



Asociația Profesională Mondială pentru
Sănătatea Persoanelor Transgender,
WPATH

Standarde de Îngrijire pentru sănătatea persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen tradiționale

Versiunea 7 revizuită
2020



Autori: Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

© 2014 Asociația ACCEPT, pentru versiunea în limba română

© 2020 Asociația ACCEPT, pentru versiunea în limba română revizuită

7th Version | www.wpath.org

Acest document reprezintă traducerea oficială în limba română a **Standardelor de Îngrijire pentru sănătatea persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen** formulate de Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgender (World Professional Association for Transgender Health – WPATH). În scopuri juridice și tehnice, este necesară consultarea variantei oficiale în limba engleză a Standardelor de Îngrijire WPATH, disponibilă la www.wpath.org.

Traducerea în limba română a fost coordonată de Irina Niță și a fost realizată cu participarea unor voluntari și colaboratori ai Asociației ACCEPT. Mulțumim în mod special lui Sasha Ichim, activist trans și membru fondator TRANSform și Cristinei Radu care au realizat prima variantă a traducerii, Elenei Radu și Ilincăi Turcu care au adaptat și definitivat versiunea în limba română și Nanei Vaida care a revizuit corectitudinea terminologiei medicale folosite.

Prezenta versiune a fost revizuită de Elias Damian, activist trans, și de Patrick Brăila, activist trans și co-președinte al Asociației ACCEPT.

Grafica realizată de Mihai Calotă, Iulian Apopii.

Cuprins

I. Scopul și utilizarea Standardelor de Îngrijire (SDÎ)	5
II. Aplicabilitatea la nivel mondial a SDÎ	7
III. Diferența dintre neconformitatea cu normele de gen tradiționale și disforia de gen	9
IV. Considerații despre incidență și simptomatologie	11
V. Prezentare generală a abordărilor terapeutice pentru disforia de gen	13
VI. Evaluarea și tratarea copiilor și adolescenților cu disforie de gen	16
VII. Sănătatea mintală	26
VIII. Tratamentul cu hormoni	38
IX. Sănătatea reproductivă	53
X. Terapie vocală și de comunicare	55
XI. Intervenții chirurgicale	58
XII. Îngrijire și monitorizare postoperatorii	67
XIII. Îngrijire medicală primară și preventivă pe tot parcursul vieții	68
XIV. Aplicabilitatea SDÎ la persoanele care trăiesc în centre instituționalizate	70
XV. Aplicabilitatea SDÎ la persoanele cu tulburări de dezvoltare sexuală (TDS)	72

Anexe

Anexa A: Glosar	76
Anexa B: Prezentare generală a riscurilor medicale ale tratamentului cu hormoni	79
Anexa C: Rezumatul criteriilor pentru tratament cu hormoni și intervenții chirurgicale	84
Anexa D: Dovezi pentru rezultatele clinice ale abordărilor terapeutice	87
Anexa E: Procesul Dezvoltării SDÎ, versiunea 7	90

Referințe

Referințe bibliografice	92
-------------------------	----

Standarde de Îngrijire pentru sănătatea persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen tradiționale¹

Publicate în: *International Journal of Transgenderism*, 13:165–232, 2011. doi: 10.1080/15532739.2011.700873

Autori²: Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K.

¹ Aceasta este cea de a șaptea versiune a Standardelor de Îngrijire, urmând unei prime ediții publicate în 1979 și versiunilor revizuite din 1980, 1981, 1990, 1998, și 2001.

² Persoană de contact: Dr. Eli Coleman, Programul despre Sexualitate Umană, Școala de Medicină a Universității din Minnesota, 1300 South 2nd Street, Suite 180, Minneapolis, MN 55454. Email: colem001@umn.edu.

I. Scopul și utilizarea Standardelor de Îngrijire

Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgender (World Professional Association for Transgender Health - WPATH³) este o organizație internațională multidisciplinară a cărei misiune este promovarea îngrijirii medicale întemeiate pe date științifice, a educației, cercetării, activismului, politicilor publice și respectului în domeniul sănătății pentru persoanele transsexuale și transgender. Viziunea WPATH este aceea de a reuni diverși profesioniști devotați dezvoltării de bune practici și de politici care să promoveze la nivel global sănătatea, cercetarea, educația, respectul, demnitatea și egalitatea, în toate mediile culturale, a persoanelor transgender, transsexuale și neconforme cu normele de gen.

Una dintre principalele funcții ale WPATH este să promoveze cele mai înalte norme de îngrijire medicală individuală prin formularea Standardelor de Îngrijire (SDÎ) pentru sănătatea persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen. SDÎ se întemeiază pe cele mai bune studii științifice existente și pe consensul experților.⁴ Majoritatea cercetărilor și expertizei din acest domeniu sunt articulate din perspectivă nord-americană și vest-europeană; astfel, SDÎ trebuie adaptate la alte zone din lume. Sugestii despre moduri de a concepe relativitatea și competența culturale sunt incluse în această versiune a SDÎ.

Obiectivul general al SDÎ este să ofere îndrumare clinică profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a ajuta persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, oferindu-le căi sigure și eficiente de a ajunge să se simtă confortabil cu sinele și genul lor, și urmărind creșterea de ansamblu a sănătății lor, a bunăstării lor psihologice și a sentimentului lor de împlinire. Asistența poate include îngrijire medicală primară, îngrijire ginecologică și urologică, opțiuni de reproducere, terapie prin comunicare, servicii de sănătate mintală (de exemplu, evaluare, consiliere, psihoterapie), tratamente hormonale și chirurgicale. Deși documentul acesta se adresează în principal profesioniștilor din domeniul sănătății, SDÎ pot fi folosite și de către indivizi, de familiile lor și de instituții sociale, pentru a înțelege cum pot ajuta la promovarea sănătății optime pentru membrii acestui divers grup.

WPATH semnalează că sănătatea depinde nu numai de o bună îngrijire clinică, ci și de climatul social și politic care oferă și asigură toleranța socială, egalitatea, precum și drepturi cetățenești depline. Sănătatea se promovează prin politici publice și reforme legislative ce încurajează toleranța și echitatea pentru diversitatea sexuală și de gen, și elimină prejudecățile, discriminarea și stigmatizarea. WPATH se angajează să pledeze pentru asemenea schimbări în politicile publice și în reformele legislative.

³ Anterior numită Asociația Internațională de Disforie de Gen Harry Benjamin.

⁴ Versiunea nr. 7 a SDÎ diferă semnificativ de cele anterioare. Modificările cuprinse aici se bazează pe importante evoluții culturale, pe progrese în cercetarea clinică și pe luarea în considerare a diverselor probleme de îngrijire medicală care, dincolo de terapia cu hormoni și de intervenții chirurgicale, pot apărea în cazul persoanelor transexuale, transgender și neconforme cu genul lor (Coleman, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d).

Standardele de Îngrijire sunt ghiduri clinice flexibile

SDÎ sunt în mod voit flexibile, pentru a răspunde diverselor nevoi de îngrijire medicală a persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen. Deși adaptabile, SDÎ oferă norme de promovare a îngrijirii medicale optime și îndrumare pentru tratamentul persoanelor ce suferă de disforie de gen - în general definită ca un disconfort sau o indispoziție cauzate de discrepanța dintre identitatea de gen a unei persoane și sexul atribuit ei la naștere (cu rolul de gen aferent și/sau respectivele caracteristici sexuale primare și secundare) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Ca în toate versiunile precedente ale SDÎ, criteriile propuse aici pentru terapia cu hormoni și pentru tratamentele chirurgicale pentru disforie de gen reprezintă ghiduri clinice ce pot fi modificate de către personalul medical sau prin diverse programe de sănătate. SDÎ pot fi adaptate clinic în funcție de următoarele: circumstanțele anatomice, sociale și psihologice unice ale pacientului; metodele dezvoltate de profesioniștii medicali experimentați pentru a gestiona situații frecvente; protocoalele de cercetare; lipsa resurselor, în anumite regiuni din lume; sau nevoia de strategii specifice de reducere a vătămării. Aceste modificări trebuie recunoscute ca atare, explicate pacientului și documentate prin consimțământ avizat pentru îngrijirea de calitate și protecția legală a pacientului. Documentarea respectivă implică, de asemenea, o valoroasă acumulare de noi date care, examinate ulterior, permit dezvoltarea pe mai departe a îngrijirii medicale și a SDÎ.

Formulând norme de îngrijire, SDÎ confirmă totodată însemnătatea alegerilor avizate și valoarea metodelor de reducere a riscurilor. În plus, versiunea de față a SDÎ recunoaște și validează diverse manifestări ale genului ce pot necesita tratamente psihologice, hormonale sau chirurgicale. Unii dintre pacienții care solicită îngrijire au făcut singuri progrese semnificative în privința schimbării de rol de gen, a tranziției sau a altor decizii referitoare la identitatea lor de gen ori la disforia de gen. Alții necesită servicii intensive. Profesioniștii din domeniul sănătății pot utiliza SDÎ pentru a-i ajuta pe pacienți să ia în considerare întreaga gamă de servicii medicale disponibile lor, potrivit nevoilor lor clinice și obiectivelor lor de exprimare a genului.

II. Aplicabilitatea la nivel mondial a Standardelor de Îngrijire

Deși SDÎ sunt concepute pentru utilizare globală, WPATH admite că o mare parte din experiența clinică și din cunoștințele înregistrate în acest domeniu al sănătății provin din surse nord-americane și vest-europene. Există diferențe locale atât în interiorul unei națiuni, cât și de la țară la țară, în toate aceste privințe: atitudinile sociale față de persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen; construirea rolurilor și identităților de gen; limbajul folosit pentru descrierea diverselor identități de gen; incidența și simptomatologia disforiei de gen; accesul la tratament și costul acestuia; terapiile oferite; numărul și tipul de profesioniști ce oferă îngrijire; precum și problemele legale și politicile asociate acestui domeniu al îngrijirii medicale (Winter, 2009).

Imposibil ca prezentele SDÎ să reflecte toate diferențele de mai sus. Aplicând aceste norme la alte contexte culturale, profesioniștii medicali trebuie să fie conștienți de diferențe și să adapteze SDÎ la realitățile locale. De pildă, în unele culturi persoanele neconforme cu normele de gen sunt numeroase și au stiluri de viață care le fac foarte vizibile în societate (Peletz, 2006). În asemenea contexte, e un lucru obișnuit ca schimbările caracteristicilor fizice și de exprimare a genului să înceapă în anii adolescenței sau chiar mai devreme. Mulți cresc și trăiesc însă în contexte sociale, culturale sau chiar lingvistice foarte diferite de cel vestic. Și toți se confruntă cu prejudecăți (Peletz, 2006; Winter, 2009). În multe culturi, stigmatizarea socială a neconformității cu normele de gen e larg răspândită, iar rolurile de gen sunt extrem de prescriptive (Winter et al., 2009). În astfel de medii, persoanele neconforme cu normele de gen sunt obligate să se ascundă și, de aceea, nu au acces la îngrijire medicală adecvată (Winter, 2009).

SDÎ nu își propun să limiteze eforturile de a oferi cea mai bună îngrijire disponibilă tuturor indivizilor. Profesioniștii medicali de oriunde din lume - chiar și din zone cu insuficiente resurse și oportunități de formare profesională - pot aplica multe din principiile fundamentale ale SDÎ, care includ următoarele: manifestați respect pentru pacienții cu identități de gen neconforme (nu patologizați diferențele de identitate sau de exprimare de gen); oferiți îngrijire (sau adresați-vă unui coleg calificat) care să afirme identitatea de gen a pacienților și să reducă disconfortul disforiei de gen, dacă e cazul; informați-vă despre nevoile de îngrijire medicală ale persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, inclusiv despre beneficiile și riscurile alternativelor de tratament pentru disforie de gen; adaptați tratamentul la nevoile specifice ale pacienților, îndeosebi la obiectivele lor de exprimare de gen și la necesitatea de a rezolva disforia de gen; înlesniți accesul la îngrijire adecvată; solicitați consimțământul avizat al pacientului înainte de a oferi tratament; asigurați continuitate în îngrijire; și fiți pregătiți să îi sprijiniți și susțineți pe pacienți în familiile și comunitățile lor (școli, locuri de muncă și alte medii).

Terminologia variază în funcție de cultură și de perioadă, și evoluează rapid. Indiferent de loc sau timp, e important să folosim un limbaj respectuos în orice mediu uman. Întrucât SDÎ vor fi

traduse în diverse limbi, trebuie acordată mare atenție redării corecte a sensurilor termenilor. Terminologia englezească poate fi greu de tradus în alte limbi, reciproca fiind și ea valabilă. În unele limbi nu există cuvinte echivalente pentru a descrie diverși termeni din acest document; prin urmare, traducătorii ar trebui să fie la curent cu obiectivele generale ale tratamentelor și să formuleze indicații aplicabile din punct de vedere cultural pentru atingerea acelor obiective.

III. Diferența dintre neconformitatea cu normele de gen tradiționale și disforia de gen

A fi o persoană transsexuală, transgender sau neconformă cu normele de gen este o chestiune ce ține de diversitate, nu de patologie

În mai 2010 WPATH a emis o declarație ce solicita încetarea psihopatologizării neconformității cu normele de gen în lume (WPATH Board of Directors, 2010). Declarația menționează că „exprimarea caracteristicilor și identităților de gen care nu sunt în mod stereotip asociate sexului atribuit la naștere reprezintă o manifestare obișnuită a diversității culturale umane și nu ar trebui să fie judecată drept patologică sau negativă în sine.”

Din păcate, în multe societăți din lume neconformitatea cu normele de gen este stigmatizată, iar stigma poate duce la prejudecăți și discriminare, cauzând „stresul minoritarului” (I. H. Meyer, 2003) – un tip aparte de stres (suplimentar față de factorii generali de stres resimțiți de toată lumea), care e cronic, determinat social și apt să le facă pe persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen mai vulnerabile la riscuri de sănătate mintală precum anxietatea și depresia (Institute of Medicine, 2011). Pe lângă prejudecăți și discriminare socială în general, stigmatizarea poate rezulta în abuzuri și în neglijarea relațiilor cu familia sau cu prietenii, ceea ce poate cauza, la rândul-i, suferință psihologică. Totuși, aceste simptome sunt induse social, și nu inerente faptului de a fi o persoană transsexuală, transgender sau neconformă cu normele de gen.

Neconformitatea cu normele de gen nu e același lucru cu disforia de gen

Neconformitatea cu normele de gen se referă la gradul în care identitatea de gen a unei persoane, rolul și exprimarea ei de gen diferă de normele culturale prescrise pentru persoanele de un anumit sex (Institute of Medicine, 2011). Disforia de gen se referă la o stare de disconfort sau suferință cauzată de o discrepanță între identitatea de gen a persoanei și sexul atribuit ei la naștere (cu rolul de gen aferent și/sau respectivele caracteristici sexuale primare și secundare) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). Doar unele persoane neconforme cu normele de gen pot avea disforie de gen, la un moment dat în viața lor.

Pentru a le ajuta pe persoanele cu disforie să își exploreze identitatea de gen și să identifice rolul de gen în care se simt comod, există tratament individualizat (Bockting & Goldberg, 2006): ce anume ajută la atenuarea disforiei de gen variază foarte mult de la o persoană la alta. Procesul poate să presupună sau nu schimbări în exprimarea de gen ori modificări corporale. Opțiunile de tratament medical includ, de exemplu, feminizarea sau masculinizarea corpului prin terapie hormonală și/sau intervenții chirurgicale, care sunt eficiente în atenuarea disforiei de gen și, din punct de vedere medical, necesare pentru multe persoane. Identitățile de gen și

exprimările acestuia sunt diverse, iar hormonii și chirurgia reprezintă doar două dintre multele opțiuni disponibile pentru a-i ajuta pe cei cu disforie să ajungă să se simtă confortabil cu sine, cu identitatea lor.

Disforia de gen poate fi în mare parte atenuată prin tratament (Murad et al., 2010). De aceea, deși persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen pot resimți disforie de gen la un moment dat în viață, mulți dintre cei care urmează un tratament vor găsi un rol de gen și o exprimare a genului care să le convină, chiar dacă acestea vor diferi de cele asociate sexului atribuit lor la naștere sau de normele și așteptările de gen predominante.

Diagnostiche asociate cu disforia de gen

Unele persoane sunt afectate de disforia de gen la un nivel care corespunde criteriilor practicate pentru diagnosticarea standard drept posibilă tulburare mentală. Acest diagnostic nu autorizează stigmatizarea sau deposedarea de drepturi fundamentale și cetățenești. Sistemele de clasificare existente, Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (American Psychiatric Association, 2000) și Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate înrudite (World Health Organization, 2007) definesc sute de tulburări mentale cu diverse forme de debut, diverse durate, patogeneze, dizabilități funcționale și grade de tratabilitate. Toate aceste sisteme încearcă să clasifice seturi de simptome și stări, nu pe indivizi în sine. O tulburare este descrierea a ceva cu care persoana respectivă se confruntă, nicidecum descrierea individului însuși sau a identității lui.

Astfel, persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen nu sunt în mod implicit bolnave. În schimb, impactul negativ al disforiei de gen reprezintă, atunci când există, motivul de îngrijorare pentru care un individ poate fi diagnosticat cu disforie, cu diverse opțiuni de tratament disponibile. Iar existența unui diagnostic pentru această afecțiune înlesnește adesea accesul la îngrijire medicală și poate direcționa cercetările viitoare către tratamente eficiente.

Studiile duc mereu la noi nomenclaturi de diagnosticare, iar termenii se modifică atât în Manualul de diagnostic (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010), cât și în Clasificarea statistică. Din această cauză, în SDÎ sunt folosiți termeni cunoscuți, iar pentru cei nou apăruiți sunt incluse definiții. Se recomandă profesioniștilor din domeniul sănătății să consulte cele mai recente criterii de diagnosticare și codurile corespunzătoare, pentru aplicare în domeniile lor de specialitate.

IV. Considerații despre incidență și simptomatologie

Nu au fost efectuate studii epidemiologice oficiale privind incidența⁵ și prevalența⁶ transsexualității, în mod special, sau a transgenerității și neconformității cu normele de gen, în general, iar eforturile de a realiza estimări realiste întâmpină dificultăți enorme (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Chiar dacă studii epidemiologice au stabilit că peste tot în lume există un procent similar de persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen tradiționale, este probabil ca diferențele culturale de la o țară la alta să determine atât exprimarea comportamentală a diferitelor identități de gen, cât și gradul real de apariție a disforiei de gen - distinctă de identitatea de gen - într-o populație dată. Deși în majoritatea țărilor transgresarea barierelor de gen normative generează dezaprobare morală, mai degrabă decât compasiune, există în anumite culturi exemple de comportamente neconforme cu normele de gen care sunt mai puțin stigmatizate, ba chiar venerate (vezi liderii spirituali) (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman & Dumronggittigule, 1997).

Din diverse motive, cercetătorii care studiază incidența și prevalența au tendința de a se concentra asupra subgrupului de persoane neconforme cu normele de gen cel mai ușor de observat: persoanele transsexuale cu disforie de gen care solicită îngrijire în vederea tranziției la clinicile de specialitate (Zucker & Lawrence, 2009). Cele mai multe studii au fost efectuate în țări europene ca Suedia (Wålinder, 1968, 1971), Marea Britanie (Hoenig & Kenna, 1974), Olanda (Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996), Germania (Weitze & Osburg, 1996) și Belgia (De Cuypere et al., 2007). Unul a fost realizat în Singapore (Tsoi, 1988).

Echipa lui De Cuypere (2007) a efectuat propriul studiu și a trecut în revistă alte astfel de cercetări care, împreună, acoperă o perioadă de 39 de ani. Exceptând două lucrări discordante cu restul, ale lui Pauly din 1965 și Tsoi din 1988, în zece studii ce implică opt țări cifrele despre prevalență variază de la 1:11.900 la 1:45.000 pentru persoanele care tranzitează de la masculin la feminin (MtF, în prescurtarea englezească), și între 1:30.400 și 1:200.000 pentru persoanele de sex feminin cu tranziție către masculin (FtM). Unii cercetători cred că prevalența este mult mai mare, cifrele depinzând de metodologia utilizată în cercetare (vezi, de exemplu, Olyslager & Conway, 2007).

Comparații directe între studii sunt imposibil de făcut, deoarece la fiecare diferă metoda de colectare a datelor și criteriile folosite pentru consemnarea unei persoane ca transsexuală (de exemplu: a făcut operație de reconstrucție genitală sau nu, a început sau nu un tratament hormonal, a apelat la clinică pentru supraveghere medicală în procesul de tranziție). Această interpretare e susținută de lucrarea din 2009 a echipei lui Bernard Reed, care notează dublarea numărului de solicitanți de îngrijire în clinicile specializate în chestiuni de gen din Marea Britanie,

⁵ Incidență = numărul de noi cazuri apărute într-un interval dat (de exemplu, un an).

⁶ Prevalență = numărul indivizilor care au o afecțiune, împărțit la numărul persoanelor din populația generală.

la fiecare cinci sau șase ani. În 2008, și echipa profesorului Kenneth Zucker a raportat o creștere de patru până la cinci ori, într-un interval de 30 de ani, a numărului de copii și adolescenți trimiși către clinica lor din Toronto, Canada.

Cifrele evidențiate de astfel de studii pot fi considerate, în cel mai bun caz, estimări minime. Cele publicate provin în principal de la clinici unde pacienții au corespuns criteriilor de disforie de gen acută și unde au primit îngrijire medicală. Aceste estimări ignoră faptul că, într-o zonă dată, nu toate persoanele cu disforie de gen auto-identificată consideră tratamentele oferite de o anumită clinică accesibile financiar, folositoare sau acceptabile. Prin luarea în considerare doar a acelor care se prezintă la clinici pentru un tratament specific sunt scăpate din vedere un număr necunoscut de persoane cu disforie de gen.

Alte observații clinice (încă nesuținute ferm de studii metodice) sprijină ipoteza unei mai mari prevalențe a disforiei de gen: (i) Uneori, se pune diagnosticul de disforie de gen anterior nerecunoscută la pacienți veniți în atenție cu anxietate, depresie, tulburări de comportament, consum abuziv de substanțe nocive, tulburări de identitate disociativă, tulburări de personalitate de tip borderline, tulburări sexuale și de dezvoltare sexuală (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer, 1997). (ii) Unele persoane ce se îmbracă în modul caracteristic „sexului opus” în scopuri artistice sau performative, sau homosexuali și lesbiene pot avea disforie de gen (Bullough & Bullough, 1993). (iii) Intensitatea disforiei de gen a unora fluctuează în jurul unui prag clinic (Docter, 1988). (iv) Printre persoanele FtM, neconformitatea cu normele de gen tradiționale tinde să fie relativ invizibilă în multe culturi, în special pentru cercetătorii și profesioniștii din domeniul sănătății din Vest, care au realizat cele mai multe dintre studiile pe care se bazează actualele estimări despre prevalență și incidență (Winter, 2009).

În ansamblu, datele existente ar trebui considerate un punct de plecare, iar asistenței medicale i-ar fi de folos studii epidemiologice mai riguroase întreprinse în diverse locuri din lume.

V. Prezentare generală a abordărilor terapeutice pentru disforia de gen

Progrese în cunoașterea și tratarea disforiei de gen

Gradul de conștientizare a fenomenului de disforie de gen a crescut în a doua jumătate a secolului XX, când profesioniștii din domeniul sănătății au început să ofere asistență pentru a atenua disforia de gen, susținând schimbarea caracteristicilor sexuale primare și secundare prin tratament hormonal și intervenții chirurgicale, corelate cu modificarea rolului de gen. Deși Harry Benjamin descoperise deja un întreg spectru de neconformitate cu normele de gen (Benjamin, 1966), abordarea clinică inițială urmărea în general să identifice persoanele potrivite pentru o reatribuire de sex care să înlesnească o cât mai completă transformare fizică din bărbat în femeie sau din femeie în bărbat (Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Această abordare a fost evaluată în detaliu și s-a dovedit foarte eficientă. Ratele de satisfacție au variat, de la un studiu la altul, între 87% la pacienții MtF și 97% la pacienții FtM (Green & Fleming, 1990), iar regretele au fost extrem de rare (1-1,5% la pacienții MtF și sub 1% la pacienții FtM) (Pfäfflin, 1993). S-a dovedit, într-adevăr, că terapia hormonală și intervențiile chirurgicale sunt medical necesare pentru a atenua disforia de gen în multe cazuri (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Odată cu dezvoltarea acestui domeniu, profesioniștii medicali au constatat că, în timp ce mulți au nevoie atât de tratament hormonal, cât și de intervenție chirurgicală pentru a-și atenua disforia de gen, alții necesită fie una singură, fie niciuna dintre aceste opțiuni de tratament (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Adesea cu ajutorul psihoterapiei, unele persoane își integrează sentimentele transgender sau cross-gender⁷ în rolul de gen asociat sexului care le-a fost atribuit la naștere și nu simt nevoia de a-și feminiza sau masculiniza corpul. Pentru alții, sunt suficiente schimbări în rolul de gen și în exprimarea lui, pentru a atenua disforia de gen. Unii pacienți pot avea nevoie de hormoni, de o eventuală schimbare în rolul de gen, dar nu și de chirurgie; alții ar putea avea nevoie de o schimbare de rol de gen și de intervenție chirurgicală, dar nu și de hormoni. Altfel spus, tratamentul pentru disforia de gen s-a particularizat.

Odată cu maturizarea unei generații de persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen - dintre care multe au beneficiat de abordări terapeutice variate - comunitatea respectivă a căpătat vizibilitate și a demonstrat o diversitate considerabilă în identitatea, rolurile și exprimarea de gen. Unii se autodefinesc nu ca persoane neconforme cu normele de gen, ci drept cross-sex (adică persoane aparținând celuilalt sex, cf. Bockting, 2008). Alții își afirmă o identitate de gen unică, nemaiconsiderându-se nici bărbat, nici femeie (Bornstein, 1994;

⁷ Comportamentul cross-gender presupune a trăi în rolul social atribuit normativ sexului opus, prin adoptarea de îmbrăcăminte, coafură, gesturi, mod de vorbire considerate „corespunzătoare” aceluși sex, precum și prin adoptarea caracteristicilor generale de personalitate asociate de regulă cu celălalt sex, dar fără a recurge la terapii hormonale sau intervenții chirurgicale menite să modifice corpul (n.t.).

Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). În schimb, e posibil să își descrie identitatea de gen în termeni specifici precum transgender, bigen sau genderqueer, afirmând experiențe unice care pot transcende înțelegerea binară (masculin/feminin) a genului (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). E posibil ca aceste persoane să nu perceapă procesul de afirmare a identității ca pe o „tranziție”, fie pentru că nu au adoptat niciodată pe deplin rolul de gen considerat corespunzător sexului ce le-a fost atribuit la naștere, fie pentru că își exercită identitatea de gen, rolul de gen și exprimarea genului altcumva decât prin trecerea de la un gen la celălalt. De exemplu, unii tineri ce se identifică drept genderqueer și-au perceput mereu identitatea de gen sau de rol ca atare (ca genderqueer). Vizibilitatea publică mărită și conștientizarea diversității genului (Feinberg, 1996) au oferit persoanelor cu disforie de gen mai multe opțiuni de a-și afirma identitatea și de a găsi un rol de gen și o exprimare a acestuia care să le convină.

Profesioniștii din domeniul sănătății pot ajuta persoanele cu disforie de gen să își afirme identitatea de gen explorând diferite opțiuni de exprimare a acesteia și să ia decizii despre opțiunile de tratament medical pentru atenuarea disforiei de gen.

Opțiuni pentru tratamentul psihologic și medical al disforiei de gen

Pentru cei care solicită îngrijire pentru disforie de gen pot fi luate în considerare diverse opțiuni terapeutice. Numărul și tipul de intervenții, precum și ordinea în care acestea sunt aplicate pot diferi de la o persoană la alta (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010). Opțiunile de tratament includ următoarele:

- ▶ Modificări în exprimarea genului și în rolul de gen (incluzând, poate, trăitul temporar sau permanent într-un alt rol de gen, în concordanță cu identitatea de gen a persoanei);
- ▶ Tratament hormonal pentru feminizarea sau masculinizarea corpului;
- ▶ Intervenții chirurgicale pentru schimbarea caracteristicilor sexuale primare și/sau secundare (de exemplu, sâni/piept, organe genitale externe și/sau interne, trasături faciale, conformația corpului);
- ▶ Psihoterapie (individuală, de cuplu, de familie sau de grup) pentru scopuri precum explorarea identității de gen, a rolului de gen și a exprimării acestuia; discutarea impactului negativ al disforiei de gen și al stigmei sănătății mentale; atenuarea transfobiei internalizate; creșterea susținerii din partea altor persoane trans⁸ și a societății; îmbunătățirea imaginii corporale; sau promovarea puterii de rezistență.

⁸ Expresia „alte persoane trans” a fost aleasă pentru a reda termenul englezesc de „peer”, însemnând persoane egale (ca vârstă, statut, pregătire, etc.) cu cea despre care se vorbește: în cazul de față, persoane într-o situație similară de neconformitate de gen (n.t.).

Opțiuni pentru susținere socială și pentru schimbări în exprimarea genului

Adițional (sau alternativ), opțiunile de tratament psihologic și medical descrise mai sus pot fi complementate cu altele care ajută la atenuarea disforiei de gen. De exemplu:

- ▶ Mijloace de susținere din partea altor persoane trans, online sau față în față, grupuri sau organizații comunitare care să ofere posibilități de sprijin și promovare socială;
- ▶ Mijloace de susținere, online sau în persoană, pentru familii și prieteni;
- ▶ Terapie de voce și comunicare pentru a ajuta la dezvoltarea abilităților de comunicare verbală și non-verbală care să permită o relaționare confortabilă cu identitatea de gen;
- ▶ Îndepărtarea părului prin electroliză, tratament cu laser sau epilare cu ceară;
- ▶ Articole pentru camuflarea sau potențarea bustului, articole pentru camuflarea organelor genitale masculine sau proteze peniene, articole pentru potențarea șoldurilor sau a feselor;
- ▶ Schimbarea numelui și a genului în actele de identitate.

VI. Evaluarea și tratarea copiilor și adolescenților cu disforie de gen

Există o serie de diferențe în fenomenologia, dezvoltarea și abordarea terapeutică a disforiei de gen la copii, adolescenți și adulți. La copii și adolescenți există un proces de dezvoltare (fizică, psihologică și sexuală) rapid și pronunțat, precum și o mai mare fluiditate și variabilitate a rezultatelor, în special la pre-puberi. Prin urmare, această secțiune a SDÎ oferă îndrumări clinice specifice pentru evaluarea și tratarea copiilor și adolescenților cu disforie de gen.

Diferențele dintre copiii și adolescenții cu disforie de gen

O diferență importantă între copiii și adolescenții cu disforie de gen o reprezintă procentul în care disforia persistă până la maturitate. Disforia de gen din copilărie nu se continuă în mod inevitabil la vârsta adultă.⁹ Studiile de monitorizare a pre-puberilor (în principal băieți) îndrumați către clinici pentru evaluarea disforiei de gen dovedesc că doar la 6-23% dintre ei a continuat disforia și la maturitate (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Ca adulți, băieții cuprinși în aceste studii se identificau ca homosexuali, mai degrabă decât transgender (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). Cercetări mai recente, care au inclus și fete, arată o rată de 12-27% de persistență a disforiei de gen la maturitate (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

În schimb, aceeași rată e mult mai mare la adolescenți. Deși nu există cercetări preliminare oficiale, într-un studiu de monitorizare a 70 de adolescenți diagnosticați cu disforie de gen și tratați hormonal pentru a le întârzia pubertatea, toți s-au îndreptat către reatribuirea de sex propriu-zisă, începând cu terapia hormonală de feminizare/masculinizare a corpului (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

O altă diferență între copiii și adolescenții cu disforie de gen constă în raportul dintre sexe din fiecare grupă de vârstă. La copiii disforici înregistrați la clinici până în 12 ani, raportul masculin/feminin era de între 6:1 și 3:1 (Zucker, 2004). La adolescenții disforici în vârstă de peste 12 ani și înregistrați la clinici, raportul masculin/feminin este de aproape 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

După cum se menționează în secțiunea IV și în lucrarea lui Zucker și Lawrence (2009), nu există studii simptomatologice oficiale despre disforia de gen la copii, adolescenți și adulți. E nevoie de cercetări suplimentare pentru a ajusta estimările privind prevalența și persistența acestora în diverse populații din lume.

⁹ Comportamentele neconforme cu normele de gen la copii pot continua și la maturitate, fără să indice neapărat disforie de gen și nevoia de tratament. Precum se menționează în secțiunea III, disforia de gen nu este sinonimă cu diversitatea în exprimarea genului.

Fenomenologia la copii

Copiii pot da semne de disforie de gen chiar de la vârsta de doi ani, exprimându-și fie dorința de a fi de alt sex, fie nemulțumirea față de funcțiile și caracteristicile fizice ale sexului lor. În plus, e posibil să prefere haine, jucării și jocuri în mod obișnuit asociate celuilalt sex și să se joace cu copii de sex opus. Aceste aspecte nu par să fie însă omogene: unii copii se dovedesc extrem de neconformi cu genul lor prin comportament și dorințe, la care se adaugă un serios și persistent disconfort față de caracteristicile lor sexuale primare. La alți copii aceste manifestări sunt mai puțin intense sau doar în parte prezente (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

Sunt relativ frecvente cazurile de copii cu disforie de gen la care apar prin internalizare și alte tulburări, cum ar fi anxietatea și depresia (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). Prevalența tulburărilor din spectrul autismului pare a fi mai mare la copiii disforici înregistrați clinic, decât la populația generală (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

Fenomenologia la adolescenți

La majoritatea copiilor, disforia de gen dispare înaintea sau la începutul pubertății. Totuși, la unii copii aceste sentimente se intensifică, apărând sau accentuându-se aversiunea față de propriul lor corp, pe măsură ce se dezvoltă caracteristicile sexuale secundare, odată cu înaintarea spre adolescență (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Datele dintr-un studiu sugerează că există o legătură între o neconformitate cu normele de gen mai pronunțată în copilărie și persistența disforiei de gen până spre finalul adolescenței și începutul vârstei adulte (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Cu toate acestea, mulți adolescenți și adulți care prezintă disforie de gen nu afirmă că ar fi avut în mod constant comportamente neconforme cu genul lor, în copilărie (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Prin urmare, o disforie de gen ce devine evidentă pentru prima oară în adolescență îi poate lua prin surprindere pe cei din jurul tânărului/tinerei respectiv/e (părinți, alți membri ai familiei, prieteni și cunoscuți).

Adolescenții care își percep caracteristicile sexuale primare și/sau secundare și sexul atribuit la naștere drept necorespunzătoare cu identitatea lor de gen pot fi extrem de tulburați din cauza aceasta. Nu toți, dar numeroși adolescenți cu disforie de gen își doresc puternic tratament hormonal și intervenție chirurgicală. Tot mai mulți încep să trăiască în rolul de gen dorit încă de la intrarea în liceu (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Printre adolescenții trimiși la clinicile specializate în identitate de gen, numărul celor considerați eligibili pentru un prim tratament medical - începând cu analogi GnRH pentru stoparea pubertății în primele stadii Tanner - diferă de la țară la țară și de la o clinică la alta. Nu toate clinicile oferă acest tratament; dacă însă este disponibil, poate fi început de adolescenți aflați în stadiile de

pubertate 2 până la 4, pe scala Tanner (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012). Procentele de adolescenți tratați sunt probabil determinate de organizarea sistemului de îngrijire medicală, de aspecte legate de asigurările medicale, de diferențe culturale, de opiniile profesioniștilor din domeniul sănătății și de procedurile diagnostice existente într-un context sau altul.

Clinicienii fără experiență ar putea confunda semnele disforiei de gen cu ideile delirante. Fenomenologic, există o diferență calitativă între simptomele disforiei și ideile delirante sau alte manifestări psihotice. Marea majoritate a copiilor și adolescenților cu disforie de gen nu suferă de afecțiuni psihiatrice subiacente grave, cum ar fi tulburările psihotice (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, versiunea apărută online pe 7 ianuarie 2011, înaintea celei publicate).

Mai frecventă la adolescenți este coexistența disforiei de gen cu tulburări prin internalizare precum anxietatea și depresia, sau prin externalizare precum opoziționismul provocator (de Vries et al., 2010). Ca și la copii, prevalența tulburărilor din spectrul autismului pare mai ridicată la adolescenții cu disforie de gen trimiși către clinici, decât la populația adolescentă generală (de Vries et al., 2010).

Competența profesioniștilor din domeniul sănătății mentale care lucrează cu copii sau adolescenți cu disforie de gen

Includem mai jos calificările minime recomandate profesioniștilor din domeniul sănătății mentale care evaluează, îndrumă și tratează copii și adolescenți cu disforie de gen:

1. îndeplinesc cerințele de competență pentru profesioniști din domeniul sănătății mentale care lucrează cu adulți, așa cum sunt ele prezentate în secțiunea VII;
2. au urmat cursuri de instruire privind psihopatologia dezvoltării la copii și adolescenți;
3. dețin competențe în diagnosticarea și tratarea problemelor obișnuite ale copiilor și adolescenților.

Rolurile profesioniștilor din domeniul sănătății mentale care lucrează cu copii sau adolescenți cu disforie de gen

Printre posibilele atribuții ale profesioniștilor din domeniul sănătății mentale care lucrează cu copii sau adolescenți cu disforie de gen se numără următoarele:

1. Evaluează în mod direct disforia de gen la copii și adolescenți (vedeți mai jos ghidurile pentru evaluare).
2. Oferă consiliere și sprijin psihoterapeutic care să îi ajute pe copii și pe adolescenți să își exploreze identitatea de gen, atenuând efectele negative ale disforiei de gen și ameliorând orice alte probleme psihosociale.

3. Evaluează și tratează alte cauze de îngrijorare privind sănătatea mentală coexistente la respectivii copii și adolescenți (sau le face acestora trimitere către alți specialiști în sănătate mentală, în vederea tratării). Abordarea unor astfel de chestiuni face parte din planul de tratament de ansamblu.

4. Face adolescenților recomandări privind intervențiile fizice suplimentare (precum tratamentul hormonal pentru întârzierea pubertății), în vederea atenuării disforiei de gen. Trimiterile trebuie să includă documentație despre evaluarea disforiei de gen și a sănătății mentale a adolescentului, eligibilitatea acestuia pentru intervenții fizice (vedeți prezentarea de mai jos), experiența relevantă a specialistului însuși, precum și orice altă informație importantă despre sănătatea tânărului/tinerei și despre îndrumarea către tratamente specifice.

5. În numele copiilor și al adolescenților cu disforie de gen, ca și al familiilor lor, desfășoară activități de educare și promovare în comunitățile respective (de exemplu, în centre de zi, școli, tabere sau în alte cadre organizate). Rolul acesta e deosebit de important, întrucât s-a dovedit că adolescenții și copiii care nu se conformează cu normele de gen prescrise social se pot confrunta cu hărțuire, la școală (Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Sausa, 2005), ceea ce îi expune riscului de izolare socială, depresie și alte traume (Nuttbrock et al., 2010).

6. Oferă copiilor, tinerilor și familiilor lor informații și recomandări despre colectivități de persoane trans unde găsesc sprijin, cum ar fi grupurile de suport pentru părinții copiilor transgender sau neconformi cu normele de gen tradiționale (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Evaluarea și intervențiile psihosociale pentru copii și adolescenți fac adesea parte dintr-un pachet multidisciplinar de servicii specializate pentru identitate de gen. Dacă acest set multidisciplinar de servicii nu este disponibil, profesionistul în domeniul sănătății mentale ar trebui să ofere pacienților posibilitatea de a contacta și consulta un endocrinolog pediatru, cu scopul implicării acestuia în evaluarea, informarea și luarea de decizii privitoare la intervențiile fizice.

Evaluarea psihologică a copiilor și adolescenților

Când evaluează copii și adolescenți care reclamă disforie de gen, profesioniștii din domeniul sănătății mentale ar trebui să urmeze, în mare, următoarele ghiduri/principii:

1. Să nu exprime desconsiderație sau atitudini negative față de identitățile neconforme cu normele de gen sau față de manifestările disforiei de gen. În loc de aceasta, să admită motivele de îngrijorare expuse de copii, de adolescenți sau de familiile lor; să efectueze o evaluare amănunțită a disforiei de gen și a altor cauze de îngrijorare, coexistente, privind sănătatea mentală; să ofere clienților și familiilor lor lămuriri în privința opțiunilor terapeutice, dacă e nevoie. Abordarea tabuurilor și acceptarea pot aduce considerabilă alinare copiilor/adolescenților disforici și familiilor acestora.

2. Să evalueze disforia de gen și sănătatea mentală într-un mod care să exploreze natura și caracteristicile identității de gen a copilului sau adolescentului. Să realizeze o psihodiagnosticare și o evaluare psihiatrică ce acoperă aspecte ca funcționalitatea emoțională, relaționarea cu alte persoane trans și funcționalitatea intelectuală/permanența școlară. Să

estimeze punctele tari și punctele slabe ale funcționalității familiale. Problemele emoționale și comportamentale sunt destul de frecvente, și e posibil să apară chestiuni nerezolvate provenind din mediul copilului sau al adolescentului respectiv (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007).

3. Să îi informeze pe adolescenți și pe familiile lor, în faza de evaluare, despre posibilitățile și limitările corespunzătoare diferitelor tratamente. Acest lucru e necesar pentru luarea de decizii avizate și important pentru evaluare. Felul în care adolescenții reacționează la informații concrete despre reatribuirea de sex poate fi relevant pentru diagnosticare. Informațiile corecte îl pot determina pe un client tânăr să renunțe la dorința de a urma un anumit tratament, dacă acea dorință venea din așteptări nerealiste privind efectele tratamentului respectiv.

Intervenții psihologice și sociale pentru copii și adolescenți

Când tratează și sprijină copii și adolescenți cu disforie de gen, profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să urmeze, în mare, următoarele ghiduri/principii:

1. Profesioniștii din domeniul sănătății mentale ar trebui să ajute familiile să reacționeze aprobator și încurajator la preocupările copiilor lor cu disforie de gen. Familiile joacă un rol important în ce privește starea de bine și sănătatea psihologică a tinerilor (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Observația se aplică și grupurilor de persoane trans și mentorilor din mediul social respectiv, care pot fi o altă sursă de sprijin.

2. Psihoterapia ar trebui să urmărească reducerea efectelor negative ale disforiei de gen la copilul sau adolescentul client și ameliorarea oricăror altor probleme psihosociale. Pentru tinerii ce vizează reatribuirea de sex, psihoterapia se poate concentra pe oferirea de sprijin înainte de reatribuire, pe durata acesteia și ulterior. Nu s-au publicat evaluări formale ale diverselor abordări psihoterapeutice pentru această situație, însă există câteva descrieri de metode de consiliere (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Tratamente ce urmăresc să schimbe identitatea de gen și exprimarea lui, pentru a le face să corespundă mai bine sexului atribuit la naștere, au fost încercate în trecut, fără succes (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), în special pe termen lung nedând rezultate (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Asemenea tratamente au încetat a fi considerate etice.

3. Familiile ar trebui ajutate să își gestioneze nesiguranța și anxietatea privind dezvoltarea psihosexuală a copiilor lor și să îi sprijine pe aceștia în a-și forma o imagine de sine pozitivă.

4. Profesioniștii din domeniul sănătății mentale nu ar trebui să impună o optică binară asupra genului. Ar trebui să acorde clienților deplină libertate în a explora diverse opțiuni de exprimare a genului. Intervențiile hormonale sau chirurgicale sunt potrivite pentru unii adolescenți, dar nu și pentru alții.

5. Clienții și familiile lor ar trebui susținuți atunci când au de luat hotărâri dificile privind gradul în care primilor le este permisă exprimarea unui rol de gen concordant cu identitatea lor de gen, sau privind calendarul schimbărilor de rol de gen și, eventual, al tranziției sociale. De exemplu, un client care merge la școală poate efectua în paralel o tranziție socială doar

parțială (purtând haine și adoptând frizuri/coafuri care să îi reflecte identitatea de gen), sau una completă (folosind, în plus, un nume și forme de adresare corespunzătoare identității sale de gen). Alte decizii dificile: trebuie informați și alți oameni din viața clientului cu privire la situația sa? Dacă da, când? Și cum ar putea reacționa?

6. Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să își sprijine clienții și pe familiile acestora în rolul lor promotor și educațional în raport cu membrii societății și cu autorități precum profesorii, conducerea școlii, tribunale.

7. Profesioniștii din domeniul sănătății mentale ar trebui să se străduiască să mențină o relație terapeutică cu adolescenții/copiii neconformi cu normele de gen, ca și cu familiile lor, pe durata oricăror schimbări sociale și intervenții fizice ulterioare. Aceasta garantează analizarea atentă și periodică a deciziilor privind exprimarea de gen sau tratarea disforiei de gen. Principiul se aplică și în cazul copiilor sau adolescenților care și-au schimbat la nivel social genul de rol chiar înainte de a fi consultați de un profesionist din domeniul sănătății mentale.

Procesul de tranziție socială în perioada primei copilării

Unii copii vor să facă tranziția socială spre un alt rol de gen cu mult înainte de pubertate. Lucrul acesta reflectă, pentru unii, o posibilă exprimare a identității lor de gen, iar pentru alții – motivații determinate de alte elemente. Gradul în care familiile permit copiilor lor să treacă în celălalt rol de gen variază de la caz la caz. Astfel de tranziții sociale în prima copilărie în unele familii sunt o realitate de succes, ceea ce reprezintă o chestiune polemică asupra căreia profesioniștii medicali au perspective divergente. Iar actuala bază de date este insuficientă pentru a preconiza efectele pe termen lung ale încheierii tranziției de rol de gen în perioada primei copilării. Prin urmare, studii care să urmărească efectele tranziției sociale timpurii la copii pot contribui imens la formularea de recomandări clinice, în viitor.

Profesioniștii din domeniul sănătății mentale pot ajuta familiile să ia hotărâri despre momentul și procesul oricărei schimbări privind rolul de gen al copiilor lor de vârstă mică, oferind informații și îndrumându-i pe părinți cum să analizeze posibilele beneficii și dificultăți ale opțiunilor existente. În această privință sunt relevante ratele relativ scăzute de persistență a disforiei de gen din copilărie, descrise anterior (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). O revenire la rolul de gen originar poate fi extrem de tulburătoare, uneori copilul amânând această a doua tranziție socială (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Din asemenea motive, părinții pot prefera să prezinte schimbarea de rol ca pe o explorare a „vieții în celălalt rol”, decât ca pe o situație ireversibilă. Profesioniștii din domeniul sănătății mentale îi pot ajuta pe părinți să identifice eventuale soluții intermediare sau de compromis (de exemplu, adoptarea altui rol de gen doar pe perioada vacanței). E important și ca părinții să le explice copiilor că se poate reveni la rolul inițial.

Indiferent de deciziile familiei privitoare la tranziție (moment, grad de complexitate), profesioniștii ar trebui să le ofere acestora consiliere și sprijin în perioada cântăririi opțiunilor și implicațiilor. Dacă părinții nu îi lasă pe copii să facă o tranziție de rol de gen, poate că au nevoie de consiliere care să îi ajute să răspundă nevoilor copilului lor cu grijă și sensibilitate, garantându-i o multitudine de posibilități de a-și explora comportamentul și sentimentele legate de gen într-un mediu

sigur. Dacă părinții, dimpotrivă, îi permit copilului să efectueze o tranziție de rol de gen, pot avea nevoie de consiliere despre cum să înlesnească succesul experienței respective. De exemplu, pot fi ajutați să folosească forme de adresare adecvate, să asigure copilului lor aflat în tranziție un mediu sigur și încurajator (la școală, în grupuri de suport) și să comunice cu alți oameni din viața copilului. În orice caz, pe măsură ce copilul se apropie de pubertate ar putea fi nevoie de noi evaluări, dacă alternativa intervențiilor fizice capătă relevanță.

Intervenții fizice la adolescenți

Înainte de a lua în considerare intervenții fizice pentru adolescenți, trebuie explorate pe larg chestiuni psihologice, sociale și familiale, precum s-a menționat mai sus. Cât anume durează explorarea variază semnificativ în funcție de complexitatea situației.

Intervențiile fizice trebuie discutate în contextul dezvoltării adolescenților, aceștia putând avea convingeri ferme și emfatic exprimate cu privire la identitatea lor, care dau o falsă impresie de ireversibilitate. La adolescenți, reorientarea spre conformitate cu normele de gen poate apărea îndeosebi pentru a face pe plac părinților, însă e posibil să nu dureze și să nu reflecte o „rezolvare” definitivă a disforiei de gen (Hembree et al., 2009; Steensma et al., versiunea apărută online pe 7 ianuarie 2011, înaintea celei publicate).

Intervențiile fizice pentru adolescenți se încadrează în trei categorii sau etape (Hembree et al., 2009):

- 1. Intervenții complet reversibile.** Acestea implică utilizarea de analogi GnRH pentru a stopa secreția de estrogen sau testosteron, deci pentru a întârzia schimbările fizice ale pubertății. Alte opțiuni de tratament: cu progestine (cel mai adesea, medroxiprogesteron) sau alte medicamente (ca spironolactona) ce diminuează efectul androgenilor secretați de testicule, la adolescenții care nu iau analogi GnRH. Contraceptivele administrate pe cale orală permanent (sau medroxiprogesteronul injectabil subcutanat ori intramuscular) pot fi utilizate pentru a opri ciclul menstrual.
- 2. Intervenții parțial reversibile.** Acestea includ tratamentul hormonal pentru masculinizarea sau feminizarea corpului. Unele schimbări determinate de hormoni e posibil să necesite chirurgie plastică pentru atenuarea efectelor (de exemplu, ginecomastia cauzată de estrogeni), pe când altele nu sunt modificabile (de exemplu, îngroșarea vocii, cauzată de testosteron).
- 3. Intervenții ireversibile: operațiile chirurgicale.**

Se recomandă urmarea unui proces în etape, pentru a păstra deschise posibilitățile, în primele două stadii. Înainte de trecerea de la o etapă la alta ar trebui să se acorde adolescenților și părinților lor suficient timp pentru a asimila pe deplin efectele intervenției anterioare.

Intervențiile complet reversibile

Adolescenții pot fi eligibili pentru administrarea de hormoni care întârzie pubertatea de îndată ce le apar schimbări pubertare. Pentru ca ei și părinții lor să ia decizii avizate privind întârzierea pubertății, e recomandabil ca adolescenții să fi ajuns cel puțin la stadiul 2 de pubertate pe scala Tanner. Unii copii pot atinge acest stadiu la o vârstă mică (de exemplu, 9 ani). Cercetările care analizează această abordare au inclus doar copii de cel puțin 12 ani (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen-Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Există două scopuri care justifică intervenția cu hormoni ce întârzie pubertatea: (i) utilizarea lor le dă timp adolescenților să își exploreze neconformitatea cu normele de gen și alte chestiuni legate de dezvoltare; (ii) utilizarea lor poate ușura tranziția, prin faptul că se previne dezvoltarea unor caracteristici sexuale care ar fi greu sau imposibil de suprimat dacă adolescenții s-ar îndrepta pe mai departe către reatribuire de sex.

Frânarea modificărilor pubertare se poate susține câțiva ani, timp în care se ia decizia fie de a întrerupe orice tratament hormonal, fie de a face tranziția către un regim hormonal de feminizare/masculinizare. Întârzierea pubertății nu duce inevitabil la tranziție socială sau la reatribuire de sex.

Criteria privind hormonii care întârzie pubertatea

Pentru ca adolescenților să le fie prescriși hormoni ce întârzie pubertatea trebuie îndeplinite cel puțin următoarele criterii:

1. Adolescentul urmează demult și în mod intens un tipar de neconformitate cu normele de gen sau de disforie de gen (fie reprimată, fie exprimată);
2. Disforia de gen a apărut ori s-a accentuat odată cu începutul pubertății;
3. Orice probleme sociale, medicale sau psihologice coexistente care ar putea interfera cu tratamentul (afectând respectarea acestuia) au fost discutate, așa încât situația și capacitățile adolescentului sunt suficient de stabile pentru inițierea tratamentului;
4. Adolescentul și-a dat consimțământul avizat și, în special dacă nu a atins vârsta pentru exprimarea consimțământului medical, părinții sau alții în a căror grijă sau custodie se află au consimțit la tratament și s-au angajat să îl susțină pe adolescent pe toată durata procesului terapeutic.

Regimul, monitorizarea și riscurile întârzierii pubertății

Pentru întârzierea pubertății, adolescenților cu organe genitale masculine le-ar trebui un tratament cu analogi GnRH, care stopează secreția hormonilor luteinizanți, deci secreția de testosteron. Alternativ, adolescenții respectivi pot urma tratament cu progestine (de exemplu, medroxiprogesteron) sau cu alte medicamente care blochează secreția de testosteron și/sau neutralizează acțiunea acestuia. Adolescenților cu organe genitale feminine le-ar trebui un tratament cu analogi GnRH, care stopează producerea de estrogen și progesteron. Ca tratament alternativ, li se pot prescrie progestine (ca medroxiprogesteronul). Iar pentru a stopa menstra se pot folosi contraceptive orale (sau medroxiprogesteron injectabil subcutanat ori intramuscular). În ambele grupuri de adolescenți se preferă tratamentul cu analogi GnRH (Hembree et al., 2009), însă prețul e prohibitiv pentru unii pacienți.

Pe durata întârzierii pubertății dezvoltarea fizică a adolescentului trebuie atent monitorizată – preferabil de către un endocrinolog pediatru – pentru a se putea face orice intervenții necesare (cum ar fi stabilirea unei înălțimi adecvate, conforme cu genul, pentru a ameliora densitatea minerală osoasă iatrogen scăzută) (Hembree et al., 2009).

Folosirea timpurie a hormonilor care întârzie pubertatea poate preveni efectele socio-emoționale negative ale disforiei de gen mai eficient decât utilizarea târzie. Intervențiile de la începutul adolescenței ar trebui realizate cu îndrumarea unui endocrinolog pediatru, dacă se poate. Adolescenții cu organe genitale masculine care urmează de la începutul pubertății tratament cu analogi GnRH ar trebui informați că acesta poate avea drept consecință dezvoltarea insuficientă a țesutului penil, nemafiind posibilă vaginoplastia prin inversiune penilă (rămân însă disponibile tehnici alternative cum ar fi grefarea de piele sau folosirea de țesut din colon).

Întârzierea pubertății, ca și permiterea desfășurării ei au fiecare efectele lor. Pe de o parte, dezvoltarea ireversibilă de caracteristici sexuale secundare în timpul pubertății și resimțirea intensă, pentru mai mulți ani, a disforiei de gen pot afecta buna funcționare de mai târziu, în viață. Pe de altă parte, sunt îngrijorătoare efectele fizice secundare negative (asupra dezvoltării oaselor și înălțimii, de exemplu) ale utilizării de analogi GnRH. Deși primele rezultate ale acestui tratament, evaluate la 10 adolescenți monitorizați pe o perioadă de 10 ani, sunt promițătoare (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), consecințele pe termen lung pot fi stabilite doar când primul pacient tratat atinge o anumită vârstă.

Intervenții parțial reversibile

Adolescenții pot fi eligibili pentru începerea tratamentului hormonal de feminizare sau masculinizare, preferabil cu acceptul părinților. În multe țări, cei de 16 ani sunt considerați din punct de vedere legal adulți ce pot lua decizii medicale, fără necesitatea consimțământului parental. În mod ideal, alegerea tratamentului ar trebui făcută de adolescenți împreună cu familia lor și cu echipa medicală.

Regimurile privind tratamentul cu hormoni la adolescenții cu disforie de gen diferă substanțial de cele folosite pentru adulți (Hembree et al., 2009). Regimurile hormonale pentru tineri sunt adaptate pentru a determina dezvoltarea mentală, emoțională și somatică desfășurată pe toată perioada adolescenței (Hembree et al., 2009).

Intervenții ireversibile

E contraindicată efectuarea de operații chirurgicale genitale (i) înainte ca pacienții să atingă vârsta legală a majoratului pentru exprimarea consimțământului privind procedurile medicale, în țara respectivă, și (ii) dacă pacienții nu au trăit cel puțin 12 luni neîntrerupt în rolul de gen concordant cu identitatea lor de gen. Pragul de vârstă ar trebui considerat un criteriu minim, dar nu suficient în sine, pentru inițierea unei intervenții.

Operațiile mamare pentru pacienții FtM pot fi efectuate mai devreme, de preferință după petrecerea unei perioade extinse în rolul de gen dorit și după un an de tratament cu testosteron. Această succesiune le oferă adolescenților ocazia de a vedea cum se simt într-un rol de gen mai masculin, și cum se adaptează social la acesta, înainte de a trece printr-o operație ireversibilă. În orice caz, există o varietate de abordări potrivite, în funcție de situația clinică specifică a adolescentului respectiv și de obiectivele sale individuale privind exprimarea identității de gen.

Riscurile neacordării de tratament medical adolescenților

Refuzul de a le oferi adolescenților la timp intervenții medicale poate duce la prelungirea disforiei de gen și la formarea unei înfățișări care poate invita la abuzuri și stigmatizare. Iar cum gravitatea abuzului legat de gen este puternic asociată cu nivelul de disconfort psihic la adolescență (Nuttbrock et al., 2010), neacordarea de tratament hormonal care întârzie pubertatea și, ulterior, feminizarea sau masculinizarea nu rămâne fără consecințe pentru adolescenți.

VII. Sănătatea mentală

Persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen pot recurge la un specialist din domeniul sănătății mentale din diverse motive. Indiferent de acestea, specialiștii ar trebui să aibă cunoștințe despre neconformitatea de gen, să se poarte adecvat din punct de vedere cultural și să manifeste sensibilitate în oferirea de îngrijire.

Această secțiune a SDÎ e dedicată rolului pe care-l au profesioniștii din domeniul sănătății mentale în îngrijirea adulților ce solicită îndrumare privind disforia de gen și chestiuni conexe acesteia. Pentru lucrul cu adolescenți și copii cu disforie de gen, și cu familiile lor, consultați secțiunea VI.

Competența profesioniștilor din domeniul sănătății mentale care lucrează cu adulți cu disforie de gen

Formarea de specialiști în domeniul sănătății mentale calificați să lucreze cu adulți cu disforie de gen se bazează pe competențe medicale generale în evaluarea, diagnosticarea și tratarea aspectelor de sănătate mentală. Instruirea clinică se poate încadra oricărei discipline care formează profesioniști în sănătate mentală pentru practică clinică, cum ar fi psihologia, psihiatria, asistența socială, consilierea în domeniul sănătății mentale, terapia de cuplu și de familie, asistența medicală sau medicina de familie cu specializare în consiliere și sănătate comportamentală. Iată acreditările minime recomandate pentru specialiștii în sănătate mentală ce lucrează cu adulți cu disforie de gen:

1. Diplomă de masterat (sau echivalentul) într-un domeniu al psihologiei clinice. Această diplomă, sau una superioară, trebuie acordată de o instituție acreditată de către comisia națională sau regională de acreditare. Este necesar ca specialiștii din domeniul sănătății mentale să aibă competențe atestate de o comisie de autorizare relevantă sau de echivalentul acesteia din țara respectivă.
2. Competență în folosirea Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM V) și/sau a Clasificării internaționale a bolilor (ICD10), în scopul diagnosticării.
3. Capacitatea de a recunoaște și diagnostica aspecte de sănătate mentală coexistente și de a le deosebi de disforia de gen.
4. Instruire supervizată și calificări atestate în psihoterapie sau consiliere.
5. Cunoștințe despre identitățile și exprimările de gen neconforme cu normele de gen, cât și despre evaluarea și tratarea disforiei de gen.
6. Educarea continuă privind evaluarea și tratarea disforiei de gen, incluzând participarea la întruniri profesionale relevante, ateliere de lucru sau seminarii, obținerea supervizării de la un profesionist din domeniul sănătății mentale cu experiență relevantă, ori implicarea în proiecte de cercetare despre disforia de gen sau neconformitatea cu normele de gen.

Pe lângă acreditările minime de mai sus, se recomandă ca specialiștii să își dezvolte și mențină competența culturală necesară bunei lor relaționări cu persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen. Aceasta poate presupune cunoașterea situației actuale privind comunitatea, demersurile de susținere și politicile publice relevante pentru acești clienți și familiile lor. În plus, sunt necesare cunoștințe despre sexualitate, despre aspecte ale sănătății sexuale și despre evaluarea și tratarea unor tulburări sexuale.

Profesioniștii în domeniul sănătății mentale debutanți în această specialitate, indiferent de nivelul pregătirii și de experiența lor generală, ar trebui să lucreze supervizați de specialiști cu competență bine stabilită în evaluarea și tratarea disforiei de gen.

Sarcinile profesioniștilor din domeniul sănătății mentale care lucrează cu adulți cu disforie de gen

Specialiștii în sănătate mentală le pot ajuta pe persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, cât și pe familiile lor, în diverse feluri, depinzând de nevoile clienților. De exemplu, specialistul poate servi drept psihoterapeut, consilier, terapeut de familie, diagnostician/evaluator, susținător sau educator.

Profesioniștii ar trebui să identifice motivele pentru care clienții solicită asistență specializată. De exemplu, un client se poate prezenta la specialist pentru oricare dintre aceste servicii de îngrijire medicală: asistență psihoterapeutică pentru explorarea identității de gen și a exprimării genului, sau pentru facilitarea procesului de coming-out¹⁰; evaluarea și trimiterea la specialist pentru intervenții medicale de feminizare sau masculinizare; suport psihologic pentru membrii familiei (parteneri, copii, rude); psihoterapie pentru alte probleme decât cele de gen; sau alte servicii de specialitate.

Urmează câteva principii generale privind sarcinile pe care le pot îndeplini frecvent profesioniștii din domeniul sănătății mentale ce lucrează cu adulți cu disforie de gen.

Sarcini legate de evaluare și de trimiterea la specialist

1. Evaluarea disforiei de gen

Specialiștii din domeniul sănătății mentale evaluează disforia de gen a clienților în contextul estimării adaptării lor psihosociale (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Procesul include cel puțin evaluarea identității de gen și a disforiei de gen, istoricul acesteia și dezvoltarea

¹⁰ Coming-out este un termen englezesc folosit și în română ca atare pentru a desemna procesul prin care o persoană își asumă și dezvăluie și altora identitatea sa de gen sau orientarea sa sexuală. Termenul numește, deci, experiența de descoperire și acceptare de sine, ca și de deschidere privind autoidentificarea cuiva ca LGBT, inclusiv față de alte persoane (n.t.).

sentimentelor legate de ea, impactul asupra sănătății mentale al stigmatizării ce însoțește neconformitatea cu normele de gen, și existența sprijinului din partea familiei, a prietenilor și a altora în situații similare cu a lor (de exemplu, contactul personal sau online cu persoane sau grupuri de persoane transsexuale, transgender sau neconforme cu normele de gen). Evaluarea poate avea ca rezultat: lipsa unui diagnostic, un diagnostic formal legat de disforia de gen și/sau alte diagnostice care descriu aspecte ale sănătății și adaptării psihosociale ale clientului. Rolul profesioniștilor din domeniul sănătății mentale este și să se asigure că disforia de gen nu derivă din (sau nu poate fi explicată prin) alte diagnostice.

Specialiștii care dețin competențele descrise mai sus (de aici înainte numiți „profesioniști calificați în domeniul sănătății mentale”) sunt cei mai în măsură să efectueze evaluarea disforiei de gen. Totuși, această sarcină poate fi efectuată și de un altfel de profesionist medical care are pregătirea necesară în sănătate comportamentală și competența de a evalua disforia de gen, mai ales dacă activează într-o echipă multidisciplinară care asigură acces la terapie hormonală de feminizare/masculinizare. Acest profesionist poate fi cel care prescrie și oferă tratamentul hormonal, sau doar un membru în echipa medicală a furnizorului de tratament.

2. Informarea privind opțiunile de identitate de gen, de exprimare a genului și de intervenții medicale posibile

O sarcină importantă a specialiștilor în sănătate mentală este aceea de a-și educa clienții în privința diversității exprimărilor de gen și identităților de gen, ca și a diferitelor opțiuni disponibile pentru atenuarea disforiei de gen. Astfel, specialiștii pot facilita ei înșiși (sau făcând trimitere la alți specialiști) procesul prin care clienții explorează această diversitate de opțiuni, pentru a găsi o exprimare de gen convenabilă și a se pregăti să ia o decizie bine avizată privind intervențiile medicale disponibile, dacă e necesar. Acest proces poate include trimiterea la terapie individuală, de familie sau de grup, și/sau către posibile medii de sprijin din comunitate. Specialistul și clientul vor discuta implicațiile - atât pe termen scurt, cât și pe termen lung - ale oricărei schimbări în rolul de gen și în utilizarea intervențiilor medicale. Implicațiile pot fi sociale, fizice, psihologice, sexuale, ocupaționale, financiare și legale (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

Această sarcină o îndeplinește cel mai bine un specialist calificat în domeniul sănătății mentale, dar ea poate fi efectuată și de alt profesionist medical cu pregătire adecvată în sănătatea comportamentală și cu suficiente cunoștințe despre exprimările și identitățile de gen neconforme cu normele, și despre posibile intervenții medicale pentru disforia de gen, mai ales dacă profesionistul respectiv face parte dintr-o echipă multidisciplinară ce asigură acces la tratament hormonal pentru feminizare/masculinizare.

3. Evaluarea, diagnosticarea și discutarea opțiunilor de tratament pentru afecțiuni de sănătate mentală coexistente

Clienții cu disforie de gen se pot confrunta cu o serie de afecțiuni de sănătate mentală (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás & Valdés, 2009; Murad et al., 2010), relaționate sau nu cu un (adesea lung) istoric de disforie de gen și/sau „stres al minoritarului” cronicizat. Posibilele afecțiuni includ

anxietatea, depresia, automutilarea, un trecut de abuz și neglijare, comportamentul compulsiv, abuzul de substanțe interzise, tulburări sexuale, de personalitate, de alimentație, psihotice și din spectrul autismului (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Specialiștii trebuie să verifice dacă există asemenea afecțiuni sau altele de sănătate mentală și să le includă pe cele identificate în planul de tratament global, întrucât ele pot fi surse importante de suferință și, netratate, pot complica procesul de explorare a identității de gen și soluționarea disforiei de gen (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Abordarea acestor afecțiuni poate înlesni mult rezolvarea disforiei de gen, eventualele schimbări de rol de gen, luarea deciziilor avizate privind intervențiile medicale și îmbunătățirea calității vieții.

Unora dintre clienți le-ar putea fi utilă medicația psihotropică pentru atenuarea simptomelor sau pentru tratarea unor afecțiuni de sănătate mentală coexistente. Specialiștii trebuie să realizeze acest lucru și fie să asigure medicația, fie să facă trimitere la un coleg calificat să o prescrie. Prezența unor afecțiuni de sănătate mentală coexistente nu exclude neapărat posibile schimbări în rolul de gen sau accesul la hormonii de feminizare/masculinizare ori la chirurgie; mai degrabă, aceste afecțiuni trebuie gestionate cât mai bine înainte de sau în paralel cu tratarea disforiei de gen. În plus, trebuie evaluată capacitatea clienților de a lua hotărâri avizate și informate în privința tratamentului lor medical.

Profesioniștii calificați din domeniul sănătății mentale au pregătire specială în evaluarea, diagnosticarea și tratarea (ori trimiterea către alt specialist, în vederea tratării) acestor afecțiuni de sănătate mentală coexistente. Alți specialiști cu pregătire adecvată în sănătatea comportamentală, mai ales dacă fac parte dintr-o echipă multidisciplinară de specialitate ce oferă acces la terapie hormonală de feminizare/masculinizare, pot și ei să verifice existența unor astfel de afecțiuni și, dacă e indicat, să facă trimitere la un specialist calificat, pentru evaluare amănunțită și tratament.

4. Evaluarea, dacă e cazul, a eligibilității pentru tratament cu hormoni, pregătirea și trimiterea pentru acesta

SDÎ oferă criterii îndrumătoare pentru luarea deciziilor privind terapia hormonală de feminizare/masculinizare (descrise în secțiunea VIII și Anexa C). Specialiștii îi pot ajuta pe clienții care au în vedere terapia hormonală să se pregătească atât psihologic (de exemplu, luând decizii întru totul avizate, cu așteptări clare și realiste; pregătindu-se să primească îngrijire conform planului de tratament global; implicându-și familia și comunitatea, dacă e oportun), cât și practic (de exemplu, printr-o examinare de către doctor, pentru a determina existența sau absența contraindicațiilor medicale ale utilizării de hormoni; prin analizarea implicațiilor psihosociale). În cazul clienților de vârstă reproductivă, trebuie explorate opțiunile de reproducere (secțiunea IX) înaintea începerii tratamentului cu hormoni.

E important ca profesioniștii din domeniul sănătății mentale să înțeleagă că deciziile referitoare la hormoni aparțin în primul și-n primul rând clienților – la fel ca toate celelalte alegeri privind îngrijirea medicală. Totuși, specialiștii au responsabilitatea de a-și încuraja, îndruma și ajuta

clienții să ia hotărâri absolut avizate și să se pregătească în mod adecvat. Pentru a sprijini în mod optim deciziile clienților, specialiștii trebuie să aibă o relație profesională bună cu clienții lor și să îi cunoască suficient de bine. Clienților trebuie să li se ofere evaluări atente și prompte, cu scopul de a le atenua disforia de gen și de a le asigura servicii medicale adecvate.

Trimiterea pentru tratament cu hormoni de feminizare/masculinizare îi poate direcționa pe clienți către un furnizor de servicii medicale cu orice specializare, în vederea urmării unui tratament hormonal de feminizare/masculinizare. Îngrijirea medicală a persoanelor transgender, însă, este un domeniu interdisciplinar, recomandabilă fiind coordonarea ei și trimiterea clientului către alți specialiști din echipa sa de îngrijire.

Terapia hormonală poate începe cu o trimitere de la un specialist calificat în domeniul sănătății mentale. Alternativ, eligibilitatea pentru acest tratament poate fi evaluată și de alt specialist cu pregătire adecvată în sănătatea comportamentală și cu competență în evaluarea disforiei de gen, care îi poate pregăti pe pacienți și le poate recomanda terapia hormonală, mai ales în absența unor afecțiuni de sănătate mentală coexistente și lucrând în cadrul unei echipe interdisciplinare specializate. Specialistul care face recomandarea trebuie să ofere - în fișă sau în scrisoarea de trimitere - documentația privind istoricul medical și personal al pacientului, progresul și eligibilitatea sa. Specialiștii ce recomandă terapia hormonală sunt co-responsabili, etic și legal, de această decizie, împreună cu medicul furnizor al acestui serviciu.

Este recomandabil ca scrisoarea redactată de specialistul care face trimiterea către furnizorul de tratament cu hormoni pentru feminizare/masculinizare să conțină următoarele:

1. caracteristicile generale de identificare ale clientului;
2. rezultatele evaluării psihosociale a clientului, incluzând eventuale diagnostice;
3. durata relației profesionale dintre specialistul care face trimiterea și client, inclusiv tipul de evaluare și terapie sau consiliere până la acea dată;
4. o notă explicativă că au fost îndeplinite criteriile pentru tratament cu hormoni și o scurtă descriere a argumentelor clinice care justifică solicitarea de către client a tratamentului;
5. o declarație că pacientul și-a dat consimțământul avizat;
6. o declarație că specialistul care face trimiterea este disponibil în vederea coordonării îngrijirii și așteaptă să fie contactat telefonic în acest scop.

Profesioniștii din echipe multidisciplinare specializate nu trebuie să redacteze o astfel de scrisoare, evaluarea și recomandarea putând fi documentate, în schimb, în fișa pacientului.

5. Evaluarea, dacă e cazul, a eligibilității pentru intervenție chirurgicală, pregătirea și trimiterea pentru aceasta

SDÎ oferă criterii îndrumătoare și pentru deciziile privind operațiile chirurgicale pectorale/mamare și genitale (prezentate în secțiunea IX și Anexa C). Profesioniștii din domeniul sănătății mentale îi pot ajuta pe clienții care au în vedere o astfel de operație să se pregătească atât psihologic

(de exemplu, luând o decizie absolut avizată, cu așteptări clare și realiste; pregătindu-se să primească îngrijire conform planului de tratament global; implicându-și familia și comunitatea, dacă e oportun), cât și practic (de exemplu, alegând în mod avizat un chirurg care poate realiza operația; făcând aranjamentele necesare pentru îngrijire postoperatorie). În cazul clienților de vârstă reproductivă, trebuie explorate opțiunile de reproducere (secțiunea IX) înaintea intervenției chirurgicale genitale.

SDÎ nu formulează criterii pentru alte operații, cum ar fi cele faciale de feminizare sau masculinizare; profesioniștii din domeniul sănătății mentale pot juca, însă, un rol important în a-și ajuta clienții să ia decizii pe deplin avizate privind momentul și implicațiile acestor operații în contextul mai larg al procesului de coming-out sau de tranziție.

E important ca profesioniștii din domeniul sănătății mentale să înțeleagă că deciziile referitoare la operații aparțin în primul și-n primul rând clienților – ca și toate celelalte alegeri privind îngrijirea medicală. Totuși, specialiștii au responsabilitatea de a-și încuraja, îndruma și ajuta clienții să ia hotărâri absolut avizate și să se pregătească în mod adecvat. Pentru a sprijini în mod optim deciziile clienților, specialiștii trebuie să aibă o relație profesională bună cu clienții lor și să îi cunoască suficient de bine. Clienților trebuie să li se ofere evaluări atente și prompte, cu scopul de a le atenua disforia de gen și de a le asigura servicii medicale adecvate.

Trimiterea pentru intervenție chirurgicală ca parte a tratamentului pentru disforie de gen poate fi făcută (iar depinzând de tipul de procedură chirurgicală, poate fi nevoie de una sau de două trimiteri) de către un specialist calificat în domeniul sănătății mentale. Profesionalistul medical necalificat asigură - în fișă ori în scrisoarea de trimitere - documentația privind istoricul medical și personal al pacientului, progresul și eligibilitatea sa. Profesioniștii care recomandă operația sunt co-responsabili, etic și legal, de această decizie, împreună cu medicul chirurg.

- ▶ Pentru operații chirurgicale pectorale/mamare (de exemplu, mastectomie, reconstrucția pieptului sau mamoplastie de mărire) este necesară o trimitere de la un specialist calificat în domeniul sănătății mentale.
- ▶ Pentru operații chirurgicale genitale (adică histerectomie/salpingo-ovarectomie, orhiectomie, operații de reconstrucție genitală) sunt necesare două trimiteri, de la specialiști calificați în sănătate mentală care au evaluat pacientul în mod independent. Dacă prima trimitere este de la psihoterapeutul pacientului, cea de a doua ar trebui să fie de la o persoană care a avut doar rol evaluator pentru pacient. Pot fi trimise fie două scrisori separate, fie una singură semnată de ambii doctori (dacă, de exemplu, lucrează în aceeași clinică). Fiecare scrisoare de trimitere trebuie, însă, să detalieze aceleași puncte, listate mai jos.
- ▶ Pentru operații de histerectomie/salpingo-ovarectomie ori orhiectomie necesare din alte cauze decât cele legate de disforia de gen sau pe baza altor diagnostice nu este nevoie de o scrisoare de trimitere din partea specialistului calificat în domeniul sănătății mentale.

Este recomandabil ca trimiterea pentru chirurgie să conțină următoarele:

1. caracteristicile generale de identificare ale clientului;
2. rezultatele evaluării psihosociale a clientului, inclusiv eventuale diagnostice;
3. durata relației profesionale dintre specialistul în domeniul sănătății mentale și client, inclusiv tipul de evaluare și terapie sau consiliere până la acea dată;
4. o notă explicativă că au fost îndeplinite criteriile pentru intervenție chirurgicală și o scurtă descriere a argumentelor clinice care justifică solicitarea de către client a operației;
5. o declarație că pacientul și-a dat consimțământul avizat;
6. o declarație că specialistul în domeniul sănătății mentale este disponibil în vederea coordonării îngrijirii și așteaptă să fie contactat telefonic în acest scop.

Profesioniștii din echipe multidisciplinare specializate nu trebuie să redacteze o astfel de scrisoare, evaluarea și recomandarea putând fi documentate, în schimb, în fișa pacientului.

Colaborarea specialiștilor în sănătate mentală cu medicii care prescriu hormoni, cu chirurgii și cu alți profesioniști medicali

Ideal ar fi ca specialiștii din domeniul sănătății mentale să lucreze, să discute periodic despre progresul făcut și să se consulte cu alți profesioniști (din specializarea lor sau din alte domenii de sănătate) cu competență în evaluarea și tratamentul disforiei de gen. Relația dintre specialiștii implicați în îngrijirea medicală a unui client trebuie să se păstreze colaborativă, cu dialog medical și coordonare oricând e necesar. Pentru consult, trimiteri și gestionarea aspectelor postoperatorii este nevoie de comunicare deschisă, regulată.

Sarcini legate de psihoterapie

Psihoterapia nu este o precondiție obligatorie pentru tratamentul cu hormoni și pentru intervenția chirurgicală.

Verificarea și/sau evaluarea sănătății mentale așa cum a fost prezentată mai sus este necesară pentru recomandarea de tratamente hormonale și chirurgicale pentru disforie de gen. Prin contrast, psihoterapia este puternic recomandată însă nu absolut necesară.

SDÎ nu recomandă vreun număr minim de sesiuni de psihoterapie înainte de tratamentul hormonal sau a operației, iar asta din motive complexe (Lev, 2009). În primul rând, numărul minim de sesiuni e adesea văzut ca un obstacol descurajant, în loc de o oportunitate de dezvoltare personală. În al doilea rând, specialiștii din domeniul sănătății mentale pot oferi clienților sprijin semnificativ în toate stadiile de explorare a identității de gen, a exprimării genului și, eventual, pe durata tranziției - nu doar înainte de vreo posibilă intervenție medicală. În fine, capacitatea clienților și cea a psihoterapeuților de a atinge obiective similare într-un interval dat pot diferi.

Obiectivele psihoterapiei pentru adulții cu neclarități legate de gen

Scopul general al psihoterapiei este să găsească căi de a maximiza buna stare psihologică de ansamblu a unei persoane, calitatea vieții sale și împlinirea de sine. Psihoterapia nu e menită să schimbe identitatea de gen a unei persoane, ci mai degrabă îl poate ajuta pe individ să își exploreze neclaritățile legate de gen și să descopere modalități de a atenua disforia de gen, dacă e prezentă (Bockting et al., 2006, Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). De regulă, scopul de ansamblu al tratamentului este acela de a le ajuta pe persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen să dobândească un grad de confort durabil privind exprimarea identității lor de gen, cu șanse realiste de succes în relații, educație și profesiune. Pentru detalii suplimentare, vedeți Fraser (Fraser, 2009c).

Terapia poate consta în psihoterapie individuală, de cuplu, de familie sau de grup, acesta din urmă fiind extrem de important pentru cultivarea sprijinului din partea altor persoane trans.

Psihoterapia pentru persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, inclusiv consilierea și sprijinul în vederea schimbărilor în rolul de gen

Găsirea unui rol de gen confortabil este, înainte de toate, un proces psihosocial, iar în îndrumarea persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen psihoterapia poate fi esențială în toate aceste aspecte: (i) clarificarea și explorarea identității și rolului de gen, (ii) abordarea impactului stigmatizării și a „stresului minoritarului” asupra sănătății mentale și a dezvoltării umane, precum și (iii) facilitarea procesului de coming-out (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), care pentru unele persoane ar putea implica schimbări în exprimarea genului și utilizarea intervențiilor medicale de feminizare/masculinizare.

Specialiștii în sănătate mentală pot oferi sprijin și pot dezvolta abilitățile interpersonale și rezistența indivizilor și a familiilor lor cât timp aceștia își croiesc drum printr-o lume adesea prost pregătită să le integreze și să le respecte pe persoanele transgender, transsexuale și neconforme cu normele de gen tradiționale. Psihoterapia mai poate ajuta la atenuarea unor afecțiuni de sănătate mentală coexistente (de exemplu, anxietatea, depresia) identificate în timpul verificării și evaluării.

Persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen care vor să își schimbe rolul de gen pentru totdeauna, făcând și tranziția socială respectivă, specialiștii le pot facilita dezvoltarea unui plan personalizat, cu obiective și durată specifice. Deși experiența schimbării rolului de gen diferă de la o persoană la alta, aspectele ei sociale sunt de obicei problematice – adesea, chiar mai mult decât cele fizice. Fiindcă schimbarea rolului de gen poate avea consecințe profunde pe plan personal și social, decizia de schimbare ar trebui luată cunoscând probabilele dificultăți familiale, interpersonale, educaționale, vocaționale, economice și legale, pentru ca oamenii să funcționeze bine în rolul lor de gen.

Multe persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen vor solicita îngrijire fără să fi fost vreodată asociate cu (sau acceptate în) rolul de gen cel mai concordant cu identitatea lor de gen. Profesioniștii în sănătate mentală îi pot ajuta pe acești clienți să exploreze și anticipeze implicațiile schimbării rolului de gen și să parcurgă într-un ritm convenabil procesul aplicării schimbărilor respective. Psihoterapia poate oferi clienților un spațiu în care să înceapă să se exprime în feluri concordante cu identitatea lor de gen și, pentru unii, să își depășească temerile despre schimbările legate de exprimarea genului. Riscuri rezonabile pot fi asumate și în afara ședințelor de terapie, pentru ca pacientul să capete experiență și mai multă încredere în noul rol. Se mai poate oferi îndrumare privind coming-out-ul în familie și în comunitate (prieteni, școală, loc de muncă).

Alte persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen vor solicita îngrijire având deja experiență (minimă, medie ori complexă) în a trăi într-un rol de gen diferit de acela asociat cu sexul atribuit lor la naștere. Pe acestea specialiștii în sănătate mentală le pot ajuta să identifice și să traverseze posibile dificultăți, încurajând adaptarea lor optimă la schimbările legate de rolul lor de gen, pe măsură ce continuă să le exprime.

Terapia de familie sau sprijin pentru membrii familiei

Deciziile asupra schimbărilor în rolul de gen și intervențiilor medicale pentru disforie de gen au diverse implicații, nu numai pentru clienți, ci și pentru familiile lor (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Specialiștii în sănătate mentală își pot ajuta clienții să ia decizii bine gândite despre comunicarea cu membrii familiei și cu alții, pe tema identității lor de gen, și despre tratament. Terapia de familie poate include lucrul cu soțul/soția sau partenerul/partenera, ca și cu copiii sau alte rude ale clientului.

De asemenea, clienții pot cere asistență în privința relațiilor ori sănătății lor sexuale, discutând, de exemplu, preocupări legate de sexualitate sau intimitate.

Terapia de familie poate fi oferită ca parte a terapiei individuale a clientului și, dacă este adecvat din punct de vedere clinic, de către aceleși specialist. Alternativ, se pot face trimiteri către alți terapeuți cu competență relevantă pentru a lucra cu membrii familiei sau către sprijin oferit de persoane aflate în aceeași situație (de exemplu, rețele de sprijin direct sau offline ale partenerilor și familiilor).

Monitorizare și îngrijire pe tot parcursul vieții

Profesioniștii din domeniul sănătății mentale pot lucra cu clienții și familiile lor în multe etape ale vieții, psihoterapia fiind de ajutor în momente și în probleme diferite, pe tot parcursul vieții.

Terapia prin e-mail, consilierea online sau consilierea la distanță

Terapia online s-a dovedit a fi folositoare în special persoanelor care întâmpină dificultăți în accesarea unui tratament psihoterapeutic competent și care ar putea resimți izolare și stigmatizare (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). Extrapolând, terapia online poate fi o modalitate folositoare în psihoterapia cu persoanele transgender, transsexuale și neconforme cu normele de gen, oferind posibilități de a desfășura serviciile terapeutice într-un mod mai intens, mai cuprinzător, mai creativ și mai personalizat. Totuși, fiind o metodă în curs de dezvoltare, terapia online ar putea implica riscuri neprevăzute. Protocoalele medicinei asistate telefonic sunt clare în anumite domenii în unele părți ale Statelor Unite (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin & Brown-Connolly, 2005), dar nu peste tot; iar situația pe plan internațional este și mai puțin reglementată (Maheu et al., 2005). Până când vor fi disponibile suficiente date empirice despre folosirea terapiei online se recomandă precauție în utilizarea acesteia.

Specialiștii în sănătatea mentală care doresc să se implice în terapia online sunt sfătuiți să se țină la curent cu reglementările comisiei de atestare din branșa lor, ale asociației lor profesionale și ale țării lor, ca și cu literatura de specialitate privind acest mediu terapeutic aflat în rapidă evoluție. O descriere mai amănunțită a potențialelor întrebări, a proceselor și chestiunilor etice legate de terapia prin mijloace de comunicare online a fost deja publicată (Fraser, 2009b).

Alte Sarcini ale Specialiștilor în Sănătate Mentală

Promovarea cauzei clienților și oferirea de instruire în comunitățile acestora (școli, locuri de muncă, alte organizații), precum și oferirea de asistență clienților în vederea schimbării documentelor de identitate

Persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen pot avea dificultăți în mediile lor profesionale sau educaționale și în alte contexte, pe măsură ce își actualizează identitatea de gen și exprimarea acesteia (Lev, 2004, 2009). Specialiștii în sănătate mentală pot juca un rol important prin educarea oamenilor din acele medii în privința neconformității de gen, susținând cauza clienților lor (Currah, Juang & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). Acest rol poate include consultarea cu consilieri școlari, profesori și administratori, cu angajații departamentului de resurse umane, cu managerii și angajatorii, cu reprezentanți ai altor organizații și instituții. În plus, furnizorii de servicii de sănătate pot fi solicitați să susțină schimbarea numelui sau genului clientului în documente de identitate precum cartea de identitate, pașaportul, carnetul de conducere, certificatul de naștere și diplome.

Oferirea de informații și îndrumarea către sprijin din partea altor persoane trans

Pentru unele persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, consultarea cu grupuri de suport formate din alte persoane trans poate fi mai instructivă decât orice psihoterapie individuală, în chestiunea opțiunilor privind exprimarea genului (Rachlin, 2002). Ambele experiențe sunt potențial valoroase și toate persoanele care explorează teme de gen ar trebui încurajate să participe la activități comunitare, dacă e posibil. Resurse și informații privind sprijinul oferit de alte persoane trans ar trebui să fie disponibile.

Cultura și ramificațiile sale în evaluare și psihoterapie

Specialiștii din domeniul sănătății lucrează în medii extrem de diferite, în lume. Suferințele care îi determină pe oameni să solicite asistență profesionistă în orice cultură sunt înțelese și clasificate în termenii specifici culturii lor (Frank & Frank, 1993). Mediile culturale condiționează în mare măsură și felul în care respectivele afecțiuni sunt înțelese de către profesioniștii din domeniul sănătății mentale. Diferențele culturale privind exprimarea și identitatea de gen îi pot afecta pe pacienți, pe specialiștii în sănătate mentală, precum și practica psihoterapeutică acceptată. WPATH admite că SDÎ țin de paradigma vestică și ar putea să necesite adaptări în funcție de contextul cultural.

Ghiduri etice privind îngrijirea sănătății mentale

Profesioniștii din domeniul sănătății mentale trebuie să aibă un certificat sau o atestare pentru a practica într-o anumită țară, în conformitate cu reglementările profesionale ale acelei țări (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). Specialiștii trebuie să adere la codurile etice ale licenței lor profesionale sau ale organizațiilor de acreditare, în tot ceea ce privește lucrul lor cu persoanele transsexuale, transgender sau neconforme cu normele de gen.

Tratamentul ce are drept scop schimbarea identității de gen și a exprimării de gen practicate de cineva și conformarea persoanei respective cu sexul atribuit ei la naștere a fost încercat în trecut (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), dar fără succes pe termen lung (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Un asemenea tratament nu mai este considerat etic.

Dacă profesioniștii din domeniul sănătății mentale nu se simt confortabil sau nu au experiență în lucrul cu persoanele transsexuale, transgender sau neconforme cu normele de gen și în lucrul cu familiile acestora, atunci ar trebui să îi îndrume pe clienți către un furnizor medical competent sau cel puțin să se consulte cu un coleg specializat. Dacă nu sunt disponibili specialiști locali, consultarea se poate face prin metode la distanță, presupunând că împrejurările locale îndeplinesc condițiile necesare pentru acestea.

Dificultăți privind accesul la îngrijire

Specialiști calificați în domeniul sănătății mentale nu sunt disponibili peste tot; astfel, accesul la îngrijire de bună calitate poate fi limitat. WPATH încearcă să îmbunătățească accesibilitatea și oferă periodic oportunități de educare continuă, cu scopul de a pregăti specialiști din diverse discipline să asigure îngrijire medicală a persoanelor transgender de bună calitate. Oferirea de îngrijire medicală mentală la distanță, utilizând tehnologia, poate o fi cale de îmbunătățire a accesibilității (Fraser, 2009b).

În multe locuri din lume, accesul la îngrijire pentru persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen este limitat și de lipsa unei asigurări de sănătate sau a altor mijloace de a plăti pentru îngrijire. WPATH îndeamnă companiile de asigurări de sănătate și alți terți contribuabili să acopere costurile tratamentelor medicale necesare pentru atenuarea disforiei de gen (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Dacă un client nu poate accesa servicii medicale, se recomandă trimiterea către resurse de sprijin (disponibile online și offline) din partea altor persoane trans. În fine, pentru a-i ajuta pe clienți să ia decizii sănătoase în scopul îmbunătățirii vieții lor, sunt indicate abordările de reducere a riscurilor.

VIII. Tratamentul cu hormoni¹¹

Utilitatea medicală a tratamentului cu hormoni

Terapia hormonală de feminizare/masculinizare - administrarea de agenți endocrini exogeni pentru a induce schimbări feminizante sau masculinizante - este o intervenție necesară din punct de vedere medical pentru multe persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen care au disforie de gen (Newfield, Hart, Dibble, & Köhler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). Unii doresc feminizare/masculinizare completă, în timp ce alții se simt bine și cu aspectul fizic androgin ce reiese din minimizarea hormonală a caracteristicilor sexuale secundare existente (Factor & Rothblum, 2008). Rezultatele psihosociale ale tratamentului hormonal sunt prezentate în Anexa D.

Terapia hormonală trebuie individualizată în funcție de nevoile pacientului, de raportul riscuri-beneficii al medicației, de existența unor afecțiuni medicale, precum și de aspectele sociale și economice. Tratamentul poate oferi o stare semnificativă de confort acelor pacienți care nu vor sau nu pot să facă operație și tranziția socială spre un rol de gen (Meyer III, 2009). Terapia hormonală e un criteriu recomandat în unele tratamente chirurgicale pentru disforie de gen, dar nu în toate (a se vedea secțiunea XI și Anexa C).

Criterii pentru tratamentul cu hormoni

Terapia hormonală poate fi inițiată după efectuarea unei evaluări psihosociale și obținerea consimțământului avizat de către un specialist calificat, precum s-a arătat în secțiunea VII din SDÎ. Este necesar un raport de evaluare din partea specialistului în sănătate mentală care a făcut evaluarea, însă nu și dacă aceasta a fost făcută de către medicul care a prescris hormonii, calificat corespunzător.

Criteriile pentru tratamentul cu hormoni sunt următoarele:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă (pentru cei mai tineri, a se urma SDÎ pentru copii și adolescenți);
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie să fie relativ bine ținuți sub control.

Precum se menționează în secțiunea VII a SDÎ, existența unor afecțiuni de sănătate mentală nu exclude neapărat accesul la terapia hormonală de feminizare/masculinizare; aceste afecțiuni trebuie însă abordate înainte de tratarea disforiei de gen sau în paralel.

¹¹ Termenul "tratament cu hormoni" a fost ales pentru a-l reda pe cel din originalul în engleză („hormone therapy”) întrucât el este deja folosit frecvent în domeniu, în România. Alternativ, pentru exprimarea aceluiași concept se folosesc în traducerea de față „tratament hormonal” și „terapie hormonală” (n.t.).

În anumite circumstanțe, se acceptă administrarea de hormoni și pacienților care nu îndeplinesc criteriile de mai sus. De exemplu, se poate facilita accesul monitorizat la terapie cu utilizare de hormoni de calitate aprobată, ca alternativă la folosirea de hormoni neregulamentară și nesupervizată de către pacienți care s-au stabilizat deja în genul afirmat și care au un istoric de utilizare de hormoni. Sunt neetice blocarea accesului la tratament cu hormoni și negarea eligibilității pentru acesta doar pe baza seropozitivității relaționate cu infecțiile cu transmitere prin sânge, cum ar fi HIV ori hepatita B sau C.

În cazuri rare, terapia hormonală poate fi contraindicată, din cauza unor afecțiuni grave de sănătate, iar pentru rezolvarea disforiei de gen specialiștii medicali ar trebui să îi ajute pe pacienții respectivi să acceseze tratamente non-hormonale. În această situație, un specialist în sănătate mentală familiarizat cu pacientul este o resursă excelentă.

Consimțământ avizat

Tratamentul cu hormoni de feminizare/masculinizare poate duce la schimbări fizice ireversibile, de aceea ar trebui oferit doar celor legal capacitați să își exprime consimțământul avizat. Printre aceștia se numără și cei declarați minori emancipați de către o instanță judecătorească, deținuții și persoanele cu afecțiuni cognitive dar considerate capabile să contribuie la luarea deciziilor medicale care îi privesc (Bockting et al., 2006). Specialiștii trebuie să consemneze în fișa medicală că au fost oferite informații cuprinzătoare și că au fost înțelese toate aspectele relevante ale terapiei hormonale, posibilele beneficii și riscurile, ca și impactul asupra capacității de reproducere.

Raportul dintre SDÎ și protocoalele modelului de consimțământ avizat

Anumite centre de sănătate publice din Statele Unite au dezvoltat protocoale pentru oferirea tratamentului cu hormoni pe baza unei abordări care a devenit cunoscută drept Model de Consimțământ Avizat (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Aceste protocoale sunt compatibile cu instrucțiunile prezentate în SDÎ, versiunea 7, ale WPATH. SDÎ sunt ghiduri clinice flexibile; ele permit ajustarea intervențiilor la nevoile individului care primește serviciile și adaptarea protocoalelor la abordarea și contextul prin care sunt oferite acele servicii (Ehrbar & Gorton, 2010).

Obținerea consimțământului avizat pentru tratamentul cu hormoni este o sarcină importantă a specialiștilor, întrucât asigură înțelegerea de către pacienți a beneficiilor și riscurilor psihologice și fizice ale terapiei hormonale, ca și a implicațiilor ei psihosociale. Specialiștii din sănătate care prescriu sau recomandă hormoni ar trebui să aibă cunoștințe și experiență în evaluarea disforiei de gen. Ei ar trebui să își informeze pacienții în privința anumitor beneficii, limite și riscuri ale terapiei hormonale, luând în considerare vârsta pacientului, experiența anterioară cu hormonii și alte afecțiuni asociate, fizice sau mentale.

Depistarea și abordarea afecțiunilor mentale acute sau actuale este o parte importantă a procesului de obținere a consimțământului avizat. Acest lucru poate fi făcut de către un specialist în sănătate mentală sau de un profesionist care prescrie hormonii, calificat corespunzător (a se vedea secțiunea VII din SDÎ). Aceeași persoană sau un alt membru al echipei de îngrijire medicală, instruit corespunzător (de exemplu, un asistent medical), pot discuta, dacă e necesar, despre implicațiile psihosociale ale utilizării de hormoni (de exemplu, impactul masculinizării/feminizării asupra felului în care sunt percepuți pacienții și potențialul efect asupra relațiilor cu familia, prietenii și colegii). Dacă e cazul, specialiștii vor oferi recomandări pentru psihoterapie și pentru evaluarea și tratarea unor afecțiuni de sănătate mentală coexistente, cum ar fi anxietatea sau depresia.

Diferența dintre Modelul de Consimțământ Avizat și SDÎ, versiunea 7, este aceea că SDÎ acordă o mai mare importanță rolului pe care îl pot avea specialiștii în sănătate mentală în atenuarea disforiei de gen, în facilitarea schimbărilor în rolul de gen și în adaptarea psihosocială. Acest rol poate include efectuarea unei evaluări detaliate a sănătății mentale și psihoterapie, dacă e cazul. În Modelul de Consimțământ Avizat, esențială este obținerea consimțământului ca primă condiție pentru inițierea terapiei hormonale într-un mediu multidisciplinar cu factori de suferință reduși. Acordarea de îngrijire de sănătate mentală e mai puțin evidențiată, în Model, dacă pacientul nu o solicită și dacă nu au fost identificate afecțiuni de sănătate mentală semnificative care trebuie abordate înainte de prescrierea hormonilor.

Efectele fizice ale tratamentului cu hormoni

Terapia hormonală de feminizare/masculinizare produce schimbări fizice care sunt mai concordante cu identitatea de gen a pacientului.

- ▶ La pacienții FtM se prevede producerea următoarelor schimbări fizice: voce îngroșată, mărirea clitorisului (variabil), creșterea părului pe față și pe corp, încetarea ciclului menstrual, atrofierea țesutului mamar și scăderea procentului de grăsime corporală, comparativ cu masa musculară.
- ▶ La pacienții MtF se prevede producerea următoarelor schimbări fizice: mărirea sânilor (variabil), funcție erectilă scăzută, scăderea volumului testicular și creșterea procentului de grăsime corporală, comparativ cu masa musculară.

Majoritatea schimbărilor fizice, fie ele de feminizare sau de masculinizare, se petrec pe o perioadă de doi ani. Amploarea schimbărilor fizice și succesiunea lor exactă pot varia foarte mult. Tabelele 1a și 1b oferă un calendar aproximativ al acestor schimbări fizice.

TABELUL 1a: Efectele și evoluția preconizată în tratamentul cu hormoni de masculinizare^a

Efect	Început preconizat ^b	Efect maxim preconizat ^b
Onctuozitatea pielii/acnee	1-6 luni	1-2 ani
Creșterea părului pe față și corp	3-6 luni	3-5 ani
Pierderea părului capilar	>12 luni ^c	variabil
Masa musculară mărită/forță fizică	6-12 luni	2-5 ani ^d
Redistribuirea grăsimii corporale	3-6 luni	2-5 ani
Oprirea ciclului menstrual	2-6 luni	nu e cazul
Mărirea clitorisului	3-6 luni	1-2 ani
Atrofiere vaginală	3-6 luni	1-2 ani
Voce îngroșată	3-12 luni	1-2 ani

^a Adaptat cu permisiunea lui Hembree et al.(2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

^b Estimările reprezintă observații clinice publicate și nepublicate.

^c Depinzând în mare măsură de vârstă și de moștenirea genetică; efect posibil minim.

^d Depinzând în oarecare măsură de activitatea fizică.

TABELUL 1b: Efectele și evoluția preconizată în tratamentul cu hormoni de feminizare^a

Efect	Început preconizat ^b	Efect maxim preconizat ^b
Redistribuirea grăsimii corporale	3-6 luni	2-5 ani
Reducerea masei musculare/a forței fizice	3-6 luni	1-2 ani ^c
Catifelarea pielii/onctuozitate scăzută	3-6 luni	necunoscut
Libido scăzut	1-3 luni	1-2 ani
Erecții spontane scăzute	1-3 luni	3-6 luni
Disfuncție sexuală masculină	variabil	variabil
Mărirea sânilor	3-6 luni	2-3 ani
Scăderea volumului testicular	3-6 luni	2-3 ani
Diminuarea producerii de spermă	variabil	variabil
Subțierea și încetinirea creșterii părului facial și corporal	6-12 luni	>3 ani ^d
Căderea părului în zonele specific masculine	Lipsă de creștere, pierderea se oprește după 1-3 luni	1-2 ani

^a Adaptat cu permisiunea lui Hembree et al.(2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

^b Estimările reprezintă observații clinice publicate și nepublicate.

^c Depinzând în oarecare măsură de activitatea fizică.

^d Eliminarea completă a părului masculin facial și corporal necesită electroliză, tratament cu laser sau amândouă.

Gradul și ritmul în care apar efectele fizice depind parțial de doză, de calea de administrare și de medicamentele folosite, alese în conformitate cu obiectivele medicale specifice ale pacientului (de exemplu, schimbări în exprimarea rolului de gen, intenții privind operația de reatribuire de sex) și de profilul riscurilor medicale. Nu există dovezi actuale că reacțiile la terapia hormonală - cu posibila excepție a îngroșării vocii la persoanele FtM - pot fi prevăzute cert pe baza vârstei, a constituției fizice, a etniei sau a moștenirii genetice. Toți ceilalți factori fiind egali, nu există nici o dovadă care să sugereze că un anumit tip sau metodă de administrare a hormonilor, aprobate medical, ar fi mai eficiente decât altele, în producerea schimbărilor fizice dorite.

Riscurile tratamentului cu hormoni

Toate intervențiile medicale prezintă riscuri. Probabilitatea unor consecințe nefaste grave depinde de numeroși factori: medicația însăși, doza, calea de administrare și caracteristicile medicale ale unui pacient (vârstă, comorbidități, antecedente heredocolaterale, deprinderi privind menținerea sănătății). Este, așadar, imposibil de prezis dacă un anumit efect advers va apărea la un pacient.

Riscurile asociate cu tratamentul hormonal de feminizare/masculinizare pentru persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, văzute ca grup, sunt rezumate în Tabelul 2. În funcție de numărul de dovezi, riscurile sunt clasificate astfel: (i) riscuri probabil crescute în terapia hormonală, (ii) riscuri posibil crescute în terapia hormonală sau (iii) riscuri nerelevante ori niciun risc crescut. În ultima categorie sunt incluse acele elemente cu grad de risc pentru care dovezile sunt atât de sporadice, încât nu se poate trage o concluzie clară.

Detalii suplimentare despre aceste riscuri pot fi găsite în Anexa B, bazată pe două articole de specialitate cuprinzând dovezi empirice amănunțite despre terapia hormonală de masculinizare/feminizare (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), ca și pe un studiu efectuat pe un grup mare de pacienți (Asscheman et al., 2011). Aceste analize pot servi drept lucrări de referință pentru furnizorii de servicii de sănătate, alături de alte materiale clinice publicate, recunoscute pe scară largă (Dahl, Feldman, Goldberg & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey & Eyler, 2007).

Competența medicilor care prescriu hormoni, colaborarea cu alți profesioniști medicali

În mod optim, tratamentul hormonal de feminizare/masculinizare are loc în contextul unei abordări complete privind îngrijirea medicală, incluzând îngrijirea primară amănunțită și tratarea coordonată a problemelor psihosociale (Feldman & Safer, 2009). Deși pentru începerea tratamentului hormonal nu sunt necesare psihoterapie sau consiliere continuă, dacă totuși se apelează la un terapeut, se recomandă comunicare periodică între specialiștii din sănătate (cu acordul pacientului), pentru ca procesul de tranziție să decurgă bine atât fizic, cât și psihosocial.

Cu instruire corespunzătoare, terapia hormonală de feminizare/masculinizare poate fi oferită de o varietate de furnizori de îngrijire medicală, incluzând asistenții medicali și medicii de familie (Dahl et al., 2006). Vizitele medicale de verificare a nivelului hormonilor sunt prilejuri de a oferi servicii medicale unei colectivități de regulă insuficient asistate (Clements, Wilkinson, Kitano & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Multe dintre sarcinile de verificare și gestionare a comorbidităților asociate cu folosirea pe termen lung a hormonilor, cum ar fi depistarea factorilor de risc cardiovascular și examenele oncologice, țin în mod normal de medicina primară, nu specializată (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008), mai ales în locurile în care nu sunt disponibili echipe sau medici specializați în chestiuni de gen.

TABELUL 2: Riscuri asociate cu tratamentul cu hormoni*

Nivelul de risc	Hormoni de feminizare	Hormoni de masculinizare
Riscuri probabil crescute	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Boală tromboembolică venoasă^a ▶ Colelitiază (pietre la fiere) ▶ Creșteri ale enzimelor hepatice ▶ Îngrășare ▶ Hipertrigliceridemie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Policitemie ▶ Îngrășare ▶ Acnee ▶ Alopecia androgenă (chelire) ▶ Apnee de somn
Riscuri probabil crescute, cu prezența unor factori de risc suplimentari ^b	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Boli cardiovasculare 	
Riscuri posibil crescute	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hipertensiune ▶ Hiperprolactinemie sau prolactinom 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Creșteri ale enzimelor hepatice ▶ Hiperlipidemie
Riscuri posibil crescute, cu prezența unor factori de risc suplimentari ^b	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diabetul zaharat de tip 2^a 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Destabilizarea unor anumite afecțiuni psihiatrice^c ▶ Boli cardiovasculare ▶ Hipertensiune ▶ Diabet zaharat de tip 2
Riscuri nerelevante sau fără riscuri crescute	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cancer mamar 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pierderea densității osoase ▶ Cancer mamar ▶ Cancer cervical ▶ Cancer ovarian ▶ Cancer uterin

* elementele notate cu litere îngroșate au semnificație clinică

^a Riscul este mai mare la administrarea orală decât la cea transdermală a estrogenului.

^b Factorii de risc suplimentar includ vârsta.

^c Incluzând tulburările bipolare, schizoafective și alte afecțiuni care pot include simptome maniacale ori psihotice. Destabilizarea în cauză pare să fie asociată cu dozele mărite sau cu nivelul suprafiziologic de testosteron din sânge.

Date fiind nevoile multidisciplinare ale persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen care doresc terapie hormonală, ca și dificultățile cauzate de fragmentarea îngrijirii medicale, în general, (World Health Organization, 2008), WPATH încurajează tot mai puternic instruirea și implicarea furnizorilor de servicii medicale primare în domeniul terapiei hormonale de feminizare/masculinizare. Dacă hormonii sunt prescriși de către un specialist, ar trebui ca între acesta și furnizorii de îngrijire medicală primară să existe o strânsă comunicare.

Invers, furnizorii de hormoni și endocrinologii experimentați ar trebui să se implice în acordarea de îngrijire medicală primară, dacă medicul responsabil de aceasta nu a lucrat înainte cu acest tip de tratament hormonal sau dacă pacientul are o tulburare metabolică sau endocrină deja existentă, care ar putea fi afectată de terapia endocrină.

Deși nu există încă programe oficiale de pregătire în medicina adresată persoanelor transgender, medicii furnizori de hormoni au responsabilitatea de a obține informații și experiență corespunzătoare în acest domeniu. Clinicienii își pot extinde experiența și încrederea în oferirea terapiei hormonale de feminizare/masculinizare co-gestionând îngrijirea medicală alături de un coleg, consultându-se cu un specialist mai experimentat sau oferind variante mai restrânse de terapie hormonală, înainte de a trece la inițierea tratamentului cu hormoni propriu-zis. Pentru că acest domeniu al medicinei este în continuă dezvoltare, medicii ar trebui să se familiarizeze și să se țină la curent cu literatura de specialitate, precum și să discute cu colegii problemele nou apărute. Astfel de consultări pot avea loc prin intermediul unor rețele create de WPATH și de alte organizații naționale/locale.

Responsabilitățile medicilor care prescriu hormoni

În general, medicii care prescriu tratament cu hormoni ar trebui să se implice în următoarele:

1. Efectuarea unei evaluări inițiale care să includă discutarea obiectivelor de tranziție fizică ale pacientului, istoricul medical, examinarea fizică, estimarea riscurilor și examene de laborator relevante.
2. Discutarea cu pacienții a efectelor preconizate ale medicației de feminizare/masculinizare și a posibilelor efecte medicale adverse. Acestea pot include reducerea fertilității (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Prin urmare, înainte de începerea terapiei hormonale ar trebuie discutate opțiunile de reproducere (a se vedea secțiunea IX).
3. Confirmarea capacității pacienților de a înțelege riscurile și beneficiile tratamentului și de a lua decizii avizate în privința îngrijirii medicale.
4. Oferirea de monitorizare medicală continuă, incluzând examinări fizice și de laborator periodice pentru monitorizarea eficacității și a efectelor secundare ale hormonilor.
5. Comunicarea, după caz, cu furnizorul de îngrijire medicală primară, cu specialistul în sănătate mentală și cu chirurgul pacientului.
6. Dacă e necesar, redactarea unei scurte declarații care să certifice că pacientul se află sub supraveghere medicală, primind îngrijire ce include tratamentul cu hormoni de feminizare/masculinizare. Mai ales în primele faze ale tratamentului, e posibil ca pacienții să vrea să aibă această declarație asupra lor în permanență, pentru a preîntâmpina dificultăți cu poliția și cu alte autorități.

În funcție de situația clinică privind prescrierea de hormoni (a se vedea mai jos), unele dintre aceste responsabilități sunt mai puțin relevante. Astfel, gradul de consiliere, examinările fizice și evaluările de la laborator ar trebui individualizate potrivit nevoilor pacientului.

Situații clinice pentru tratamentul cu hormoni

Există situații în care medicii pot fi solicitați să prescrie hormoni fără a iniția și a desfășura neapărat un tratament hormonal de feminizare/masculinizare pe termen lung. Recunoașterea existenței acestor situații clinice diferite (a se vedea mai jos, de la cel mai mic la cel mai mare nivel de complexitate), poate face posibilă implicarea în terapia hormonală de feminizare/masculinizare a unor medici care, altfel, nu s-ar simți capabili să ofere acest tratament.

1. Corelarea

E posibil să existe pacienți care solicită îngrijire după ce au început deja un tratament cu hormoni fie prescriși de un medic, fie obținuți prin alte mijloace (de exemplu, cumpărați de pe internet). Medicii pot prescrie hormoni pentru o perioadă limitată (1-6 luni), în paralel ajutându-și pacienții să găsească un specialist care le poate prescrie terapie hormonală pe termen lung. Medicii furnizori de hormoni ar trebui să analizeze regimul curent al pacientului privind siguranța și interacțiunea medicamentelor și să introducă medicație sau doze mai sigure, dacă e indicat (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). Dacă s-au prescris hormoni anterior, ar trebui cerute fișele medicale (cu acordul pacientului), pentru a obține rezultatele examinărilor de rutină și ale testelor de laborator și informații despre eventuale efecte adverse. Medicii care prescriu hormoni ar trebui, de asemenea, să comunice cu specialiștii în sănătate mentală implicați în acel moment în îngrijirea medicală a pacientului. Dacă pacientul nu a beneficiat niciodată de o evaluare psihosocială, cum recomandă SDÎ (a se vedea secțiunea VII), medicii ar trebui să îi facă trimitere către un specialist calificat în sănătate mentală, dacă e cazul și dacă e posibil (Feldman & Safer, 2009). Medicii care prescriu hormoni pentru a corela cele două perioade trebuie să stabilească împreună cu pacienții durata terapiei de colerare.

2. Tratament cu hormoni după extirparea gonadelor

Terapia hormonală de înlocuire cu estrogen sau testosteron se continuă, de obicei, pe tot parcursul vieții, după ovariectomie sau orhiectomie, dacă nu apar contraindicații medicale. Din cauza faptului că dozele hormonale sunt adesea reduse după aceste intervenții chirurgicale (Basson, 2001; Levy, Crown & Reid, 2003; Moore, Wisniewski & Dobs, 2003), ajustate doar în funcție de vârstă și de factori de comorbiditate, administrarea hormonilor în această situație este foarte asemănătoare cu terapia hormonală de înlocuire pentru pacienții hipogonadali.

3. Întreținere hormonală înainte de extirparea gonadelor

Odată ce pacienții au obținut beneficiile maxime ale feminizării/masculinizării prin tratamentul cu hormoni (în mod normal, în 2 ani sau mai mult), aceștia rămân pe o doză de întreținere, ajustată ulterior în funcție de schimbările apărute în starea de sănătate, de înaintarea în vârstă sau de alte considerente precum modificarea stilului de viață (Dahl et al., 2006). Atunci când un pacient tratat cu hormoni de întreținere solicită îngrijire medicală, medicul ar trebui să analizeze regimul curent al pacientului privind siguranța și interacțiunea medicamentelor și să introducă medicație sau doze mai sigure, dacă e indicat. Pacientul ar trebui să fie monitorizat în continuare,

periodic, prin examinări fizice și teste de laborator, precum recomandă literatura de specialitate (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Doza și forma hormonilor ar trebui rectificate periodic, în funcție de schimbările privind statutul medical al pacientului și de dovezile existente privind potențialele riscuri pe termen lung ale administrării de hormoni (a se vedea Regimuri Hormonale, mai jos).

4. Inițierea feminizării/masculinizării prin hormoni

Această situație clinică necesită angajament maxim în ce privește timpul și expertiza medicului. Terapia hormonală trebuie individualizată în funcție de obiectivele pacientului, de raportul risc-beneficiu al medicației, de existența altor afecțiuni medicale și de analizarea unor chestiuni sociale și economice. Deși s-au publicat multe și felurite regimuri hormonale (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), nu există studii clinice publicate despre raportul aleator dintre siguranță și eficacitate. În ciuda acestei variabile, se poate construi un cadru de lucru rezonabil pentru evaluarea inițială a riscului și pentru monitorizarea continuă a terapiei hormonale, pe baza dovezilor privind eficacitatea și siguranța prezentate mai sus.

Estimarea riscurilor pentru inițierea tratamentului cu hormoni

Evaluarea inițială pentru terapia hormonală analizează obiectivele medicale ale pacientului și factorii de risc privind efectele adverse legate de hormoni. În timpul analizei riscului, pacientul și medicul ar trebui să dezvolte un plan de reducere a riscurilor oricând e posibil, fie înainte de inițierea terapiei, fie ca parte a reducerii continue a factorilor de suferință.

Toate analizele ar trebui să includă o examinare fizică amănunțită, incluzând verificarea greutateii, a înălțimii și a tensiunii. Necesitatea examinării mamare, genitale și rectale, care sunt aspecte delicate pentru majoritatea persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, ar trebui decisă pe baza riscurilor individuale și a nevoilor de îngrijire medicală preventivă (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Îngrijire preventivă

Medicii care prescriu hormonii trebuie să se ocupe de îngrijirea medicală preventivă a pacienților, mai ales în cazul în care aceștia nu au un medic de familie. În funcție de vârsta pacientului și de profilul riscurilor, e posibil să existe verificări sau examinări potrivite situațiilor determinate de tratamentul cu hormoni. În mod ideal, aceste testări trebuie efectuate înaintea începerii tratamentului cu hormoni.

Estimarea riscurilor pentru terapia hormonală de feminizare (MtF)

Nu există contraindicații absolute la terapia de feminizare în sine, însă există la diferiți agenți de feminizare, mai ales la estrogen, cu referire inclusiv la accidente trombotice venoase legate de predispoziția spre hipercoagulabilitate, antecedente de neoplasm susceptibil la estrogen și boala de ficat cronică în faza terminală (Gharib et al., 2005).

Alte tulburări medicale, după cum se observă în Tabelul 2 și Anexa B, pot fi exacerbate prin stoparea estrogenului și a androgenului, și deci trebuie evaluate și ținute relativ bine sub control, înainte de începerea terapiei hormonale (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009; Dhejne et al., 2011). Medicii ar trebui să acorde atenție specială fumatului, de vreme ce este asociat cu un risc crescut al trombozei venoase, mărit suplimentar prin folosirea estrogenului. Consultarea cu un cardiolog ar fi indicată, pentru pacienții cu boli cardio- sau cerebrovasculare.

Valorile testelor de laborator inițiale sunt importante pentru a estima atât riscul de început, cât și posibilele efecte adverse viitoare. Testele de laborator inițiale ar trebui realizate pe baza riscurilor terapiei hormonale de feminizare rezumate în Tabelul 2 și a factorilor de risc individuali ai pacientului, inclusiv antecedentele heredocolaterale. S-au publicat propuneri de teste de laborator inițiale (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), care pot fi modificate pentru pacienți ori pentru sisteme de îngrijire medicală cu resurse limitate, sau pentru pacienți cu o stare de sănătate altminteri bună.

Estimarea riscurilor pentru terapia hormonală de masculinizare (FtM)

Contraindicațiile absolute la terapia cu testosteron includ sarcina, angina instabilă și policitemia netratată cu un hematocrit de 55% sau mai mare (Carnegie, 2004). Deoarece aromatizarea testosteronului în estrogen poate crește riscul de cancer la pacienții cu antecedente de cancer mamar - sau de alte tipuri de cancer dependente de estrogen (Moore et al., 2003) - este indicată, dar nu obligatorie, consultarea cu un oncolog, înainte de folosirea hormonilor. Afecțiunile comorbide susceptibile de a fi exacerbate prin folosirea testosteronului ar trebui evaluate și tratate, în mod ideal, înainte de începerea terapiei hormonale (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Consultarea cu un cardiolog este indicată, pentru pacienții cu boli cardio- sau cerebrovasculare.

Printre pacienții FtM s-a observat o răspândire crescută a sindromului polichistului ovarian (PCOS), chiar și în absența folosirii testosteronului (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Deși nu există dovezi că PCOS ar avea legătură cu dezvoltarea unei identități transsexuale, transgender sau neconforme cu normele de gen, PCOS este asociat cu un risc crescut de diabet, boli cardiace, hipertensiune și cancer ovarian și endometrial (Cattrall & Healy, 2004). Semnele și simptomele PCOS ar trebui evaluate înainte de inițierea terapiei cu testosteron, întrucât aceasta poate afecta multe dintre tulburările menționate. Testosteronul poate afecta fătul în dezvoltare (Physicians' Desk Reference, 2010), iar pacienții care riscă o sarcină au nevoie de mijloace de prevenire foarte eficiente.

Valorile de laborator inițiale sunt importante pentru a estima atât riscul de început, cât și posibilele efecte adverse viitoare. Testele de laborator inițiale ar trebui realizate pe baza riscurilor tratamentului cu hormoni de masculinizare rezumate în Tabelul 2, și a factorilor de risc individuali ai pacientului, inclusiv antecedentele heredocolaterale. S-au publicat propuneri de teste de laborator inițiale (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), care pot fi modificate pentru pacienți ori pentru sisteme de îngrijire medicală cu resurse limitate, sau pentru pacienți cu o stare de sănătate altminteri bună.

Monitorizare clinică a eficacității și a efectelor adverse pe durata tratamentului cu hormoni

Scopul monitorizării clinice în timpul administrării hormonilor este acela de a analiza gradul de feminizare/masculinizare și posibila prezență a efectelor adverse ale medicației. Totuși, ca la monitorizarea oricărei medicații pe termen lung, această monitorizare trebuie să aibă loc în contextul unei îngrijiri medicale cuprinzătoare. Au fost publicate propuneri de protocoale de monitorizare clinică (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Pacienții cu afecțiuni medicale comorbide au nevoie de monitorizare frecventă. Pacienții sănătoși din zone izolate geografic sau lipsite de resurse pot folosi strategii alternative precum îngrijirea medicală asistată telefonic sau cooperarea cu profesioniști locali cum ar fi asistenții medicali. În absența altor indicații, specialiștii din sănătate pot monitoriza în mod prioritar fie riscurile probabil crescute prin tratamentul cu hormoni, fie pe acelea doar posibil crescute, însă grave, din punct de vedere clinic, prin natura lor.

Eficacitatea și monitorizarea riscurilor pe durata terapiei hormonale de feminizare (MtF)

Cea mai bună evaluare a eficacității hormonilor este reacția clinică: își dezvoltă persoana un trup feminizat, odată cu minimalizarea caracteristicilor masculine, în concordanță cu obiectivele sale de gen? Pentru a stabili mai repede doza hormonală care să determine reacția clinică vizată, se pot stabili niveluri de testosteron pentru suprimare sub limita de sus a scalei normale la femei, și niveluri de estradiol care să nu depășească limita premenopauzală la femei, dar să fie mult sub nivelul suprafiziologic (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Monitorizarea efectelor adverse ar trebui să includă evaluări atât clinice, cât și de laborator. Urmărirea evoluției persoanelor ar trebui să includă: examinări atente ale semnelor de afecțiuni cardiovasculare și tromboembolism venos (VTE), prin măsurarea tensiunii, a greutății și a pulsului; examinări ale inimii și ale plămânilor; și examinări ale extremităților pentru a depista edemuri periferice, umflături locale sau durere (Feldman & Safer, 2009). Monitorizarea de laborator ar trebui făcută pe baza riscurilor terapiei hormonale descrise mai sus, a comorbidităților și factorilor de risc individuali ai persoanei, și a regimului hormonal specific. S-au publicat protocoale medicale specifice privind monitorizarea de laborator (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Eficacitatea și monitorizarea riscurilor pe durata terapiei hormonale de masculinizare (FtM)

Cea mai bună evaluare a eficacității hormonilor este reacția clinică: își dezvoltă persoana un trup masculinizat, odată cu minimalizarea caracteristicilor feminine, în concordanță cu obiectivele sale de gen? Medicii pot obține o bună reacție clinică, cu minime posibilități de efecte adverse, prin menținerea nivelului de testosteron în limita normală pentru bărbați, evitând totodată nivelurile suprafiziologice (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Pentru persoanele care folosesc testosteron cipionat și enantat intramuscular (IM), unii medici parcurg toate nivelurile, iar alții preferă niveluri medii (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber & Chipkin, 2003).

Monitorizarea efectelor adverse ar trebui să includă evaluări atât clinice, cât și de laborator. Urmărirea evoluției pacienților ar trebui să includă examinări atente ale semnelor de îngrășare, acnee, hemoragie uterină disfuncțională, afecțiuni cardiovasculare și simptome psihiatrice la pacienții cu risc. Examinările fizice ar trebui să includă măsurarea tensiunii, a greutății și a pulsului, ca și examinarea inimii, a plămânilor și a pielii (Feldman & Safer, 2009). Monitorizarea de laborator ar trebui făcută pe baza riscurilor terapiei hormonale descrise mai sus, a comorbidităților, a factorilor de risc individuali ai pacientului și a regimului hormonal specific. S-au publicat protocoale medicale specifice privind monitorizarea de laborator (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Regimuri hormonale

Până în prezent nu s-au efectuat studii clinice pentru vreun regim hormonal de feminizare/masculinizare, pentru a evalua siguranța și eficacitatea în producerea tranziției fizice. Prin urmare, în literatura de specialitate s-au publicat o mare varietate de doze și tipuri de hormoni (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens & Gooren, 1997). În plus, accesul la anumite medicații poate fi limitat de locația geografică a pacientului și/sau de situația socială sau economică. Din aceste motive, WPATH nu descrie sau susține un anumit regim hormonal de feminizare/masculinizare. În schimb, sunt trecute în revistă tipurile de medicație și felurile de administrare folosite în majoritatea regimurilor publicate.

Precum s-a rezumat mai sus, există diferențe de siguranță demonstrate la elementele individuale ale diverselor regimuri. Recomandările Societății de Endocrinologie (Hembree et al., 2009), ca și Feldman și Safer (2009) oferă îndrumări specifice privind tipurile de hormoni și dozajul sugerat pentru menținerea nivelurilor în limitele fiziologice ale exprimării de gen dorite de pacient (pe baza obiectivelor de feminizare/masculinizare completă). Se recomandă cu tărie medicilor care prescriu hormoni să caute periodic noi informații în literatura de specialitate și să folosească acea medicație care îmbină fără riscuri nevoile individuale ale pacientului cu resursele disponibile pe plan local.

Regimuri pentru tratamentul hormonal de feminizare (MtF)

Estrogenul. Folosirea estrogenului pe cale orală, în mod specific a etinil estradiolului, pare să crească riscul de VTE. Din cauza acestui considerent de siguranță, etinil estradiolul nu este recomandat pentru terapia hormonală de feminizare. Persoanelor care prezintă factori de risc pentru VTE li se recomandă estrogen transdermal. Riscul de efecte adverse crește odată cu administrarea unor doze mai mari, mai ales a acelor care duc la niveluri suprafiziologice (Hembree et al., 2009). Persoanele cu afecțiuni comorbide care pot fi afectate de estrogen ar trebui să evite estrogenul oral, dacă e posibil, și să înceapă cu niveluri mai mici. Unele persoane s-ar putea să nu poată folosi fără riscuri nivelurile de estrogen necesare pentru a obține rezultatele dorite. Această posibilitate trebuie discutată cu ele cu mult înainte de începerea terapiei hormonale.

Medicația de reducere a nivelului androgenilor („antiandrogenii”). Combinația de estrogen și antiandrogeni este regimul de feminizare cel mai des luat în considerare. Medicația de reducere a nivelului androgenilor, cuprinzând o varietate de tipuri de medicamente, are efectul de a reduce fie nivelurile de testosteron endogen, fie activitatea testosteronului, astfel diminuând caracteristici masculine precum părul corporal. Medicația minimizează dozajul de estrogen necesar pentru suprimarea testosteronului, reducând astfel riscurile asociate cu estrogenul exogen în doze mari (Prior, Vigna, Watson, Diewold & Robinow, 1986; Prior, Vigna & Watson, 1989).

Antiandrogenii obișnuiți includ:

- ▶ Spironolactona, un agent antihipertensiv, inhibă în mod direct secreția de testosteron și aderarea androgenului la receptorul de androgen. Trebuie monitorizați tensiunea și electroliții, din cauza pericolului de hiperpotasemie.
- ▶ Acetatul de ciproteron este un compus progestativ cu proprietăți antiandrogenice. Această medicație nu este aprobată în Statele Unite, din cauza pericolului de hepatotoxicitate, dar este folosită pe scară largă în alte zone (De Cuypere et al., 2005).
- ▶ Agoniștii GnRH (de exemplu, goserelinul, buserelinul, triptorelinul) sunt neurohormoni care blochează receptorii hormonului de eliberare a gonadotropinei, stopând astfel eliberarea hormonului de stimulare foliculară și a hormonului luteinizant. Acest lucru duce la un blocaj gonadal extrem de eficient. Totuși, aceste medicații sunt scumpe și disponibile doar ca injectabile sau implanturi.
- ▶ Inhibitorii de 5-alfa reductază (finasterida și dutasterida) blochează transformarea testosteronului în agentul mai activ 5-alfa-dihidrotestosteron. Aceste medicații au efecte benefice asupra pierderii părului capilar, creșterii părului corporal, a glandelor sebacee și a consistenței pielii.

Ciproteronul și spironolactona sunt antiandrogenii cel mai frecvent utilizați și, probabil, cei mai buni din punct de vedere calitate-preț.

Progestinii. Cu excepția ciproteronului, includerea progestinilor în terapia hormonală de feminizare este controversată (Oriel, 2000). Pentru că progestinii joacă un rol în dezvoltarea mamară la nivel celular, anumiți medici susțin că acești agenți sunt necesari pentru dezvoltarea deplină a sânilor (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). Cu toate acestea, o comparație clinică a regimurilor de feminizare cu și fără progestini a arătat că adăugarea progestinilor nici nu a intensificat creșterea sânilor, nici nu a scăzut nivelul de testosteron liber (Meyer et al., 1986). Potențialele efecte adverse ale progestinilor includ depresia, îngrășarea și schimbări în lipide (Meyer et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). Progestinii (în special medroxiprogesteronul) sunt, de asemenea, suspectați de creșterea riscului de cancer la sân și a riscului cardiovascular la femei (Rossouw et al., 2002). Progesteronul micronizat poate fi tolerat mai bine și poate avea un impact favorabil asupra profilului de lipide, comparativ cu medroxiprogesteronul (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita 2000).

Regimuri pentru tratamentul hormonal de masculinizare (FtM)

Testosteronul. În general, testosteronul poate fi administrat pe cale orală, transdermală sau parenterală (intramuscular), deși sunt disponibile și preparate pentru cavitatea bucală sau implantabile. Testosteronul oral nedecanoat, disponibil în afara Statelor Unite, determină niveluri mai scăzute ale testosteronului decât preparatele non-orale și are eficiență limitată în suprimarea ciclurilor menstruale (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003). Din cauza faptului că testosteronul cipionat și cel enantat intramuscular sunt adesea administrați la fiecare 2-4 săptămâni, anumiți pacienți ar putea observa o variație ciclică a efectelor (de exemplu, oboseală și iritabilitate la sfârșitul ciclului de injectare, agresiune sau o dispoziție expansivă la începutul ciclului de injectare), ca și o perioadă mai lungă în afara nivelurilor fiziologice normale (Dhejne et al., 2011; Jockenhövel, 2004). Acest lucru poate fi atenuat prin folosirea unui program de doze mai scăzute dar mai frecvente, sau utilizând zilnic un preparat transdermal (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). Testosteronul intramuscular nedecanoat (actualmente nedisponibil în Statele Unite) menține stabil nivelul fiziologic de testosteron pe durata a aproximativ 12 săptămâni și a fost eficient atât în reglarea hipogonadismului, cât și la persoanele FtM (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad & Nieschlag, 2006). Există dovezi că testosteronul transdermal și intramuscular oferă rezultate similare de masculinizare, cu toate că perioada de timp este ceva mai lentă în cazul preparatelor transdermale (Feldman, 2005, April). Mai ales prin înaintarea în vârstă a pacienților, scopul este de a folosi doza minimă necesară pentru menținerea rezultatului clinic dorit, cu precauțiile adecvate pentru menținerea densității osoase.

Alți agenți. Progestinii, în mod obișnuit medroxiprogesteronul, pot fi folosiți pentru o scurtă perioadă de timp, la începutul terapiei hormonale, pentru a ajuta la oprirea ciclului menstrual. Agoniștii GnRH pot fi utilizați în mod similar, ca și pentru sângerări uterine perseverente la pacienții fără predispoziție la anomalii ginecologice.

Hormoni bioidentici și compuși

Pe măsură ce s-au intensificat discuțiile privind folosirea hormonilor bioidentici la înlocuirea hormonilor postmenopauzali, a crescut și interesul în utilizarea unor compuși similari în terapia hormonală de feminizare/masculinizare. Nu există dovezi că hormonii bioidentici compuși particularizați sunt mai siguri sau mai eficienți decât hormonii bioidentici aprobați în prezent de către comisiile guvernamentale (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi 2011). De aceea, North American Menopause Society¹² (2010) și alții susțin ipoteza că, indiferent dacă hormonii provin dintr-o farmacie de compuși particularizați sau nu, dacă ingredientele active sunt similare, și profilul efectelor secundare ar trebui să fie similar. WPATH este de acord cu această apreciere.

¹² Societatea Nord-americană pentru Sănătate la Menopauză.

IX. Sănătatea reproductivă

Multe persoane transgender, transsexuale și neconforme cu normele de gen doresc să aibă copii. Din cauză că terapia hormonală de feminizare/masculinizare limitează capacitatea de reproducere (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui & Bremmer, 1999), este de dorit ca pacienții să ia decizii privind fertilitatea înainte începerii tratamentului hormonal sau a operației de îndepărtare/modificare a organelor lor de reproducere. Sunt cunoscute cazuri de persoane care au făcut terapie hormonală și operație genitală, iar mai târziu au regretat pierderea capacității lor de a putea avea copii înrudiți genetic (De Sutter, Kira, Verschoor & Hotimsky, 2002).

Specialiștii din sănătate - inclusiv cei din domeniul sănătății mentale care recomandă terapia hormonală sau operația, medicii care prescriu hormoni și chirurgii - ar trebui să discute cu pacienții despre opțiunile de reproducere, înainte de inițierea acestor tratamente medicale pentru disforia de gen. Discuțiile trebuie să aibă loc chiar dacă pacienții nu sunt interesați de aceste aspecte în momentul tratamentului, situație întâlnită în special la pacienții mai tineri (De Sutter, 2009). Este de preferat, dar nu totdeauna posibil, ca discuțiile să aibă loc cât mai devreme. Dacă pacientul nu a făcut o operație de reatribuire de sex completă, există posibilitatea opririi tratamentului pe o perioadă suficient de lungă încât hormonii sexuali să revină la nivelul inițial, permițând producerea de gameți maturi (Payer, Mayer & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta & Dhont, 2001).

În afara dezbaterilor și a lucrărilor de opinie, foarte puține lucrări de cercetare au fost publicate pe tema problemelor de sănătate reproductivă ale persoanelor ce urmează diverse tratamente medicale pentru disforie de gen. Un alt grup care se confruntă cu nevoia de a-și păstra funcția de reproducere, în condițiile pierderii sau vătămării gonadelor, sunt oamenii cu tumori maligne care determină îndepărtarea organelor de reproducere sau folosirea radiațiilor dăunătoare ori a chimioterapiei. Experiența dobândită în aceste situații poate fi utilă și în cazul persoanelor tratate pentru disforie de gen.

Persoanele MtF, mai ales acelea care încă nu au făcut copii, ar trebui informate despre opțiunile de conservare a spermei și încurajate să ia în considerare depozitarea într-o bancă de spermă înainte de terapia hormonală. Într-un studiu care examina testicule expuse la doze mari de estrogen (Payer et al., 1979), rezultatele arată că oprirea administrării estrogenului poate determina revenirea testiculelor la stadiul inițial. Într-un articol care prezenta opiniile persoanelor MtF despre înghețarea spermei (De Sutter et al., 2002), marea majoritate a celor 121 de participanți la chestionar au fost de părere că posibilitatea de înghețare a spermei ar trebui discutată și oferită de către sistemul medical. Sperma ar trebui colectată înainte de terapia hormonală sau după ce terapia a fost oprită suficient de mult pentru ca numărul spermatozoidelor să crească din nou. Crioconservarea trebuie discutată chiar dacă sperma nu e de bună calitate. La adulții cu azoospermie, o biopsie testiculară cu crioconservarea ulterioară a materialului biopsiat pentru spermă este posibilă, dar s-ar putea să nu aibă succes.

Opțiunile de reproducere pentru pacienții FtM ar putea include înghețarea ovocitului (ovulului) sau a embrionului. Gameții și embrionul înghețați ar putea fi folosiți mai târziu pentru ca o femeie surrogat să poarte sarcina. Studiile despre femeile bolnave de polichist ovarian arată că ovarele își pot reveni parțial după efectele nivelurilor ridicate de testosteron (Hunter & Sterrett, 2000). Oprirea administrării testosteronului pe o perioadă scurtă ar putea permite ovarelor să își revină suficient încât să elibereze ovule; succesul depinde foarte mult de vârsta pacientului și de durata tratamentului cu testosteron. Deși nu a fost făcut un studiu sistematic în această privință, persoanele FtM apelează deseori la această metodă, iar unele dintre acestea au putut să rămână însărcinate și să nască (More, 1998).

Pacienții trebuie informați că aceste tehnici nu sunt disponibile oriunde și pot fi extrem de costisitoare. Persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen nu ar trebui să li se refuze opțiunile de reproducere din niciun motiv.

Un grup aparte îl formează adolescenții pre-puberi și puberi care nu vor dezvolta niciodată funcția de reproducere a sexului de la naștere, din cauza medicației de blocare sau a hormonilor de sex opus. În acest moment, nu există o modalitate pentru conservarea funcției de la gonadele acestor indivizi.

X. Terapie vocală și de comunicare

Comunicarea, atât verbală, cât și nonverbală, este un aspect important al comportamentului uman și al exprimării de gen. Persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen pot solicita ajutorul unui specialist în terapie vocală și comunicare, pentru a-și dezvolta caracteristicile vocale (de exemplu, înălțimea vocii, intonația, rezonanța, viteza vorbirii, frazările) și tiparele de comunicare nonverbală (gesturi, postură/mișcare, expresii faciale) care să faciliteze acomodarea cu identitatea lor de gen. Terapia vocală și comunicațională poate ajuta la atenuarea disforiei de gen și poate fi un pas pozitiv motivant către atingerea obiectivelor de exprimare de gen.

Competența specialiștilor în terapie vocală și comunicațională care lucrează cu persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen

Printre specialiști se pot număra logopezii, terapeuții de vorbire și alți specialiști în comunicare. În majoritatea țărilor, asociația profesională a logopezilor solicită anumite calificări și acreditări pentru calitatea de membru. În anumite țări, guvernul reglementează practica prin atestate, certificate sau procese de autorizare (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada).

Acreditările minime recomandate pentru specialiștii în terapie vocală și de comunicare ce lucrează cu persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen sunt:

- 1.** Pregătire de specialitate și competență în evaluarea și dezvoltarea abilităților de comunicare la persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen.
- 2.** Cunoștințe de bază despre sănătatea persoanelor transgender, inclusiv despre tratamentele hormonale și chirurgicale pentru feminizare/masculinizare și despre problemele psihosociale specifice persoanelor transgender, așa cum sunt menționate în SDÎ, și familiarizare cu protocoale de bază cum ar fi folosirea pronumelui și numelui genului preferat (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
- 3.** Educarea continuă în evaluarea și dezvoltarea abilităților de comunicare la persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen. Aceasta ar putea include: frecventarea unor workshop-uri sau seminarii; participarea la cercetări legate de probleme de identitate și de gen; studiu individual, îndrumare de către un medic experimentat, acreditat.

Alți profesioniști din domeniu, cum ar fi instructorii vocali, profesioniștii din teatru, profesorii de canto și specialiștii în expresivitate corporală pot avea un important rol adiacent. În mod ideal, acești profesioniști au experiență în colaborarea activă cu logopezi.

Considerații privind evaluarea și tratamentul

Scopul general al terapiei vocale și de comunicare este să îi ajute pe clienți să își adapteze vocea și modul de comunicare într-un fel care este atât sănătos, cât și autentic, rezultând în modele de comunicare pe care clienții să le simtă potrivite cu identitatea lor de gen și care să reflecte sinele lor interior (Adler, Hirsch & Mordaunt, 2006). Este esențial ca specialiștii în terapia de voce și comunicare să acorde importanță preferințelor individuale de comunicare. Comunicarea - stilul, vocea, alegerea limbajului, etc. - este personală. Clienții nu ar trebui sfătuiți să adopte comportamente cu care nu se simt confortabil sau pe care nu le percep drept autentice. Specialiștii își pot ajuta cel mai bine clienții dacă acordă timp înțelegerii preocupărilor lor legate de gen și a obiectivelor lor de exprimare a genului (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Clienții pot alege comportamentele comunicaționale pe care doresc să le dobândească în concordanță cu identitatea lor de gen. Și acestea sunt decizii avizate, bazate pe cunoștințele specialistului în terapia de voce și comunicare, și pe datele evaluării unui client anume (Hancock, Krissing & Owen, 2010). Aceasta include o autoevaluare a clientului și evaluarea de către specialist a vocii, rezonanței, articulării, limbajului vorbit și comunicării nonverbale (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Planurile de tratament pentru voce și comunicare sunt realizate luând în considerare dovezile disponibile din cercetare, cunoștințele medicale, experiența specialistului și propriile obiective și valori ale clientului (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada). Aspectele tratamentului includ, de regulă, înălțimea vocii, intonația, tiparul tonului și al accentului, calitatea vocii, rezonanța, articularea, viteza vorbirii și frazarea, limbajul și comunicarea nonverbală (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). Tratamentul poate include sesiuni individuale sau de grup, iar frecvența și durata lui diferă în funcție de nevoile clientului. Pentru stabilirea unui plan de tratament individualizat pot fi luate în considerare protocoalele existente privind terapia de voce și comunicare (Carew, Dacakis & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

Feminizarea sau masculinizarea vocii presupune folosirea atipică a mecanismului de producere a vocii. Sunt necesare măsuri preventive pentru a evita riscul utilizării greșite și al lezionării vocii pe termen lung. Toate serviciile de terapie vocală și comunicațională trebuie, deci, să includă o componentă a sănătății vocale (Adler et al., 2006).

Considerații privind sănătatea vocală după intervenția chirurgicală de feminizare a vocii

După cum se observă în secțiunea XI, unele persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen optează pentru intervenție chirurgicală de feminizare a vocii. (Îngroșarea vocii poate fi obținută prin terapia hormonală de masculinizare, dar hormonii de feminizare nu au niciun efect asupra vocii unei persoane MtF adulte.) Există diferite grade de satisfacție, sănătate și îmbunătățire pe termen lung la persoanele care au ales această intervenție. Se recomandă ca persoanele care optează pentru intervenția chirurgicală de feminizare a vocii să consulte și un specialist în terapie vocală și de comunicare, în scopul maximizării rezultatului chirurgical, să își protejeze sănătatea vocală și să studieze aspectele comunicării care nu sunt strict legate de înălțimea vocii. Procedurile privind intervenția chirurgicală vocală ar trebui să includă și sesiuni de monitorizare cu un specialist în terapie de voce și comunicare autorizat și acreditat de către comisia responsabilă de logopedie din țara respectivă (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

XI. Intervenții chirurgicale

Operația de reatribuire de sex este eficace și necesară din punct de vedere medical

Intervenția chirurgicală - în special asupra organelor genitale - este adesea ultima alternativă în procesul tratamentului disforiei de gen. Cu toate că multor persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen le este bine cu identitatea, exprimarea și rolul lor de gen fără ajutorul intervențiilor chirurgicale, pentru multe altele operația este esențială și necesară din punct de vedere medical, în vederea atenuării disforiei de gen (Hage & Karim, 2000). Pentru acest grup, eliminarea disforiei de gen nu poate fi realizată fără modificarea caracteristicilor lor sexuale primare și/sau secundare, pentru obținerea unei concordanțe cât mai puternice cu identitatea lor de gen. În plus, intervențiile chirurgicale îi pot ajuta pe pacienți să se simtă mai bine în prezența partenerilor sexuali sau în locuri precum cabinetele medicale, piscinele sau cluburile de sănătate. În anumite contexte, intervențiile chirurgicale pot reduce riscul vătămării în caz de arestare sau de percheziționare de către poliție sau alte autorități.

Studiile de monitorizare postoperatorie au arătat efectul benefic de necontestat al intervențiilor chirurgicale, cum ar fi starea de bine subiectivă, aspectul estetic și funcția sexuală (De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). Mai multe informații despre rezultatele tratamentelor chirurgicale sunt rezumate în Anexa D.

Chestiuni etice privind operațiile de reatribuire de sex

În mod obișnuit, prin intervențiile chirurgicale se îndepărtează țesuturile patologice pentru a restabili funcțiile afectate sau se modifică unele caracteristici corporale, pentru a îmbunătăți percepția imaginii de sine a pacientului. Unele persoane, inclusiv anumiți specialiști din domeniul medical, au obiecții etice la adresa intervențiilor chirurgicale ca tratament pentru disforia de gen, deoarece consideră că aceste condiții nu se aplică.

Este important ca profesioniștii medicali care se îngrijesc de pacienții cu disforie de gen să nu aibă obiecții privind modificarea structurilor normale din punct de vedere anatomic. Pentru a înțelege cum pot atenua intervențiile chirurgicale disconfortul psihologic și suferința persoanelor cu disforie de gen, specialiștii trebuie să îi asculte pe pacienți, să discute cu ei despre simptome sau dileme și despre poveștile lor de viață. Reticența față de intervențiile chirurgicale pe baza principiului „înainte de toate, să nu vătămăm” ar trebui respectată, discutată și confruntată cu oportunitatea de a afla direct de la pacienți despre suferința psihologică produsă de disforia de gen și despre suferința provocată de o eventuală blocare a accesului la tratament adecvat.

Chirurgia genitală și pectorală/mamară pentru disforie de gen nu reprezintă pur și simplu un alt set de proceduri electivă. Acestea din urmă implică doar o înțelegere personală stabilită

Între un pacient și un chirurg. Intervențiile chirurgicale genitale și pectorale/mamare constituie tratamente medicale necesare pentru disforia de gen și trebuie efectuate numai după evaluarea pacientului de către specialiști calificați din domeniul sănătății mentale, conform prezentării din secțiunea VII a SDÎ. Aceste intervenții pot fi efectuate după întocmirea documentației scrise care atestă că a fost făcută evaluarea și că persoana a îndeplinit criteriile pentru o anumită operație chirurgicală. Urmând această procedură, specialiștii din domeniul sănătății mentale, chirurgii și pacienții împart responsabilitatea efectuării unor schimbări corporale ireversibile.

Sunt neetice blocarea accesului la chirurgie de reatribuire de sex și negarea eligibilității pentru aceasta doar pe baza seropozitivității relaționate cu infecțiile cu transmitere prin sânge, cum ar fi HIV ori hepatita B sau C.

Colaborarea dintre chirurghi, specialiștii în sănătate mentală, medicii care prescriu hormoni (dacă este cazul) și pacienți (consimțământul avizat)

Rolul unui chirurg în tratamentul disforiei de gen nu este acela al unui simplu tehnician. Chirurgii conștiincioși înțeleg, de fapt, istoricul fiecărui pacient și raționamentul care a dus la trimitere în vederea intervenției chirurgicale. Pentru aceasta, chirurgii trebuie să discute pe larg cu pacienții lor și să aibă relații profesionale apropiate cu alți specialiști din domeniu care s-au implicat activ în tratarea pacienților.

Consultul este realizat eficient atunci când chirurgul lucrează ca parte dintr-o echipă multidisciplinară. În absența acestei echipe, chirurgul trebuie să fie sigur că specialiștii în sănătate mentală care au decis trimiterea pentru intervenție chirurgicală, respectiv medicul care a prescris hormoni, sunt competenți în evaluarea și tratarea disforiei de gen, deoarece chirurgul se bazează, în mare parte, pe expertiza lor.

Odată ce un chirurg este satisfăcut de felul în care au fost îndeplinite criteriile pentru anumite intervenții chirurgicale (așa cum sunt rezumate mai jos), trebuie luată în considerare operația și trebuie făcut un consult preoperator. În timpul consultației, procedura și evoluția postoperatorie trebuie discutate pe larg cu pacientul. Chirurgii sunt responsabili pentru discutarea tuturor aspectelor următoare cu pacienții care doresc intervenții chirurgicale pentru disforie de gen:

- ▶ Diferitele tehnici chirurgicale disponibile (cu trimitere către colegii care oferă opțiuni alternative);
- ▶ Avantajele și dezavantajele fiecărei tehnici;
- ▶ Limitările unei anumite proceduri în ce privește obținerea rezultatului „ideal”; chirurgii trebuie să arate un set complet de fotografii cu pacienți de-ai lor înainte și după intervenție, incluzând atât rezultatele bune, cât și nereușitele;
- ▶ Riscurile inerente diferitelor tehnici și posibilele complicații; chirurgii trebuie să își informeze pacienții despre propria lor rată a complicațiilor în funcție de procedura aleasă.

Aceste discuții reprezintă nucleul procesului de obținere a consimțământului avizat, o condiție atât etică, cât și legală pentru orice intervenție chirurgicală. Chirurgul trebuie să se asigure că pacienții au așteptări realiste în legătură cu rezultatele operației. Acest lucru este important în atingerea unui rezultat care le va remedia disforia de gen.

Toate aceste informații ar trebui oferite în scris pacienților, într-o limbă în care sunt fluenți, și cu exemple grafice. Pacienților ar trebui să li se trimită aceste informații în avans (posibil prin internet) și să li se acorde destul timp pentru a le studia cu atenție. Elementele consimțământului avizat ar trebui întotdeauna discutate față în față, înainte de intervenția chirurgicală, când se pot lămurii neclaritățile, iar pacientul își poate da consimțământul avizat în scris. Dat fiind faptul că aceste operații sunt ireversibile, trebuie avut grijă ca pacienții să aibă destulă vreme să înțeleagă toate informațiile, înainte să răspundă solicitării de exprimare a consimțământului. Se recomandă un interval de minimum 24 de ore.

Chirurgul trebuie să ofere îngrijire postoperatorie imediată și să se consulte cu alți medici care se vor îngriji de pacienți în viitor, iar pacientul ar trebui să stabilească împreună cu chirurgul un plan adecvat de îngrijire postoperatorie.

Prezentare generală a procedurilor chirurgicale pentru tratarea pacienților cu disforie de gen

Pentru persoanele MtF, procedurile chirurgicale pot include următoarele:

1. Operație asupra sânilor/pieptului: mamoplastie de mărire, prin implanturi/lipoimplanturi (reinjectare cu grăsime proprie);
2. Operație asupra organelor genitale: penectomie, orhiectomie, vaginoplastie, clitoroplastie, vulvoplastie;
3. Intervenții chirurgicale fără legătură cu organele genitale sau pieptul: operație facială de feminizare, liposucție, lipofilling, operație la corzile vocale, micșorare a cartilajului tiroidian, mărirea mușchilor fesieri (implanturi, lipoimplanturi), restaurare a părului și diverse alte procedee estetice.

Pentru persoanele FtM, procedurile chirurgicale pot include următoarele:

1. Operație asupra sânilor/pieptului: mastectomie, construcția unui piept masculin;
2. Operație asupra organelor genitale: histerectomie, ovalectomie, reconstrucție a porțiunii fixe a uretrei, care poate fi combinată cu o metoidioplastie sau cu o faloplastie, folosind un flap rotațional (pediculat) sau liber (cu vascularizație proprie), vaginectomie, scrotoplastie și implantarea unor proteze erectile și/sau testiculare;
3. Intervenții chirurgicale fără legătură cu organele genitale sau pieptul: operație la corzile vocale (rară), liposucție, lipofilling, implanturi pectorale și diverse alte procedee estetice.

Chirurgia de reconstrucție și chirurgia plastică

Dacă operația de reatribuire de sex se cuvine considerată „estetică” sau „de reconstrucție” este o întrebare pertinentă nu doar din punct de vedere filozofic, ci și financiar. Intervențiile chirurgicale estetice sau cosmetice nu sunt considerate necesare din punct de vedere medical și, ca atare, sunt achitate în totalitate de către pacient, de obicei. Prin contrast, procedurile de reconstrucție sunt considerate necesare din punct de vedere medical - cu rezultate terapeutice de necontestat - și, ca atare, sunt plătite parțial sau în totalitate de către sistemele de sănătate naționale sau de către companiile de asigurări.

Din păcate, în domeniul chirurgiei plastice și de reconstrucție (atât generale, cât și specializate pe gen) nu există o diferență clară între ceea ce înseamnă numai reconstrucție sau numai cosmetizare. Majoritatea procedurilor de chirurgie plastică sunt, de fapt, o combinație a unor componente atât cosmetice, cât și de reconstrucție.

Deși majoritatea specialiștilor sunt de acord că mastectomia și intervențiile chirurgicale asupra organelor genitale nu pot fi considerate numai de cosmetizare, opiniile diferă în privința gradului în care alte procedee chirurgicale (de exemplu, mărirea sânilor, operația facială de feminizare) pot fi socotite drept operații doar de reconstrucție. Deși e, poate, mai ușor să înțelegem faloplastia sau vaginoplastia ca fiind intervenții ce pun capăt unei suferințe îndelungate, pentru unii pacienți cu disforie de gen o operație precum rinoplastia de micșorare poate avea un efect radical și permanent asupra calității vieții lor și, ca atare, e mult mai necesară din punct de vedere medical decât pentru cineva care nu are disforie de gen.

Criterii privind intervențiile chirurgicale

Ca și celelalte SDÎ, criteriile de inițiere a tratamentelor chirurgicale pentru disforie de gen au fost elaborate în scopul promovării îngrijirii optime a pacienților. Deși SDÎ permit o abordare individualizată pentru a răspunde cât mai bine nevoilor de îngrijire ale unui anumit pacient, un criteriu pentru toate intervențiile chirurgicale pectorale/mamare sau genitale este documentarea unei disforii de gen persistente de către un specialist calificat în domeniul sănătății mentale. Pentru anumite intervenții chirurgicale există criterii adiționale incluzând pregătirea și urmarea unui tratament cu hormoni de feminizare/masculinizare, și trăitul timp de un an fără întreruperi într-un rol de gen potrivit cu identitatea de gen a pacientului.

Aceste criterii sunt rezumate mai jos. Pe baza dovezilor disponibile și a consensului experților în domeniu, sunt făcute diferite recomandări pentru diferite intervenții chirurgicale.

SDÎ nu specifică o ordine anume pentru intervențiile chirurgicale. Numărul și succesiunea procedurilor chirurgicale pot varia de la pacient la pacient, în funcție de nevoile acestora.

Criteria pentru operații pectorale/mamare (trimitere)

Criteria pentru mastectomie și crearea unui piept masculin la persoanele FtM:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă (pentru cei mai tineri, a se urma SDÎ privind copiii și adolescenții);
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie relativ bine ținuți sub control.

Tratamentul cu hormoni nu este o condiție necesară.

Criteria pentru mărirea de sânii (implanturi/lipoimplanturi) la persoanele MtF:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă (pentru cei mai tineri, a se urma SDÎ privind copiii și adolescenții);
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie relativ bine ținuți sub control.

Nefiind un criteriu explicit, recomandabil este totuși ca persoanele MtF să urmeze tratament cu hormoni de feminizare (minim 12 luni) înainte de operația de mărire a sânilor. Scopul este maximizarea creșterii sânilor, pentru a obține rezultate chirurgicale (estetice) cât mai bune.

Criteria pentru intervenții chirurgicale genitale (două trimiteri)

Criteria pentru intervențiile chirurgicale asupra organelor genitale sunt specifice fiecărei operații solicitate

Criteria pentru histerectomie și ovariectomie la persoanele FtM și pentru orhiectomie la persoanele MtF:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă;
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie foarte bine ținuți sub control;
5. 12 luni de tratament hormonal neîntrerupt, adecvat obiectivelor de gen ale pacientului (se exceptează persoanele pentru care hormonii sunt contraindicați clinic).

Scopul tratamentului hormonal ce precedă gonadectomia este, în primul rând, acela de a introduce o perioadă de suprimare a estrogenului sau testosteronului reversibilă, înainte ca pacientul să treacă printr-o intervenție chirurgicală ireversibilă.

Aceste criterii nu se aplică persoanelor care fac aceste operații din alte motive medicale decât disforia de gen.

Criterii pentru metoidioplastie sau faloplastie la persoanele FtM și pentru vaginoplastie la persoanele MtF:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă;
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie foarte bine ținuți sub control;
5. 12 luni de tratament hormonal neîntrerupt, adecvat obiectivelor de gen ale pacientului (se exceptează persoanele pentru care hormonii sunt contraindicați clinic);
6. 12 luni consecutive de trăit într-un rol de gen concordant cu identitatea de gen a pacientului.

Nefiind un criteriu explicit, recomandabil este totuși ca pacienții să se întâlnească în mod regulat cu un specialist în sănătate mentală sau cu un alt profesionist medical.

Justificarea testului de 12 luni de trăit preoperatoriu într-un rol de gen concordant cu identitatea de gen a pacientului. Criteriul nr. 6 de mai sus, pentru anumite tipuri de intervenții chirurgicale genitale, este bazat pe consensul experților clinici că această experiență le oferă pacienților suficiente oportunități de a proba rolul de gen dorit și de a se adapta social la acesta, înaintea intervenției chirurgicale ireversibile. După cum se arată în secțiunea VII, aspectele sociale ale schimbării rolului sunt, de obicei, extrem de dificile – adesea, chiar mai mult decât aspectele fizice. Schimbarea rolului de gen poate avea consecințe profunde atât personale, cât și sociale, iar decizia de schimbare trebuie luată cunoscând bine posibilele dificultăți familiale, interpersonale, educaționale, vocaționale, economice și legale, astfel încât funcționarea în rolul de gen respectiv să fie o reușită. Sprijinul din partea unui specialist calificat în sănătate mentală și a altor persoane trans poate fi crucial în adaptarea cu succes la rolul de gen (Bockting, 2008).

Perioada de 12 luni cuprinde o serie întreagă de experiențe de viață și de evenimente petrecute pe durata unui an (de exemplu, evenimente în familie, sărbători, concedii, muncă specifică sezonului sau experiențe școlare). În acest timp, pacienții trebuie să funcționeze consecvent, zi de zi și în toate contextele de viață în rolul de gen pe care și-l doresc. Acest lucru include coming-outul către parteneri, familie, prieteni și membrii colectivității (de exemplu, la școală, la serviciu, în alte medii).

Pe fișa medicală specialiștii trebuie să documenteze cât se poate de clar experiența pacientului în rolul de gen, incluzând data la care au intrat în rolul de gen asumat cei care se pregătesc pentru intervenții chirurgicale genitale. În unele situații, specialiștii pot solicita, dacă e nevoie, verificarea îndeplinirii acestui criteriu: ei pot vorbi cu persoanele care au avut tangență cu pacientul în rolul potrivit identității sale, sau pot cere documente legate de numele legal și/sau un indicator de schimbare a genului, după caz.

Intervenții chirurgicale pentru persoanele cu stări psihotice și alte boli mentale grave

Atunci când pacienții cu disforie de gen sunt diagnosticați și cu tulburări psihiatrice grave (de exemplu, episoade psihotice, tulburare bipolară, tulburare de identitate disociativă, tulburare de personalitate borderline), trebuie făcut un efort pentru ameliorarea acestor afecțiuni cu medicație psihotropică și/sau psihoterapie, înainte de a fi luată în considerare intervenția chirurgicală. Trebuie făcută o reevaluare de către un specialist calificat în sănătate mentală, pentru a stabili și rezolva afecțiunile psihotice înainte de intervenția chirurgicală, descriind situația mentală a pacientului și nivelul de pregătire în vederea operației. Este de preferat ca acest specialist să îl cunoască bine pe pacient. Nu trebuie făcută nicio intervenție chirurgicală câtă vreme pacientul este activ psihotic (De Cuypere & Vercrusse, 2009).

Competența doctorilor care efectuează intervenții chirurgicale pectorale/mamare și genitale

Medicii care efectuează tratamente chirurgicale pentru disforie de gen trebuie să fie urologi, ginecologi, chirurghi plasticieni sau de chirurgie generală, și trebuie să fie avizați de către o comisie a unei asociații naționale sau regionale relevante. Chirurgii trebuie să fie specializați în tehnici de reconstrucție genitală, ca urmare a pregătirii supervizate de un chirurg mai experimentat. Chiar și aceștia din urmă trebuie să fie dispuși să își prezinte competențele colegilor, spre reevaluare. Un audit oficial al rezultatelor chirurgicale și publicarea acestor rezultate ar conferi mult mai multă siguranță atât specialiștilor care fac trimerile în vederea operațiilor chirurgicale, cât și pacienților. Chirurgii trebuie să frecventeze periodic întâlniri profesionale în care sunt prezentate noi tehnici. Internetul este adesea folosit în mod eficient de către pacienți, pentru a schimba informații despre experiența lor cu chirurgii și echipele acestora.

În mod ideal, chirurgii trebuie să aibă cunoștințe bune despre mai multe tehnici chirurgicale de reconstrucția genitală, astfel încât, consultându-se cu pacienții, să poată alege tehnica optimă pentru acea persoană. Alternativ, dacă un chirurg este competent într-o singură tehnică, iar acest procedeu este fie nepotrivit, fie nedorit de către pacient, chirurgul trebuie să îl informeze pe acesta cu privire la celelalte procedee și să ofere o trimitere către un alt chirurg competent.

Tehnici de chirurgie pectorală/mamară și complicații

Deși aspectul sânilor/pieptului este o caracteristică sexuală secundară importantă, prezența sânilor sau mărimea lor nu are legătură cu definițiile legale ale sexului și genului, nici nu este necesară pentru reproducere. Efectuarea operațiilor asupra sânilor/pieptului pentru tratamentul disforiei de gen trebuie gândită cu aceeași atenție ca și începerea terapiei hormonale, de vreme ce ambele produc schimbări corporale ireversibile.

Pentru persoanele MtF, o mărire de sâni (uneori numită „reconstrucție a pieptului”) nu este diferită de aceea efectuată pentru un pacient femeie din naștere. Operația se face, de obicei, prin implantarea unor proteze mamare și, ocazional, prin tehnica lipoimplantului. Infecțiile și fibroza capsulară sunt complicații rare ale mamoplastiei de mărire la persoanele MtF (Kanhai, Hage, Karim & Mulder, 1999).

Pentru pacientul FtM, este disponibilă o operație de mastectomie sau „conturare a unui piept masculin”. Pentru mulți pacienți FtM, aceasta este singura intervenție chirurgicală efectuată. Atunci când cantitatea de țesut mamar extirpat necesită îndepărtarea pielii, va rezulta o cicatrice, iar pacientul trebuie informat de acest lucru. Complicații ale mastectomiei subcutanate pot include necroza mameloanelor, iregularități ale conturului și cicatrizare inestetică (Monstrey et al., 2008).

Tehnici de chirurgie genitală și complicații

Procedurile chirurgicale asupra organelor genitale pentru persoanele MtF pot include orhiectomie, penectomie, vaginoplastie, clitoroplastie și labioplastie. Tehnicile includ inversarea pielii penisului, transplant de pedicul colosigmoidian și graft de piele pentru a forma neovaginul. Senzația sexuală este un obiectiv important în vaginoplastie, alături de crearea unui vagin funcțional și a unui aspect estetic acceptabil.

Complicații ale intervențiilor chirurgicale asupra organelor genitale la persoanele MtF pot include necroza parțială sau totală a vaginului sau labiilor, fistula vezico-vaginală sau intestino-vaginală, stenoza uretrală sau vaginală, care sunt prea scurte sau prea înguste pentru actul sexual. În vreme ce tehnicile chirurgicale pentru crearea neovaginului sunt excelente din punct de vedere funcțional și estetic, a fost raportată lipsa orgasmului în urma acestui procedeu, iar o labioplastie ulterioară poate fi necesară din motive estetice (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Procedurile chirurgicale pentru persoanele FtM pot include histerectomia, ovalectomia, salpingo-ovalectomia, vaginectomia, metoidioplastia, scrotoplastia, uretrotoplastia, amplasarea protezelor testiculare și faloplastia. Pentru pacienții care nu au suferit operații chirurgicale abdominale în trecut, este recomandată tehnica laparoscopică pentru histerectomie și salpingo-ovalectomie, pentru a evita o cicatrice în zona inferioară a abdomenului. Accesul vaginal poate fi dificil, de vreme ce mulți pacienți sunt nulipari și adesea nu au experiența actului sexual. Tehnicile operatorii actuale pentru faloplastie sunt diverse. Alegerea tehnicilor poate fi restricționată

de considerente anatomice ori chirurgicale și de considerentele financiare ale clientului. Dacă obiectivele faloplastiei sunt un neofalus cu aspect estetic satisfăcător, urinarea din picioare, senzația sexuală și/sau capacitatea de a întreține raporturi sexuale, pacienții trebuie informați în mod clar că există mai multe etape separate ale intervenției chirurgicale și frecvente dificultăți tehnice, ceea ce ar putea necesita operații suplimentare. Chiar și metoidioplastia, care, teoretic, este o procedură într-o singură etapă pentru construcția unui microfalus necesită adesea mai mult de o singură operație. Această tehnică nu garantează mereu capacitatea de a urina stând în picioare (Monstrey et al., 2009).

Complicații ale faloplastiei la persoanele FtM pot include stenoza și fistule frecvente la nivelul tractului urinar și, ocazional, necroza neofalusului. Metoidioplastia are drept rezultat un micropenis, fără capacitatea de urinare din picioare. Faloplastia, folosind un flap pediculat sau unul cu vascularizație proprie, este o procedură de lungă durată, în mai multe etape, cu o rată crescută a morbidității, care include complicații urinare frecvente și cicatrice de neevitat la nivelul zonei de recoltare a flapului. Din acest motiv, multe persoane FtM nu au niciodată alte intervenții chirurgicale asupra organelor genitale, în afară de histerectomie și salpingo-ovarectomie (Hage & De Graaf, 1993).

Chiar și pacienții care suferă complicații chirurgicale grave rareori regretă operația. Faptul că, precum arată în mod repetat cercetările, calitatea rezultatelor chirurgicale este unul dintre cei mai buni indicatori privind reușita globală a reatribuirii de sex confirmă importanța intervenției chirurgicale (Lawrence, 2006).

Alte intervenții chirurgicale

Alte intervenții chirurgicale ce ajută la feminizarea corpului includ micșorarea cartilajului tiroidian (reducerea mărilor lui Adam), intervenții chirurgicale asupra corzilor vocale, cu scopul de a modifica vocea, lipoplastie prin extragerea grăsimii pentru modelarea conturului la nivelul taliei, rinoplastie (modificarea aspectului nasului), micșorarea oaselor feței, lifting facial și blefaroplastie (modificarea pleoapelor). Alte intervenții chirurgicale ce ajută la masculinizarea corpului includ liposucția, lipoimplanturile și implanturile pectorale. Intervenția chirurgicală asupra corzilor vocale în scopul obținerii unei voci mai groase este rară, dar poate fi recomandată în anumite cazuri, de exemplu când terapia hormonală nu a fost eficientă.

Chiar dacă aceste intervenții chirurgicale nu necesită trimiteri de la specialiști din domeniul sănătății mentale, aceștia își pot ajuta clienții în luarea unor decizii avizate privind momentul și implicațiile acestor tipuri de operații, în contextul tranziției sociale.

Deși majoritatea acestor proceduri sunt etichetate drept „pur estetice”, pentru cei cu disforie de gen gravă ele pot fi considerate necesare din punct de vedere medical, depinzând de situația medicală unică a unui anumit pacient, de starea sa și de situația sa de viață. Această zonă ambiguă reflectă realitatea situațiilor clinice și permite decizii individuale în ce privește nevoia și dorința de a efectua aceste proceduri.

XII. Îngrijire și monitorizare postoperatorii

Îngrijirea postoperatorie pe termen lung și monitorizarea evoluției pacienților după tratamentul chirurgical pentru disforie de gen sunt asociate cu rezultate chirurgicale și psihosociale bune (Monstrey et al., 2009). Monitorizarea evoluției după operație este importantă pentru sănătatea fizică și mentală a pacientului și pentru cunoștințele chirurgului în privința beneficiilor și limitărilor intervenției chirurgicale. Chirurgii care operează pacienți veniți de la mare depărtare ar trebui să includă în planul de îngrijire medicală o monitorizare personală a evoluției acestora și să încerce să asigure îngrijire pe termen lung, financiar accesibilă pacientului, în zona geografică a acestuia.

În perioada postoperatorie, pacienții ar putea împiedica monitorizarea evoluției lor de către anumiți specialiști, inclusiv medicul care a prescris hormonii (în cazul pacienților care iau hormoni), neînțelegând că aceștia sunt uneori cei mai în măsură să prevină, diagnosticheze și trateze afecțiuni medicale specifice pacienților tratați cu hormoni și operați. Necesitatea monitorizării evoluției se aplică și pentru specialiștii din domeniul sănătății mentale, care au petrecut cu pacientul mai mult timp decât orice alt specialist și sunt, de aceea, poate cei mai în măsură să îi ajute în privința dificultăților de adaptare postoperatorie. Specialiștii din sănătate ar trebui să evidențieze importanța îngrijirii postoperatorii pentru pacienți și să asigure continuitatea acesteia.

Pacienții aflați în perioada postoperatorie ar trebui să facă analize periodice, cu scop preventiv, potrivit indicațiilor pentru vârsta lor. Acest lucru este discutat mai pe larg în secțiunea următoare.

XIII. Îngrijire medicală primară și preventivă pe tot parcursul vieții

Persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen au nevoie de îngrijire medicală pe tot parcursul vieții lor. De exemplu, pentru evitarea efectelor secundare negative după o gonadectomie la o vârstă relativ fragedă și/sau după un tratament cu hormoni în doză mare, îndelungat, pacienții au nevoie de îngrijire medicală completă, asigurată de specialiști cu experiență în îngrijirea primară și în sănătatea persoanelor transgender. Dacă un furnizor de servicii medicale nu poate asigura îngrijire completă, este esențială menținerea comunicării între toți specialiștii implicați în aceasta.

Îngrijirea medicală primară și preocuparea pentru menținerea sănătății trebuie să fie prezente pe toată durata procesului cuprinzând posibilele schimbări de rol de gen și intervenții medicale pentru atenuarea disforiei de gen. Este adevărat că medicii care prescriu hormonii, ca și chirurgii, au un rol important în îngrijirea preventivă, totuși pentru îngrijire medicală globală toate persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen ar trebui să aibă un medic generalist (Feldman, 2007).

Îngrijire medicală preventivă generală

Ghidurile privind verificarea stării de sănătate concepute pentru populația generală sunt potrivite pentru organisme neafectate de tratament cu hormoni de feminizare/masculinizare. Sub anumite aspecte, cum ar fi factorii de risc cardiovascular, osteoporoza și anumite tipuri de cancer (mamar, cervical, ovarian, uterin și de prostată), aceste ghiduri generale fie subestimează, fie supraestimează costurile controalelor medicale pentru persoanele care urmează tratament cu hormoni.

Există diverse resurse pentru protocoale detaliate privind îngrijirea medicală primară a pacienților care urmează terapie hormonală de feminizare/masculinizare, inclusiv tratament după operațiile de reatribuire de sex (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Butth & Spade, 2005). Medicii ar trebui să consulte protocoalele alcătuite în țara lor pe baza dovezilor clinice și să discute cu pacienții despre verificarea stării de sănătate din perspectiva efectelor tratamentului cu hormoni asupra factorilor de risc ai sănătății lor.

Examen oncologic

Depistarea cancerului la nivelul organelor asociate cu sexul poate ridica probleme medicale și psihosociale specifice, pentru persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, ca și pentru furnizorii lor de servicii medicale. În lipsa unor studii prospective ample,

e puțin probabil ca specialiștii să aibă destule dovezi pentru a stabili un anumit tip de examen oncologic pentru această categorie de populație, sau o anumită frecvență pentru efectuarea lui. Examenele prea dese duc la costuri de îngrijire medicală foarte mari, rezultate fals pozitive ridicate și expunerea adesea inutilă la radiații și/sau la intervenții diagnostice precum biopsiile. Examenele insuficient de frecvente duc la diagnosticare tardivă a cancerelor potențial tratabile. Pacienții pot percepe examenul oncologic ca pe o modalitate de afirmare a genului (de exemplu, mamografiile pentru persoanele MtF) sau ca fiind dureroase fizic și emoțional (de exemplu, recoltările pentru testul Papanicolau, care fac parte din îngrijirea continuă pentru persoanele FtM).

Îngrijire urogenitală

Îngrijirea ginecologică este necesară pentru persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, de ambele sexe. La persoanele FtM, această îngrijire e necesară îndeosebi pentru cele care nu au avut intervenții chirurgicale asupra organelor genitale. La persoanele MtF, ea este necesară după operația genitală. Deși mulți chirurghi oferă pacienților consiliere privind îngrijirea urogenitală postoperatorie, și generaliștii și ginecologii ar trebui să aibă cunoștințe despre aspectele de îngrijire genitală specifice acestei categorii de populație.

Toate persoanele MtF ar trebui să primească consiliere privind igiena organelor genitale, sexualitatea și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală; cele care au avut intervenții chirurgicale asupra organelor genitale ar trebui consiliate și în privința necesității lubrifierii vaginale periodice, sau a actului sexual cu penetrare, în scopul păstrării dimensiunilor vaginului (van Trotsenburg, 2009). Din cauza particularităților anatomice ale pelvisului masculin, poziționarea și dimensiunile neovaginului diferă substanțial de cele ale unui vagin biologic. Această diferență anatomică poate afecta actul sexual, dacă nu este înțeleasă de către persoanele MtF și partenerii lor (van Trotsenburg, 2009).

Infecțiile tractului urinar inferior apar frecvent la persoanele MtF care au făcut operația, din cauza uretrei micșorate conform cerințelor reconstructive. În plus, aceste persoane pot suferi de afecțiuni funcționale ale tractului urinar inferior, cauzate de leziunea pachetului nervos autonom ce servește baza vezicii, prin incizia efectuată între rect și vezica urinară și prin schimbarea poziției vezicii. Intervenția chirurgicală de reatribuire de sex poate cauza probleme în funcționarea vezicii urinare (de exemplu, vezică hiperactivă, incontinență urinară) (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand & Birkhauser, 2007).

Majoritatea persoanelor FtM nu optează pentru vaginectomie (colpectomie). La pacienții care iau hormoni de masculinizare, în ciuda conversiei considerabile a testosteronului în estrogeni, pot fi observate în mod obișnuit modificări atrofice ale epiteliului vaginal, care pot duce la prurit și senzație de arsură. Examinarea poate fi dureroasă, atât din punct de vedere fizic, cât și emoțional, dar lipsa tratamentului poate agrava serios situația. Ginecologii care tratează afecțiunile genitale ale pacienților FtM trebuie să fie conștienți de sensibilitatea pacienților cu o exprimare de gen și identitate masculine, legată de faptul că au organe genitale asociate în mod tipic cu sexul feminin.

XIV. Aplicabilitatea SDÎ la persoanele care trăiesc în centre instituționalizate

SDÎ se aplică în ansamblu tuturor persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, indiferent de situația locativă a acestora. Oamenii nu ar trebui să fie discriminați privind accesul la bună îngrijire medicală pe baza locului de reședință, care poate fi și un centru instituționalizat precum închisoarea sau unitățile de îngrijire medicală pe termen mediu sau lung (Brown, 2009). Îngrijirea medicală oferită persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen care trăiesc în centre instituționalizate ar trebui să o reflecte pe cea care le-ar fi disponibilă în mod normal în afara centrelor, în aceeași societate.

Toate elementele de evaluare și tratament, așa cum sunt descrise în SDÎ, pot fi oferite persoanelor care trăiesc în instituții (Brown, 2009). Accesul la aceste tratamente necesare din punct de vedere medical nu ar trebui negat pe baza instituționalizării sau a situației domiciliare. Dacă un centru nu are personal medical cu expertiză în evaluarea și/sau tratarea persoanelor cu disforie de gen, este indicat să se obțină consultanță externă de la specialiști cunoscători ai acestui domeniu special al îngrijirii medicale.

Persoanele cu disforie de gen aflate în instituții pot avea și alte afecțiuni de sănătate mentală coexistente (Cole et al., 1997), care ar trebui evaluate și tratate corespunzător.

Cei care urmează deja un tratament hormonal adecvat în momentul instituționalizării ar trebui să continue fie cu același, fie cu unul similar, monitorizat conform SDÎ. O abordare „stop cadru” nu e considerată îngrijire corespunzătoare în majoritatea situațiilor (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). Persoanele cu disforie de gen care se califică pentru terapie hormonală (conform SDÎ) ar trebuie să înceapă această terapie. Consecințele întreruperii bruște a administrării de hormoni sau neînceperea terapiei hormonale atunci când e necesar din punct de vedere medical includ rezultate negative foarte probabile, cum ar fi autotrădimentul chirurgical prin autocastrare, stările depresive, disforia și/sau sinuciderea (Brown, 2010).

Acordarea de îngrijire medicală conform SDÎ poate fi adaptată la mediul instituțional în limite rezonabile, dacă adaptările respective nu împiedică accesul la îngrijire necesară din punct de vedere medical pentru persoanele cu disforie de gen. Un exemplu de adaptare în limite rezonabile este folosirea hormonilor injectabili, dacă nu sunt contraindicați medical, într-un mediu în care e foarte probabilă preferința pentru preparate orale (Brown, 2009). Respingerea schimbărilor de rol de gen necesare sau blocarea accesului la tratamente, inclusiv la operația de reatribuire de sex, pe baza încadrării într-o instituție nu reprezintă adaptări rezonabile ale SDÎ (Brown, 2010).

Condițiile de trai și facilitățile sanitare (duș, baie) pentru persoanele transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen care trăiesc în instituții ar trebui să respecte rolul și identitatea

de gen a acestora, starea fizică, demnitatea și siguranța lor personală. Amplasarea într-o baracă, secție sau celulă unisex doar pe baza înfățișării și a organelor genitale ar putea fi neadecvată, riscând victimizarea acelei persoane (Brown, 2009).

Instituțiile în care persoane transsexuale, transgender și neconforme cu genul lor locuiesc și primesc îngrijire medicală trebuie să garanteze, prin monitorizare, un climat tolerant și pozitiv, în care rezidenții nu sunt agresați de personalul angajat sau de alți rezidenți.

XV. Aplicabilitatea Standardelor de Îngrijire la persoanele cu tulburări de dezvoltare sexuală (TDS)

Terminologie

Termenul tulburare de dezvoltare sexuală - TDS¹³ se referă la o afecțiune somatică de dezvoltare atipică a tractului reproductiv (Hughes, Houk, Ahmed, Lee & LWPES1/ESPE Consensus Group, 2006). TDS-urile includ afecțiunea denumită în trecut intersexualitate. Deși în 2005 termenul a fost înlocuit cu TDS, prin consens, în timpul unei conferințe internaționale (Hughes et al., 2006), dezacordurile în privința lui rămân. Unii se opun vehement conceptului de „tulburare”, preferând, în schimb, să vadă aceste afecțiuni congenitale ca pe o chestiune de diversitate (Diamond, 2009) și să continue folosirea termenilor intersex sau intersexualitate. În SDÎ, WPATH folosește termenul TDS în mod obiectiv, fără conotații, pentru a se asigura că specialiștii din domeniul sănătății recunosc acest termen medical și îl folosesc ca să acceadă la literatura de specialitate relevantă, pe măsură ce se fac progrese în acest domeniu. WPATH rămâne receptivă la noi termeni care elucidează experiența membrilor acestei colectivități diverse și duc la îmbunătățiri în accesarea și oferirea de servicii de sănătate.

Motivul adăugării la SDÎ

În trecut, persoanele cu TDS care îndeplineau și criteriile comportamentale pentru tulburare de identitate de gen din Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a 4-a, text revizuit (American Psychiatric Association, 2000) erau excluse de la acea diagnosticare generalizată. Erau, în schimb, clasificate ca având “tulburări de identitate de gen – nespecificate altfel” și erau excluse din SDÎ ale WPATH.

Propunerea actuală pentru Manualul de diagnostic-5 (www.dsm5.org), este aceea de a înlocui termenul „tulburare de identitate de gen” cu „disforie de gen”. Mai mult, conform schimbărilor propuse pentru Manual, se consideră că persoanele cu TDS au un subtip de disforie de gen. Această propunere de categorizare - care diferențiază în mod explicit persoanele cu disforie de gen cu TDS de cele cu disforie de gen fără TDS - este justificată: la persoanele cu TDS, disforia de gen este diferită ca fenomenologie, epidemiologie, traiectorii de viață și etiologie (Meyer-Bahlburg, 2009).

Adulții cu TDS și disforie de gen au intrat din ce în ce mai mult în atenția specialiștilor din domeniul sănătății. De aceea includem în această ediție a SDÎ o scurtă discuție cu privire la îngrijirea lor medicală.

¹³ În engleză, „disorder of sex development” (DSD).

Considerații despre istoricul medical

Profesioniștii din domeniul sănătății care îngrijesc pacienți cu TDS și disforie de gen trebuie să înțeleagă cât diferă contextul medical în care au crescut aceștia de acela al pacienților fără TDS.

La unii oameni, TDS se recunoaște odată cu observarea, la naștere, a unor organe genitale atipice. (Această descoperire se face tot mai des în perioada prenatală, prin investigații imagistice precum ecografia.) După naștere, bebelușii respectivi sunt supuși unor proceduri medicale diagnostice amănunțite. Apoi sunt consultați familia și specialiștii din domeniul sănătății, fiind totodată luate în considerare și diagnosticul specific, constatările fizice și hormonale și cercetările despre rezultate pe termen lung (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf & Gearhart, 2004), iar nou-născutului i se atribuie un sex, fie masculin, fie feminin.

Alte persoane cu TDS intră în atenția specialiștilor din domeniul sănătății la pubertate, odată cu observarea dezvoltării atipice a caracteristicilor secundare sexuale. Aceasta duce, de asemenea, la o evaluare medicală specifică.

Tipul de TDS și gravitatea afecțiunii au implicații majore în luarea deciziilor privind atribuirea inițială a sexului persoanei, intervențiile chirurgicale ulterioare asupra organelor genitale și alte tipuri de îngrijire medicală și psihosocială (Meyer-Bahlburg, 2009). De exemplu, nivelul de expunere prenatală la androgeni în cazul persoanelor cu TDS a fost corelată cu gradul de masculinizare al comportamentului legat de gen (adică, exprimarea genului și rolul de gen); totuși, corelarea este doar moderată, variabilitatea comportamentală neputând fi explicată în totalitate prin expunerea prenatală la androgeni (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt & New, 2006). De remarcat că nu a fost demonstrată o corelație similară între expunerea hormonală prenatală și identitatea de gen (de ex., Meyer-Bahlburg et al., 2004), lucru evidențiat de faptul că la persoanele cu aceeași identitate de gen intrinsecă gradul de masculinizare al comportamentului lor legat de gen poate varia în mare măsură.

Evaluarea și tratarea disforiei de gen la persoanele cu TDS

Persoanele cu TDS sunt foarte rar identificate ca având disforie de gen înainte de diagnosticarea cu TDS. Diagnosticul de TDS este, de regulă, evident pe baza istoricului și a unei examinări fizice de bază - ambele făcând parte din evaluarea medicală privind utilitatea tratamentului cu hormoni sau a intervențiilor chirurgicale pentru disforie de gen. Specialiștii din domeniul sănătății mentale ar trebui să le ceară clienților care reclamă disforie de gen să accepte o examinare medicală fizică, mai ales dacă nu se află în îngrijirea unui medic de familie (sau a altui furnizor de servicii medicale).

Majoritatea persoanelor cu TDS se nasc cu ambiguitate genitală și nu dezvoltă disforie de gen (a se vedea, de exemplu, Meyer-Bahlburg, Dolezal et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Totuși, anumite persoane cu TDS dezvoltă disforie de gen cronică și chiar își schimbă sexul și/sau rolul de gen atribuite la naștere (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Dacă există semne puternice și persistente de disforie de gen, este esențială o evaluare amănunțită de către medici competenți în evaluarea și tratarea disforiei de gen, indiferent de vârsta pacientului. Au fost publicate recomandări detaliate privind efectuarea unei astfel de evaluări și luarea unor decizii de tratament pentru abordarea disforiei de gen în contextul existenței TDS (Meyer-Bahlburg, 2011). Numai după o evaluare aprofundată ar trebui luate măsuri în scopul schimbării sexului sau rolului de gen atribuit persoanei la naștere.

Medicii care oferă asistență acestor pacienți în privința opțiunilor de tratament pentru atenuarea disforiei de gen pot beneficia de cunoștințele dobândite din îngrijirea pacienților fără TDS (Cohen-Kettenis, 2010). Totuși, anumite criterii pentru acordarea tratamentului (de exemplu, vârsta, perioada trăită în rolul de gen dorit) nu sunt în mod obișnuit aplicate persoanelor cu TDS; aceste criterii sunt, mai degrabă, interpretate în funcție de situația specifică a pacientului (Meyer-Bahlburg, 2011). În contextul existenței TDS, schimbarea sexului și a rolului de gen atribuite la naștere s-au făcut la pacienți de orice vârstă, de la elevi de școală primară la adulți. Chiar și intervențiile chirurgicale asupra organelor genitale pot fi efectuate mult mai devreme la pacienții cu TDS, decât la cei cu disforie de gen fără TDS, dacă operația respectivă este justificată solid prin diagnostic, prin prognoza identității de gen, bazată pe dovezi, pentru acel sindrom și pentru gradul lui de gravitate, și prin dorința pacientului.

Aceste diferențe de tratament se explică prin faptul că intervențiile chirurgicale genitale pentru persoane cu TDS sunt frecvente în copilărie și adolescență. Infertilitatea poate fi deja prezentă, fie din cauza nedevoltării gonadelor, fie din cauza gonadectomiei efectuate ca urmare a unui risc de malignitate. Chiar și așa, pacienții cu TDS sunt sfătuiți să facă o tranziție socială totală către alt rol de gen numai dacă au un lung istoric de comportament de gen atipic și dacă disforia de gen și/sau dorința schimbării rolului de gen a fost suficient de puternică și persistentă pentru o perioadă considerabilă. Intervalul necesar exprimării complete a simptomelor pentru aplicarea diagnosticului de disforie de gen propusă în Manualul de diagnostic-5 este de șase luni (Meyer-Bahlburg, 2011).

Resurse suplimentare

Istoricul medical privitor la gen al persoanelor cu TDS este adesea complex, putând include o mare diversitate de atipii înnăscute (genetice, endocrine și somatice) și diverse tratamente hormonale, chirurgicale și de alt tip. Din acest motiv, multe alte chestiuni trebuie luate în considerare, în îngrijirea psihosocială și medicală a acestor persoane, indiferent de prezența sau absența disforiei de gen. Discutarea acestor chestiuni depășește cadrul SDÎ. Cititorului interesat i se pot recomanda publicațiile existente (de exemplu, Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Unor familii și pacienți le este, de asemenea, de folos să se consulte și să lucreze cu grupuri de suport din comunitate.

Există o foarte consistentă literatură medicală despre managementul medical al pacienților cu TDS. O mare parte din această literatură a fost elaborată de către specialiști de înalt nivel din endocrinologie pediatrică și urologie, cu contribuții din partea unor profesioniști specializați în sănătate mentală, mai ales în domeniul genului. La conferințe internaționale recente s-au discutat consensual ghidurile privind îngrijirea bazată pe dovezi clinice (inclusiv chestiuni de gen și de chirurgie genitală) pentru TDS în general (Hughes et al., 2006) și pentru Hiperplazia Adrenaliană Congenitală în special (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). Alți specialiști au discutat nevoile de cercetare pentru TDS în general (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) și pentru anumite sindroame precum 46,XXY (Simpson et al., 2003).

ANEKA A: GLOSAR

Terminologia din domeniul îngrijirii medicale a persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen evoluează rapid; sunt introduși noi termeni, iar definițiile celor existenți se află în continuă schimbare. Astfel, apar adesea neînțelegeri, polemici ori dezacorduri în privința limbajului utilizat în acest domeniu. Termenii care pot părea nefAMILIARI sau cei utilizați într-o accepțiune specifică în textul SDÎ sunt definiți mai jos, exclusiv pentru scopurile acestui document. Definițiile pot fi preluate, dar WPATH semnalează că înțelegerea acestor termeni poate diferi în funcție de cultură, comunitate și context.

De asemenea, WPATH recunoaște că mulți din termenii utilizați pentru această colectivitate nu sunt ideali. De exemplu, transsexual și travestit – și, potrivit unora, mai recentul transgender – au fost aplicați în mod depersonalizator, și totuși au fost adoptați, într-o oarecare măsură, de multe dintre persoanele trans, în efortul lor de a se face înțelese. Folosind în continuare acești termeni, WPATH intenționează doar să se asigure că procesele și conceptele sunt inteligibile și înlesnesc oferirea de îngrijire medicală de calitate persoanelor transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen. WPATH rămâne receptivă la noi termeni care să clarifice și pe viitor experiențele membrilor acestei colectivități și să ducă la îmbunătățirea furnizării de îngrijire medicală și a accesului la aceasta.

Disforie de gen: Suferință emoțională produsă de discrepanța dintre, pe de o parte, identitatea de gen a unei persoane și, pe de altă parte, sexul atribuit acesteia la naștere, cu rolul de gen asociat și/sau caracteristicile sexuale secundare (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Feminin cu tranziție către masculin (FtM): Expresie și abreviere ce descriu persoanele cărora le-a fost atribuit la naștere genul feminin și care își schimbă acest gen ori și l-au schimbat în trecut, prin transformări corporale masculinizatoare și/sau prin modificări de rol de gen mai masculin.

Genderqueer: Termen identitar ce poate fi utilizat de persoane ale căror identitate de gen și/sau rol de gen nu sunt conforme cu înțelegerea binară a conceptului de gen, limitată la categoriile de bărbat sau femeie, masculin sau feminin (Bockting, 2008).

Hormoni bioidentici: Hormoni structural identici cu cei existenți în corpul uman (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005), utilizați în terapia cu hormoni bioidentici (BHT). Sunt, în general, obținuți din plante și se aseamănă structural cu hormonii umani endogeni, dar trebuie procesați comercial pentru a deveni bioidentici.

Hormoni naturali: Hormoni obținuți din surse naturale cum ar fi plantele sau animalele. Hormonii naturali pot fi bioidentici sau nu.

Identitate de gen: Conștiința intrinsecă a unei persoane de a fi de gen masculin (băiat sau bărbat), de gen feminin (fată sau femeie) sau de un gen alternativ (de exemplu, băiat-fată, fată-băiat, transgender, genderqueer, eunuc) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Masculin cu tranziție către feminin (MtF): Expresie și abreviere ce descriu persoanele cărora le-a fost atribuit la naștere genul masculin și care își schimbă acest gen ori și l-au schimbat în trecut, prin transformări corporale feminizatoare și/sau prin modificări de rol de gen mai feminin.

Neconformarea cu normele de gen: Termen referitor la persoanele ale căror identitate de gen, rol de gen sau exprimare a genului diferă de cele normative pentru sexul atribuit lor, într-o cultură sau perioadă istorică dată.

Operație chirurgicală de reatribuire de sex (operație de afirmare a genului): Intervenție chirurgicală pentru modificarea caracteristicilor sexuale primare și/sau secundare în scopul afirmării identității de gen a unei persoane. Operația de reatribuire de sex poate fi o parte importantă a unui tratament medical necesar pentru atenuarea disforiei de gen.

Rolul de gen sau exprimarea genului: Caracteristici din sfera personalității, a aspectului și a comportamentului, care, într-o cultură sau perioadă istorică dată, sunt desemnate ca fiind masculine sau feminine (adică percepute drept tipice rolului social al bărbatului sau al femeii) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Deși majoritatea persoanelor se prezintă în societate în roluri de gen clar masculine sau feminine, unii oameni se prezintă într-un rol de gen alternativ precum genderqueer sau în mod specific transgender. Toată lumea tinde să includă în exprimarea genului său caracteristici atât masculine, cât și feminine, în grade diferite și în diverse moduri (Bockting, 2008).

Sex: Sexul este atribuit la naștere ca masculin sau feminin, de obicei pe baza aspectului organelor genitale externe. Atunci când acestea sunt ambigue, se iau în considerare alte componente ale sexului (organele genitale interne, sexul cromozomial și hormonal), pentru a atribui sexul (Grumbach, Hughes & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Pentru majoritatea oamenilor, identitatea de gen și exprimarea acestuia corespund cu sexul atribuit la naștere; pentru persoanele transexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, identitatea de gen sau exprimarea acestuia diferă de cele în mod tipic asociate sexului atribuit lor la naștere.

Terapie cu hormoni compuși bioidentici (BCHT): Utilizarea hormonilor preparați, combinați, compuși, ambalați sau etichetați ca medicament de către un farmacist, ori preparați special pentru un pacient anume, conform specificațiilor unui medic. Nu este posibilă aprobarea agenției guvernamentale de monitorizare a medicamentelor pentru fiecare produs compus preparat pentru fiecare consumator individual.

Transfobie internalizată: Nemulțumire față de sentimentele sau identitatea transgender proprii, ca rezultat al internalizării așteptărilor de gen normative ale societății.

Transgender: Termen ce descrie un grup divers de persoane care transgresează sau transcend categorii de gen definite cultural. Identitatea de gen a persoanelor transgender diferă în grade variate de sexul atribuit lor la naștere (Bockting, 1999).

Transsexual: Termen aplicat adesea în domeniul medical pentru a le descrie pe persoanele care doresc să își modifice ori care și-au modificat deja caracteristicile sexuale primare și/sau secundare, prin intervenții medicale de feminizare sau masculinizare (hormoni și/sau operații) – modificări însoțite, de regulă, de schimbarea permanentă a rolului de gen.

Transvestism (cross-dressing): Adoptarea prin vestimentație și prin aspectul exterior a unui rol de gen care, într-o cultură dată, este în mod tipic asociat celuilalt sex.

Tranziție: Perioadă de timp în care indivizii fac schimbarea de la rolul de gen asociat cu sexul atribuit lor la naștere la un rol de gen diferit. Pentru mulți oameni, acest lucru înseamnă să învețe cum să trăiască în societate într-un alt rol de gen; pentru alții, asta înseamnă găsirea unui rol de gen și a unei exprimări a acestuia care să le fie cât mai confortabile. Tranziția poate include sau nu feminizarea sau masculinizarea corpului prin tratament cu hormoni sau alte proceduri medicale. Natura și durata tranziției este variabilă și individualizată.

Tulburare de identitate de gen: Diagnostic formal propus de Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a 4-a, text revizuit (DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000). Tulburarea de identitate de gen este caracterizată printr-o identificare repetată și puternică cu sexul opus și printr-un disconfort persistent cu propriul sex sau un sentiment de nepotrivire cu rolul de gen asociat acestuia, producând suferință semnificativă din punct de vedere clinic sau incapacitatea de a mai funcționa social, ocupațional sau sub alte aspecte importante.

Tulburări de dezvoltare sexuală (TDS): Afecțiuni congenitale cu dezvoltare atipică a sexului cromozomial, gonadal sau anatomic. Unii se opun puternic etichetei de „tulburare”, considerând că aceste afecțiuni țin de fapt de diversitate (Diamond, 2009) și preferând termenii intersex și intersexualitate.

ANEKA B: PREZENTARE GENERALĂ A RISCURILOR MEDICALE ALE TRATAMENTULUI CU HORMONI

Riscurile prezentate mai jos reies din două studii empirice, cuprinzătoare despre tratamentul cu hormoni pentru masculinizare/feminizare (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), și dintr-o cercetare pe un număr mare de subiecți (Asscheman et al., 2011). Aceste analize pot servi medicilor furnizori de îngrijire drept lucrări de referință amănunțite, alături de alte materiale clinice publicate, recunoscute la scară largă (de exemplu, Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Riscurile tratamentului hormonal de feminizare (MtF)

Riscuri probabil crescute

Boli tromboembolice venoase

- ▶ Folosirea estrogenului mărește riscul de accidente tromboembolice venoase (VTE), mai ales la pacienții cu vârstă de peste 40 de ani, fumători, extrem de sedentari, obezi și predispuși la tulburări trombofile.
- ▶ Acest risc crește prin folosirea suplimentară a progestinelor de a treia generație.
- ▶ Acest risc scade prin administrarea transdermală (în loc de orală) a estradiolului, recomandată pacienților cu risc crescut de VTE.

Boli cardiovasculare, cerebrovasculare

- ▶ Folosirea estrogenului mărește riscul de accidente cardiovasculare la pacienții de peste 50 de ani cu factori de risc cardiovascular subiacenți. Folosirea suplimentară de progestine poate mări acest risc.

Lipidele

- ▶ Folosirea orală a estrogenului poate crește în mod pronunțat trigliceridele pacienților, măbind riscul de pancreatită și de accidente cardiovasculare.
- ▶ Alte căi de administrare vor avea efecte metabolice diferite asupra nivelurilor de colesterol HDL, colesterol LDL și lipoproteine.
- ▶ În general, dovezile clinice sugerează că persoanelor MtF cu disfuncții lipidice pre-existente le este benefică administrarea estrogenului pe cale transdermală, și nu orală.

Ficatul /vezica biliară

- ▶ Folosirea estrogenului și a acetatului de ciproteron poate fi asociată cu creșteri ocazionale ale enzimelor hepatice și, rar, cu hepatotoxicitatea clinică.
- ▶ Folosirea estrogenului mărește riscul de litiază biliară (pietre la fiere) și, mai apoi, colecistectomie.

Riscuri posibil crescute

Diabetul zaharat (mellitus) de tip 2

- ▶ Tratatamentul hormonal pentru feminizare, în special estrogenul, poate mări riscul diabetului zaharat de tip 2 mai ales la pacienții cu antecedente heredocolaterale de diabet sau cu alți factori de risc pentru această boală.

Hipertensiunea

- ▶ Folosirea estrogenului poate crește tensiunea, dar efectul în cazul hipertensiunii evidente este necunoscut.
- ▶ Spironolactona micșorează tensiunea și este recomandată pentru pacienții hipertensivi sau cu factori de risc care doresc feminizarea.

Prolactinomul

- ▶ Folosirea estrogenului mărește riscul de hiperprolactinemie printre pacienții MtF în primul an de tratament, dar acest risc este improbabil după aceea.
- ▶ Folosirea estrogenului într-o doză mare poate încuraja apariția unui prolactinom pre-existent, dar încă neobservat.

Riscuri nerelevante sau niciun risc crescut

Elementele din această categorie le includ pe cele care pot prezenta riscuri, dar pentru care dovezile sunt atât de puține, încât nu se poate trage o concluzie clară.

Cancerul mamar

- ▶ Persoanele MtF care au luat hormoni de feminizare pot face cancer mamar, dar nu se știe ce grad de risc au, comparativ cu persoanele născute cu organe sexuale feminine.
- ▶ Urmarea tratamentului cu hormoni de feminizare pentru mult timp (de exemplu, numărul de ani cu administrare de preparate ce conțin estrogen), antecedentele familiale de cancer mamar și de obezitate (BMI>35) și folosirea progestinilor pot influența, eventual, gradul de risc.

Alte efecte secundare ale terapiei de feminizare

Următoarele efecte pot fi considerate minore sau chiar dezirabile, în funcție de pacient, dar sunt în mod clar asociate cu tratamentul hormonal pentru feminizare.

Fertilitatea și funcția sexuală

- ▶ Terapia hormonală de feminizare poate dăuna fertilității.
- ▶ Terapia hormonală de feminizare poate scădea libidoul.
- ▶ Terapia hormonală de feminizare reduce erecțiile nocturne, cu impact variabil asupra erecțiilor stimulate sexual.

Riscurile medicației antiandrogenice

Regimurile hormonale de feminizare includ adesea o varietate de agenți care afectează producerea sau acțiunea testosteronului, printre care se numără agoniștii GnRH (hormoni de eliberare a gonadotropinei), progestinii (incluzând acetatul de ciproteron), spironolactona și inhibitori de 5-alfa reductază. O discuție extinsă despre riscurile specifice ale acestor depășește cadrul SDÎ. Totuși, atât spironolactona cât și acetatul de ciproteron sunt utilizate pe scară largă și merită câteva comentarii.

Acetatul de ciproteron este un compus progestativ cu proprietăți antiandrogenice (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Deși e folosit în mare măsură în Europa, nu este aprobat în Statele Unite din cauza temerilor în legătură cu hepatotoxicitatea (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta & Hidalgo, 2004). Spironolactona se utilizează în mod obișnuit ca antiandrogen în terapia hormonală de feminizare, mai ales în regiunile în care nu e aprobată folosirea ciproteronului (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). Spironolactona se întrebuițează de mult timp în tratarea hipertensiunii și a insuficienței cardiace congestive. Printre efectele ei secundare frecvente se numără hiperpotasemia, amețea și simptomele gastrointestinale (Physicians' Desk Reference, 2007).

Riscurile tratamentului hormonal de masculinizare (FTM)

Riscuri probabil crescute

Policitemia

- ▶ Tratamentul hormonal de masculinizare cu testosteron sau alți steroizi androgeni mărește riscul de policitemie (hematocrit > 50%) mai ales la pacienții cu alți factori de risc.
- ▶ Administrarea transdermală și adaptarea dozei poate micșora acest risc.

Îngrășarea/Grăsimea abdominală

- ▶ Terapia hormonală de masculinizare poate duce la o ușoară îngrășare, cu creșterea grăsimii abdominale.

Riscuri posibil crescute

Lipidele

- ▶ Tratamentul cu testosteron micșorează HDL, dar afectează în mod variabil LDL și trigliceridele.
- ▶ Nivelul suprafiziologic (mai mare decât intervalul masculin normal) al testosteronului, apărut adesea prin administrarea intramusculară pe termen lung, poate înrăutăți configurația lipidelor, pe când administrarea transdermală pare să nu afecteze lipidele.
- ▶ Pentru pacienții predispuși la sindromul ovarului polichistic sau la dislipidemie poate exista un risc mărit de agravare a dislipidemiei prin terapia cu testosteron.

Ficatul

- ▶ Se pot produce creșteri ocazionale ale enzimelor hepatice din cauza tratamentului cu testosteron.
- ▶ S-au observat disfuncții hepatice și malignități în urma administrării orale de metiltestosteron, care, însă, nu mai e disponibil în majoritatea țărilor și nu ar mai trebui folosit.

Psihiatrice

- ▶ Tratamentul de masculinizare cu testosteron sau alți steroizi androgeni poate crește riscul simptomelor hipomaniacale, maniacale sau psihotice la pacienții predispuși la tulburări psihiatrice ce includ astfel de simptome. Acest efect advers pare să fie asociat cu dozele ridicate sau cu nivelul suprafiziologic al testosteronului în sânge.

Riscuri nerelevante sau niciun risc crescut

Elementele din această categorie le includ pe cele care pot prezenta riscuri, dar pentru care dovezile sunt atât de puține, încât nu se poate trage o concluzie clară.

Osteoporoza

- ▶ Terapia cu testosteron menține sau mărește densitatea minerală osoasă la pacienții FtM înainte de ovariectomie, cel puțin în primii 3 ani de tratament.
- ▶ Există un risc mărit al pierderii densității osoase după ovariectomie, mai ales dacă tratamentul cu testosteron este întrerupt sau insuficient. Asta include pacienții care folosesc doar testosteron administrat pe cale orală.

Cardiovasculare

- ▶ Tratamentul hormonal de masculinizare în doze fiziologic normale nu pare să mărească riscul de accidente cardiovasculare la pacienții sănătoși.
- ▶ Tratamentul hormonal de masculinizare poate crește riscul bolilor cardiovasculare la pacienții cu factori de risc subiacenți.

Hipertensiunea

- ▶ Tratamentul hormonal de masculinizare în doze fiziologic normale poate crește tensiunea, dar nu pare să mărească riscul de hipertensiune.
- ▶ Poate exista un risc mărit pentru pacienții cu factori de risc de hipertensiune precum îngrășarea, antecedente heredocolaterale sau sindromul ovarului polichistic.

Diabetul zaharat (mellitus) de tip 2

- ▶ Tratamentul cu testosteron nu pare să mărească riscul diabetului de tip 2 la pacienții FtM, în general, dacă nu sunt prezenți alți factori de risc.
- ▶ Tratamentul cu testosteron poate crește riscul diabetului de tip 2 la pacienții cu alți factori de risc precum îngrășarea pronunțată, antecedentele heredocolaterale și sindromul ovarului polichistic. Nu există informații care să sugereze sau să arate o mărire a riscului la pacienții cu factori de risc pentru dislipidemie.

Cancerul mamar

- ▶ Tratamentul cu testosteron la pacienții FtM nu mărește riscul de cancer mamar.

Cancerul de col uterin

- ▶ Tratamentul cu testosteron la pacienții FtM nu mărește riscul de cancer de col uterin, deși ar putea crește riscul unui test Papanicolau cel puțin anormal, din cauza schimbărilor atrofice.

Cancerul ovarian

- ▶ Ca și la persoanele născute cu organe sexuale feminine și nivel ridicat de androgen, tratamentul cu testosteron la pacienții FtM poate crește riscul de cancer ovarian, deși dovezile sunt limitate.

Cancerul endometrial (uterin)

- ▶ Tratamentul cu testosteron la pacienții FtM poate crește riscul de cancer endometrial, deși dovezile sunt limitate.

Alte efecte secundare ale terapiei de masculinizare

Următoarele efecte pot fi considerate minore sau chiar dezirabile, în funcție de pacient, dar sunt în mod clar asociate cu masculinizarea.

Fertilitatea și funcția sexuală

- ▶ Tratamentul cu testosteron la pacienții FtM reduce fertilitatea, deși proporția și reversibilitatea sunt necunoscute.
- ▶ Tratamentul cu testosteron poate produce schimbări anatomice permanente asupra fătului sau embrionului în dezvoltare.
- ▶ Tratamentul cu testosteron produce dezvoltarea clitoridiană și mărește libidoul.

Acneea, alopecia androgenă

Acneea și diversele tipare masculine de calviție (alopecie androgenă) sunt efecte secundare obișnuite ale tratamentului hormonal de masculinizare.

ANEKA C: REZUMATUL CRITERIILOR PENTRU TRATAMENTUL CU HORMONI ȘI PENTRU INTERVENȚII CHIRURGICALE

Ca și în versiunile anterioare ale SDÎ, criteriile privind terapia hormonală și tratamentele chirurgicale pentru disforia de gen enunțate în această ediție a SDÎ reprezintă ghiduri clinice care pot fi modificate de diverși profesioniști medicali prin diverse programe de sănătate. Abaterile clinice de la SDÎ se pot datora situației anatomice, sociale sau psihologice unice a unui pacient; metodei evolutive a unui profesionist medical experimentat în abordarea unei situații frecvente; unui protocol de cercetare; lipsei de resurse din diferite părți ale lumii; sau nevoii de strategii specifice de reducere a factorilor de suferință. Aceste abateri trebuie recunoscute ca atare, explicate pacientului și documentate prin consimțământul avizat pentru îngrijire de bună calitate a pacientului și pentru protecție legală. Documentația este valoroasă și pentru acumularea de noi date ce pot fi examinate retrospectiv, permițând evoluția îngrijirii medicale – și a SDÎ.

Criteria pentru tratamentul cu hormoni de feminizare/masculinizare (o trimitere sau documentație privind evaluarea psihosocială)

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă (pentru cei mai tineri, a se urma SDÎ pentru copii și adolescenți);
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie relativ bine ținuti sub control.

Criteria pentru chirurgie pectorală/mamară (o scrisoare de trimitere)

Mastectomia și crearea pieptului masculin la persoanele FtM

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă (pentru cei mai tineri, a se urma SDÎ pentru copii și adolescenți);
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie relativ bine ținuti sub control.

Tratamentul cu hormoni nu este o condiție necesară.

Mărirea sânilor (implanturi /lipoimplanturi) la persoanele MtF

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă (pentru cei mai tineri, a se urma SDÎ pentru copii și adolescenți);
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie relativ bine ținuți sub control.

Nefiind un criteriu explicit, recomandabil este totuși ca persoanele MtF să urmeze tratament cu hormoni de feminizare (minim 12 luni) înainte de operația de mărire a sânilor. Scopul este maximizarea creșterii sânilor, pentru a obține rezultate chirurgicale (estetice) cât mai bune.

Criterii pentru chirurgie genitală (două scrisori de trimitere)

Histerectomia și ovariectomia la persoanele FtM și orhiectomia la persoanele MtF

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă;
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie foarte bine ținuți sub control;
5. 12 luni de tratament hormonal neîntrerupt, adecvat obiectivelor de gen ale pacientului (se exceptează persoanele pentru care hormonii sunt contraindicați clinic).

Scopul tratamentului hormonal ce precedă gonadectomia este, în primul rând, acela de a introduce o perioadă de suprimare a estrogenului sau testosteronului reversibilă, înainte ca pacientul să treacă printr-o intervenție chirurgicală ireversibilă.

Aceste criterii nu se aplică pacienților care fac aceste operații din motive medicale altele decât disforia de gen.

Metoidioplastia sau faloplastia la persoanele FtM și vaginoplastia la persoanele MtF

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat în țara respectivă;
4. Dacă există factori de îngrijorare semnificativi de natură medicală sau mentală, aceștia trebuie foarte bine ținuți sub control;

5. 12 luni de tratament hormonal neîntrerupt, adecvat obiectivelor de gen ale pacientului (se exceptează persoanele pentru care hormonii sunt contraindicați clinic);
6. 12 luni consecutive de trăit într-un rol de gen concordant cu identitatea de gen a pacientului.

Nefiind un criteriu explicit, recomandabil este totuși ca pacienții să se întâlnească în mod regulat cu un specialist în sănătate mentală sau cu un alt profesionist medical.

Criteriul de mai sus pentru anumite tipuri de intervenții chirurgicale genitale – privind trăitul timp de 12 luni consecutive în rolul de gen congruent cu identitatea de gen a pacientului - este bazat pe consensul experților clinici că această experiență le oferă pacienților suficiente oportunități de a proba rolul de gen dorit și de a se adapta social la acesta, înaintea intervenției chirurgicale ireversibile.

ANEXA D: DOVEZI PENTRU REZULTATELE CLINICE ALE ABORDARILOR TERAPEUTICE

Una dintre bazele reale ale oricărei terapii noi este analiza rezultatelor. Din cauza naturii controversate a operației de reatribuire de sex, acest tip de analiză a fost foarte important. Aproape toate studiile despre rezultatele din acest domeniu au fost retrospective.

Una dintre primele lucrări care a examinat rezultatul psihosocial post-tratament al pacienților transsexuali a fost realizată în 1979 la Facultatea de Medicină și Spitalul Universității John Hopkins din SUA (J. K. Meyer & Reter, 1979)^{14 15}. Acest studiu s-a concentrat pe stabilitatea ocupațională, educațională, maritală și domiciliară a pacienților. Rezultatele au arătat câteva schimbări importante determinate prin tratament, schimbări care nu au fost considerate pozitive, indicând mai degrabă că, multor persoane intrate în programul de tratament nu le-a fost mai bine sau chiar le-a fost mai rău în multe privințe, după participarea la programul respectiv. Aceste concluzii au determinat la desființarea programului de tratament din acel spital-facultate (Abramowitz, 1986).

Ulterior, un număr important de specialiști din sănătate au cerut un standard de eligibilitate pentru operația de reatribuire de sex. Această solicitare a dus la formularea, în 1979, a versiunii originale a SDÎ de către Asociația Internațională de Disforie de Gen Harry Benjamin (actualmente WPATH).

În 1981, Pauly a publicat date dintr-un extins studiu retrospectiv asupra persoanelor care făcuseră operație de reatribuire de sex. Participanții la acel studiu au avut rezultate mult mai bune: dintre cei 83 de pacienți FtM, 80.7% au avut rezultate satisfăcătoare (anume, „o mai bună adecvare socială și emoțională,” conform pacienților înșiși), iar 6.0% - nesatisfăcătoare. Dintre cei 283 de pacienți MtF, 71.4% au avut rezultate satisfăcătoare, iar 8.1% - nesatisfăcătoare. Acest studiu a cuprins pacienți care fuseseră tratați înainte de publicarea și utilizarea SDÎ.

De când există SDÎ, s-a înregistrat o creștere constantă în satisfacția pacienților și o descreștere în lipsa de satisfacție privind rezultatul operației de reatribuire de sex. Studiile efectuate după 1996 s-au concentrat pe pacienți tratați conform SDÎ. Concluziile la care au ajuns echipele lui Rehman (1999) și Krege (2001) sunt reprezentative pentru acest tip de cercetări: niciunul dintre pacienții cuprinși în aceste studii nu a regretat că a făcut operația, iar majoritatea au declarat că sunt mulțumiți de rezultatele estetice și funcționale ale intervenției chirurgicale. Chiar și pacienții care au complicații chirurgicale majore rareori regretă operația. Calitatea rezultatelor chirurgicale este unul dintre cei mai buni indicatori ai rezultatului global al reatribuirii de sex

¹⁴ Acest studiu a fost discreditat datorită erorilor sale metodologice, inclusiv a utilizării unei scale arbitrar, părtinitoare și nevalidată științific. A se vedea Fleming M., Steinman C. & Bocknek G., "Methodological Problems in Assessing Sex-Reassignment Surgery: A Reply to Meyer and Reter", IJT 2,2, 1980. (NT)

¹⁵ Declarații ulterioare, în scris, ale lui Paul McHugh, directorul clinicii la momentul închiderii sale cu ajutorul acestui studiu, indică faptul că acesta și-a asumat rolul de director cu scopul expres de a o desființa. (McHugh, P.(1992) Psychiatric misadventures. The American Scholar, 61(4), 497-510) (NT)

(Lawrence, 2003). Marea majoritate a studiilor de monitorizare a evoluției pacienților au arătat că operația de reatribuire de sex are un efect benefic incontestabil asupra rezultatelor postoperatorii privind starea de bine subiectivă, aspectul fizic și funcția sexuală (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), deși din dovezile disponibile în prezent nu reiese cu exactitate cât de mare este îmbunătățirea. Într-un studiu (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003) se arată chiar mărimi ale veniturilor pacienților.

Un raport neliniștitor (Newfield et al., 2006) a menționat rezultate mai slabe în privința calității vieții (măsurată cu SF-36) la pacienții FtM, comparativ cu restul colectivului. Raportul respectiv are dezavantajul că și-a recrutat cei 384 de participanți printr-un email general, în loc de o abordare sistematizată, gradul și tipul de tratament nefiind înregistrate. Dintre participanții la studiu care luau testosteron, majoritatea o făceau de mai puțin de 5 ani. Calitatea vieții era mai bună la pacienții care făcuseră operație pectorală/mamară decât la care nu o făcuseră ($p < .001$). (Nu s-a făcut o analiză similară și pentru intervenția chirurgicală genitală). În altă lucrare, echipa lui Kuhn (2009) a folosit King's Health Questionnaire pentru a evalua calitatea vieții a 55 de pacienți transsexuali, la 15 ani după intervențiile chirurgicale. Rezultatele au fost comparate cu cele ale 20 de paciente sănătoase care suferiseră intervenții chirurgicale abdominale/pelviene, în trecut. Scorul pacienților transsexuali pentru calitatea vieții a fost la fel de bun sau mai bun, pe anumite subcategorii (emoții, somn, incontinență, gravitatea simptomelor și limitare de rol), dar mai slab sub alte aspecte (sănătate generală, limitare fizică și limitare personală).

Două studii observaționale realizate retrospectiv, pe termen lung, au comparat mortalitatea și morbiditatea psihiatrică a adulților transsexuali cu aceea a unor subiecți din populația generală (Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011). Prin analizarea datelor din registrul de informații al Comisiei Naționale de Sănătate și Bunăstare din Suedia, s-a descoperit că persoanele care făcuseră operație de reatribuire de sex (191 MtF și 133 FtM) prezentau rate ale mortalității, sinuciderii, comportamentului suicidar și morbidității psihiatrice semnificativ mai ridicate decât cele ale unor subiecți non-transsexuali asemănători lor ca vârstă, statut migratoriu, morbiditate psihiatrică anterioară și sex atribuit la naștere (Dhejne et al., 2011). În mod similar, un studiu din Olanda a indicat o rată totală a mortalității (incluzând incidența sinuciderii) la pacienții transsexuali aflați fie înaintea intervenției chirurgicale, fie după aceasta (966 MtF și 365 FtM), mai mare decât la populația generală din acea țară (Asscheman et al., 2011). Niciunul dintre aceste studii nu a pus în discuție eficacitatea reatribuirii de sex; de fapt, ambelor le-a lipsit, pentru o comparație adecvată, un grup de transsexuali care să nu fi primit tratament ori să fi urmat alt tratament decât chirurgia genitală. Chiar dacă cercetările amintite au cuprins persoane transsexuale tratate în anii '70, ele evidențiază în mod cert nevoia de a oferi acestui colectiv îngrijire psihiatrică și psihologică pe termen lung și de bună calitate. Sunt necesare studii suplimentare focalizate pe rezultatele actualelor abordări în evaluarea și tratarea disforiei de gen.

E greu de stabilit cât de eficace e doar tratamentul hormonal pentru atenuarea disforiei de gen. Majoritatea studiilor care evaluează randamentul terapiei hormonale de masculinizare/feminizare în rezolvarea disforiei de gen au fost realizate cu pacienți care au făcut și operație

de reatribuire de sex. Efectele favorabile ale terapiei ce includea atât hormoni, cât și intervenții chirurgicale au fost expuse într-o prezentare cuprinzând peste 2000 de pacienți din 79 de studii (majoritatea observaționale), realizate între 1961 și 1991 (Eldh, Berg & Gustafsson, 1997; Gijss & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). Pacienții operați după 1986 s-au simțit mai bine decât cei operați înainte de acel an, ceea ce arată îmbunătățiri semnificative în rezolvarea complicațiilor chirurgicale (Eldh et al., 1997). Majoritatea pacienților au raportat îmbunătățiri psihosociale, de la 87% pentru pacienții MtF la 97% pentru pacienții FtM (Green & Fleming, 1990). Rezultate similare au apărut și într-un studiu suedez în care „aproape toți pacienții erau mulțumiți de reatribuirea de sex, după 5 ani de la aceasta, iar 86% au fost evaluați de clinicieni, după monitorizare, ca fiind stabili sau prezentând ameliorări în funcționarea generală” (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010). Punctele slabe ale acestor studii anterioare sunt structurarea lor retrospectivă și utilizarea de criterii diferite la evaluarea rezultatelor.

Un studiu prospectiv realizat în Olanda a evaluat consecutiv 325 de subiecți adulți și adolescenți care au solicitat reatribuire de sex (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). Aceia care au făcut terapie de reatribuire de sex (atât hormonală, cât și chirurgicală), au arătat îmbunătățiri ale scorurilor medii privind disforia de gen, măsurată potrivit Scalei Utrecht pentru Disforie de Gen. Și rezultatele privind nemulțumirea în legătură cu corpul și cu funcția lui psihologică au fost mai bune, în majoritatea categoriilor. Sub 2% dintre pacienți și-au exprimat regretul după terapie. Acesta este cel mai mare studiu prospectiv care confirmă concluziile trase din studiile retrospective, anume că tratamentul cu hormoni combinat cu intervențiile chirurgicale atenuază disforia de gen și ameliorează alte aspecte ale funcționării psihosociale. Este nevoie de cercetări viitoare asupra efectelor terapiei hormonale fără intervenție chirurgicală și fără obiectivul unei maxime feminizări sau masculinizări fizice.

Pe ansamblu, studiile atestă o îmbunătățire constantă a rezultatelor, pe măsură ce se fac progrese în domeniu. Cercetarea rezultatelor s-a axat în principal pe efectul intervenției chirurgicale de reatribuire a sexului. În practica actuală există o varietate de tipuri de adaptare la rol, identitate și aspect fizic, pentru care ar fi utile studii suplimentare de monitorizare a rezultatelor (Institute of Medicine, 2011).

ANEKA E: PROCESUL DEZVOLTĂRII STANDARDELOR DE ÎNGRIJIRE, VERSIUNEA 7

Procesul dezvoltării SDÎ, versiunea 7, a început cu înființarea, în 2006, a unui „grup de lucru” inițial. Membrii au fost invitați să examineze anumite secțiuni ale versiunii 6 a SDÎ, cu rugămintea ca pentru fiecare secțiune să treacă în revistă literatura de specialitate relevantă, să identifice aspecte necercetate și nevoi de cercetare, și să recomande posibile revizuiți ale SDÎ, pe baza noii documentări. Următorii autori au fost invitați să trimită referate: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker. Unii dintre aceștia au dorit să adauge co-autori care să îi ajute la realizarea sarcinii.

Versiunile inițiale ale acestor lucrări trebuiau predate până la 1 iunie 2007. Majoritatea au fost finalizate înainte de septembrie 2007, iar restul până la sfârșitul anului 2007. Manuscrisele au fost apoi trimise la International Journal of Transgenderism (IJT), fiecare din ele fiind evaluate prin procesul de peer review practicat în mod obișnuit de IJT. Versiunile finale au fost publicate în Volumul 11 (1-4) din 2009, devenind disponibile pentru discuții și dezbateri.

În 2010, după publicarea articolelor, Consiliul Directoral al WPATH a înființat o Comisie de Revizuire a SDÎ. Aceasta s-a ocupat întâi de discutarea și dezbaterile articolelor apărute în IJT, printr-un website Google. Un subgrup al Comisiei a fost numit de către Consiliul Director ca Grup de Redactare, care s-a ocupat de pregătirea textului inițial al versiunii 7 a SDÎ, continuând să lucreze și la revizuiți de propus Comisiei de Revizuire. Consiliul a numit, de asemenea, un Grup Internațional de Consultare format din persoane transsexuale, transgender și neconforme cu normele de gen, care să facă sugestii despre textul revizuit.

A fost angajat un scriitor tehnic care (1) a trecut în revistă toate recomandările de revizuire – atât pe cele originale prezentate în articolele din IJT, cât și pe cele suplimentare reieșite din discuțiile online – și (2) a creat un chestionar pentru a solicita mai multe sugestii asupra acestor posibile revizuiți. Din rezultatele chestionarului, Grupul de Redactare a putut identifica opiniile experților consultați și temele asupra cărora erau de acord sau temele care mai trebuiau discutate și dezbătute. Apoi, scriitorul tehnic (3) a produs un text preliminar al SDÎ, versiunea 7, pe care să îl poată analiza și dezvolta Grupul de Redactare.

Acesta din urmă s-a întrunit pe 4 și 5 martie 2011, într-o întâlnire față în față a experților consultanți, care au revăzut toate schimbările recomandate, le-au discutat, le-au dezbătut și au ajuns la un consens asupra diverselor teme controversate. S-au luat decizii pe baza celor mai bune cunoștințe științifice disponibile și a acordului experților. Aceste hotărâri au fost incluse în textul preliminar, la care s-au adăugat alte secțiuni scrise de către Grupul de Redactare cu ajutorul scriitorului tehnic.

Textul obținut din întâlnirea de consultanță a circulat apoi printre membrii Grupului de Redactare și a fost finalizată cu ajutorul scriitorului tehnic. Odată terminată, această variantă inițială a circulat printre membrii Comitetului de Revizuire a SDÎ și ai Grupului Internațional de Consultare. A fost deschisă discuția pe website-ul Google și s-a ținut o teleconferință pentru rezolvarea problemelor. Grupul de Redactare a analizat feedbackul primit și apoi a făcut noi revizui. S-au creat încă două variante de text care au fost publicate pe website-ul Google pentru a fi analizate de către Comitetul de Revizuire a SDÎ și de către Grupul Internațional de Consultare. La încheierea acestor trei runde de analiză și revizuire, documentul final a fost prezentat Consiliului Director al WPATH, spre aprobare. Consiliul a aprobat versiunea de față pe data de 14 septembrie 2011.

Finanțare

Procesul de revizuire a SDÎ a fost posibil prin grantul generos acordat de Fundația Tawani și prin contribuția unui donator anonim. Din aceste fonduri s-au acoperit următoarele:

1. Costul unui scriitor tehnic profesionist;
2. Procesul solicitării de sugestii privind schimbările propuse, solicitări transmise către specialiști în identitate de gen și către comunități transgender din toată lumea;
3. Întâlnirea de lucru a Grupului de Redactare;
4. Procesul colectării de feedback suplimentar și al obținerii consensului final al experților în domeniu, al comunităților transgender, al Comitetului de Revizuire a SDÎ, versiunea 7, și al Consiliului Director al WPATH;
5. Costul tipăririi și distribuirii SDÎ, versiunea 7, și publicarea unei copii care poate fi descărcată gratuit de pe website-ul WPATH;
6. Sesiunea plenară pentru lansarea Standardelor de Îngrijire, versiunea a 7-a, la Simpozionul Bianual al WPATH din 2011, de la Atlanta, Georgia, SUA.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the Transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.

Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in Transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.

Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York, NY: Zone Books.

Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the Transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the reallife experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the Transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of Transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth Press.

Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for Transgender care [Special issue]. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for Transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9 (3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03 03

Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.

Bolin, A. (1994). Transcending and Transgendering: Maleto-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.

Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male

transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306 4530(97)00033-4

Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The Transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press. Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970

Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callen-lorde.org/documents/TG ProtocolRequest Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG%20ProtocolRequest%20Form2.pdf)

Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callen-lorde.org/documents/TG ProtocolRequest Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG%20ProtocolRequest%20Form2.pdf)

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). *CASLPA clinical certification program*. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>

Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3–8.

Catrrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for Transgender health care*. Retrieved from [http://transhealth.ucsf.edu/trans?page = protocol-00-00](http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00)

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the Transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington, & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A crossnational, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van deWaal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J., III. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male crossgender behavior in Myanmar (Burma): A description of the adult. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's Transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.

- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for Transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of Transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03 06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of Transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03 08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatria Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Caraël, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6

Di Ceglie, D., & Thummel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–210. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The Transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P.L., Gooren, L. J., & Bezemer, P.D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of Transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03 01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer I, W. J. (2003, September). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at the 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of Transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gendervariant patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of Transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of Transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the Transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of Transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.

Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03 02

Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp

Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with Transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057

Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female Transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.

- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of Transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for Transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to Transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female Transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed, & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.

- Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of Transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoening, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095. Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and Transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., H'öjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). I am transsexual—hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.

Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215

Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

Krege, S., Bex, A., L'ummen, G., & R'ubben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x

Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkh'ausen, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364

- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *NewEngland Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multidimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the Transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the Transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J., III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1007/15532730903008065

- Meyer, W. J., III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex—Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518. Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man—an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male Transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9

- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female Transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007, September). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, IL. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J., III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>

Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.

Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male Transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male Transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354

Robinow, O. (2009). Paraphilia and Transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.

Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom. Retrieved from <http://www.rcslt.org/>

- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay&Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. Retrieved from <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T.W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21- hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009-2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London, UK: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T.W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.

- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/Transgenderdprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with prepubescent Transgender/genderdissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of Transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for the World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A*. Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). *Depsychopathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement = 17
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. Transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.

- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). "I'm half-boy, half-girl": Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. Williams, & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2 (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

Membrii Comisiei de Revizuire a Standardelor de Îngrijire¹⁶

Eli Coleman, PhD (SUA)* - Președinte
Richard Adler, PhD (SUA)
Walter Bockting, PhD (SUA)
Marsha Botzer, MA (SUA)*
George Brown, MD (SUA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Olanda)*
Griet DeCuypere, MD (Belgia)*
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (SUA)
Randi Ettner, PhD (SUA)
Evan Eyler, MD (SUA)
Jamie Feldman, MD, PhD (SUA)*
Lin Fraser, EdD (SUA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (SUA)
Jamison Green, PhD, MFA (SUA)*
Dan Karasic, MD (SUA)
Gail Knudson, MD (Canada)*

Arlene Istar Lev, LCSW-R (SUA)
Gal Mayer, MD (SUA)
Walter Meyer, MD (SUA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (SUA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgia)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (SUA)
Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Germania)
Katherine Rachlin, PhD (SUA)
Bean Robinson, PhD (SUA)
Loren Schechter, MD (SUA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (SUA)
Mick van Trotsenburg, MD (Olanda)
Anne Vitale, PhD (SUA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (Marea Britanie)
Kevan Wylie, MB, MD (Marea Britanie)
Ken Zucker, PhD (Canada)

* Membru/Membră a Grupului de Redactare.

Comisia de Formare a Grupului Internațional de Consultare

Walter Bockting, PhD (SUA)
Marsha Botzer, MA (SUA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (SUA)

Evan Eyler, MD (SUA)
Jamison Green, PhD, MFA (SUA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (SUA)

Grupul Internațional de Consultare

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FTM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (Marea Britanie)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Filipine)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norvegia)
Rupert Raj, Shelburne Health Center (Canada)
Masae Torai, FTM Japan (Japonia)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (SUA)

Scriitor tehnic

Anne Marie Weber-Main, PhD (SUA)

Asistența editorială

Heidi Fall (SUA)

¹⁶ Toți membrii Comitetului de Revizuire a Standardelor de Îngrijire, versiunea 7, au lucrat la aceasta în mod voluntar.



www.transinromania.ro
www.acceptromania.ro