast via VPN eller portaler som erbjuder krypterad trafik. Data hanteras inom två On Prem-datacenter med en tredje plats för säkerhetskopiering. Dagliga säkerhetskopior genomförs och ögonblicksbilder görs av alla system varannan timme.

All hantering sker med personliga administrativa konton på universitetets forskningsenhet, och systemen patchas regelbundet enligt leverantörens föreslagna schema. Örebro universitet arbetar i enlighet med den internationella standarden ISO 27001 och den svenska förordningen MSBFS 2020 utgiven av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) som beskriver säkerhet för offentliga organisationer.

Plattformen som används för datainsamling (Redcap) är inrättad på Örebro universitets server och säkerheten är därför densamma som den IT-infrastruktur och -miljö som beskrivs ovan. Den har en god säkerhetskopiering av data. Alla konton för åtkomst på Redcap är personliga och hanteras centralt av IT.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Betydelse

Den specialiserade transvården har långa väntetider och många transpersoner upplever detta som stressande och problematiskt. I en nyligen genomförd kvalitativ studie med transpersoner (Malmquist, Bredenberg, Melin, Wurm, Tasker & Gato, accepterad för publicering sept. 2022) rapporterades detta av en majoritet som huvudorsaken till ohälsa. Interventionen i den föreliggande studien erbjuder bekräftande stöd till transpersoner som inte är tillgänglig i Sverige idag, både i förebyggande syfte för dem utan hälsoproblem och i mer stöttande syfte, för dem som rapporterar vissa symtom på hälsoproblem. Den har också möjlighet att generera viktig kunskap om transpersoners positiva upplevelser samt om både negativa och positiva upplevelser över tid och hur dessa samvarierar med hälsofaktorer. Inte minst kan kunskap om den stöttande interventionen vara viktig för den allmänna hälso- och sjukvården för att förbättra bemötandet och säkerställa en jämlik vård.

Preliminära resultat

Preliminära resultat från intervjuer med 11 transkvinnor och transmän har publicerats som en examensuppsats i psykologi (Filis, 2022). Här lyfts exempelvis ett autentiskt liv, en upplevelse av mod och styrka efter genomgångna svårigheter, könseufori, gemenskap och kunskap av att leva i båda könen. Ytterligare intervjuer ska genomföras för att fördjupa kunskapen inom området och också fokusera på andra identiteter, såsom ickebinära.

Referenser

- Alfonsson, S., Wallin, E., & Maathz, P. (2017). Factor structure and validity of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 in Swedish translation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 154-162. doi:10.1111/jpm.12363
- Andersson, G (2016). Internet-delivered psychological treatments. *AnnRevClinPsych*, 12.
- Anniko, M., Norell Clarke, A., Eriksson, O., & Tillfors M. (2019). Rumineringsfokuserad kognitiv beteendeterapi. Manual för gruppbehandling. Karlstad universitet.
- Asmundson, GJ & Katz J (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of- the-art. *DeprAnxi*, 26(10).
- Austin, A & Craig, SL (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *ProfPsych:ResPract*, 46(1).
- Austin, A & Craig, SL (2019). Transgender Affirmative Cognitive-Behavioral Therapy. In JE Pachankis & SA Safren (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Mental Health Practice with Sexual and Gender Minorities*. Oxford.
- Beischel, W. J., Gauvin, S. E., & van Anders, S. M. (2022). "A little shiny gender breakthrough": Community understandings of gender euphoria. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 274-294.

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Braun, V & Clarke, V (2006). Using thematic analysis in psychology. *QualResPsy*, 3, 77

Carroll-Beight, D, & Larsson, M (2018). Exploring the needs, expectations, and realities of mental healthcare for transgender adults: A grounded theory study on experiences in Sweden. *TransgHealth*, 3(1).

Carvalho, S. A., & Guiomar, R. (2022). Self-Compassion and Mental Health in Sexual and Gender Minority People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *LGBT health*.

Craig, SL et al (2021) AFFIRM Online: Utilising an Affirmative Cognitive–Behavioural Digital Intervention to Improve Mental Health, Access, and Engagement among LGBTQA+ Youth and Young Adults.

IntJEnvironResPubHealth, 18(4).

Dhejne, C. et al (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2).

Downing, JM & Przedworski, JM (2018). Health of transgender adults in the US, 2014–2016. *AmericanJPrevMed*, 55(3).

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige.*

Filis, P. (2022). “Att få leva öppet som transperson har gett mig tillbaka mit liv...och vilket liv det är!” En studie om minoritetsglädje och positiva erfarenheter hos transkvinnor och transmän. Examensuppsats i psykologi, Linköpings universitet.

Forte. (2018). *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*

Frost, DM et al (2013). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *JBehMed*, 38(1).

Frost, DM & Meyer, IH (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations.

JournalSexRes, 49(1).

Gilbert, P (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *BritJClinPsych*, 53(1), 6-41.

Hatzenbuehler, ML (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *PsychBull*, 135(5).

Hendricks, ML & Testa, RJ (2012). A Conceptual Framework for Clinical Work With

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaptation of the Minority Stress Model. *ProfPsych:ResPract*, 43(5).

Hultell, D., & Gustavsson, J. P. (2008). A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1070-1079.

Jones, J.M. (2022). LGBT Identification in U.S. Ticks Up to 7.1%. published on 2022-02-17: [LGBT Identification in U.S. Ticks Up to 7.1% \(gallup.com\)](https://www.gallup.com)

Kallionen, M et al (2010). Psykisk ohälsa ett stort problem hos primärvårdens patienter. Enkät besvarad av över 2000 patienter. *Läkartidningen*, 107(23).

Kaltiala, R et al (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *NordJPsychiatry*, 74(1).

Kazdin, AE (2011). *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings* (Vol. 2.). New York: Oxford University Press.

Kılıç, A et al (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *BehTher*, 52(3).

King, WM et al (2020). Transgender stigma: A critical scoping review of definitions, domains, and measures used in empirical research. *SocScienceed*, 250, 112867.

Knutson, D et al (2020). A pilot test of a text message-based transgender and nonbinary affirmative cognitive- behavioral intervention for anxiety and depression. *PsychSexOrientGenDiv*.

Lindley, L., & Bauerband, L. (2022, January 27). Measurement Invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) Across Cisgender Sexual Minority and Transgender and Nonbinary Individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000554>

Linton, S. J. (2013). A transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 18(2), 82-103.

Malmquist, A et al (2019). Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*, 79, 102551.

Malmquist, A., Bredenberg, C., Melin, J., Wurm, M., Tasker, F., & Gato, J. (accepted for publication sept. 2022). Queers in quarantine: Young Swedish LGBTQ people's experiences during the COVID-19 pandemic. *Scandinavian Journal of Psychology*.

Meyer, IH (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *PsychBull*, 129(5), 674.

Molina, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., & Person, D. (1998). Content analysis of worrisome streams of consciousness in anxious and dysphoric participants. *Cognitive Therapy and Research*, 22(2), 109-123.

Nadal, K. L. (2018). Measuring LGBTQ microaggressions: The sexual orientation microaggressions scale (SOMS) and the gender identity microaggressions scale (GIMS). *Journal of homosexuality*.

Neff, KD (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2.

Neff, K.D., K. L., Kirkpatrick & S. S. Rude. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154

Nolen-Hoeksema, S & Watkins, ER (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology explaining multifinality and divergent trajectories. *PerspPsychSci*, 6(6).

Nygren, S. & Tevell, M. (2015). Lindrar medkänsla? Effekten av iCFT på emotionell problematik vid långvarig smärta. Examensuppsats i psykologi, Örebro universitet.

Onghena, P, & Edgington, ES (2005). Customization of Pain Treatments: Single-Case Design and Analysis.

ClinJPain, 21(1).

Parker, RI & Vannest, K (2009). An improved effect size for single case research: non-overlap of all pairs. *BeTher* 40 (4).

Persson Tholin, J & Broström, L (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition- related health care in Sweden. *IntJTransgender*, 19(4).

Riggle, E. D., Rostosky, S. S., McCants, L. E., & Pascale-Hague, D. (2011). The positive aspects of a transgender self-identification. *Psychology & Sexuality*, 2(2), 147-158.

Rider, GN et al (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population- based study. *Ped*, 141(3).

Socialstyrelsen (2015). God vård av vuxna med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd (2015:4:7)

Socialstyrelsen (2020). *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori Förekomst, samtida psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid*. Stockholm

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Stambler, D. M., Feddema, E., Riggins, O., Campeau, K., Breuch, L. A. K., Kessler, M. M., & Misono, S. (2022). REDCap Delivery of a Web-Based Intervention for Patients With Voice Disorders: Usability Study. *JMIR human factors*, 9(1), e26461.

Statens Offentliga Utredningar, SOU. (2017). *Transpersoner i Sverige - förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor*.

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/11/sou-201792/>

Svanborg, P; Åsberg, M (2001). "A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)". *Journal of Affective Disorders*. 64 (2–3): 203–216. doi:[10.1016/S0165-0327\(00\)00242-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00242-1)

Tebbe, EA, & Moradi, B (2016). Suicide Risk in Trans Populations: An Application of Minority Stress Theory. *Jcounspsych*, 63(5).

Topper, M et al (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *BehResher*, 90.

Valentine, SE, & Shipherd, JC (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *ClinPsychRev*, 66, 24-38.

Watkins, ER (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *PsychBulletin*, 134(2).

Wurm, M. (2017). *Trans*. i: T. Lundberg, A. Malmquist & M. Wurm (red.). HBTQ+: Psykologiska perspektiv och bemötande. Stockholm: Natur & Kultur.

Wurm, M., Strandberg, E. K., Lorenz, C., Tillfors, M., Buhrman, M., Holländare, F., & Boersma, K. (2017). Internet delivered transdiagnostic treatment with telephone support for pain patients with emotional comorbidity: a replicated single case study. *Internet interventions*, 10, 54-64.

Wurm, M. (2018). *Understanding Comorbid Pain and Emotions: A transdiagnostic approach*. Örebro University

Minoritetsglädje och minoritetsstress hos transpersoner: En interventionsstudie med en longitudinell kartläggning av hälsofaktorer.

Wurm, M., Anniko, M., Tillfors, M., Flink, I., & Boersma, K. (2018). Musculoskeletal pain in early adolescence: A longitudinal examination of pain prevalence and the role of peer-related stress, worry, and gender. *Journal of Psychosomatic Research, 111*, 76-82.

Wurm, M et al, (in preparation). Youth who do not identify as their assigned gender in Sweden: An explorative study of health variables. Manuscript in preparation.

Zhang, Q et al (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *IntJTransgHealth, 21(2)*. Zigmund, A & Snaith, R (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale *ActaPsyScand, 67*, 361

Åhs, JW et al (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender- affirming medical treatment. *PloS one, 13(10)*.