

Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo

Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek)
do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych

Standardy opieki

zdrowotnej dla osób
transseksualnych, transpłciowych
i różnorodnych płciowo

Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek)
do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych

Wersja siódma¹ | www.wpath.org

¹ Jest to wersja siódma *Standardów opieki*. Pierwsze wydanie *Standardów opieki* zostało opublikowane w 1979 roku. Kolejne wersje ukazały się w latach: 1980, 1981, 1990, 1998 i 2001.

Jest to oficjalny przekład na język polski *Standardów opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo* Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych. Dla celów wysoce specjalistycznych oraz prawnych należy jednak odnieść się do oficjalnej wersji angielskiej, dostępnej na stronie: www.wpath.org.

Spis treści

Wstęp do wydania polskiego	V
I. Cel i zastosowanie <i>Standardów opieki</i>	1
II. Globalne możliwości zastosowania <i>Standardów opieki</i>	3
III. Różnice pomiędzy różnorodnością płciową a dysforią płciową	4
IV. Względy epidemiologiczne	7
V. Przegląd podejść terapeutycznych względem dysforii płciowej	9
VI. Ocena i leczenie dzieci i młodzieży z dysforią płciową	12
VII. Zdrowie psychiczne	23
VIII. Terapia hormonalna	37
IX. Zdrowie reprodukcyjne	55
X. Terapia głosowa i komunikacyjna	57
XI. Leczenie chirurgiczne	60
XII. Opieka i obserwacja pooperacyjna	71
XIII. Profilaktyka i podstawowa opieka w ciągu całego życia	72
XIV. Zastosowanie <i>Standardów opieki</i> dla osób żyjących w środowiskach instytucjonalnych	74
XV. Zastosowanie <i>Standardów opieki</i> dla osób z zaburzeniami rozwoju płci	76
Bibliografia	80
Załączniki	
A. Glosariusz	101
B. Przegląd zagrożeń zdrowotnych związanych z terapią hormonalną	104
C. Podsumowanie kryteriów rozpoczęcia terapii hormonalnej oraz kwalifikacji do leczenia operacyjnego	111
D. Dane odnośnie do wyników klinicznych podejść terapeutycznych	114
E. Proces tworzenia siódmego wydania <i>Standardów opieki</i>	116

Wstęp do wydania polskiego

Przekazujemy Państwu polski przekład siódmej wersji *Standardów opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo* Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (ang. World Professional Association for Transgender Health, WPATH). Pierwsza wersja niniejszego dokumentu ukazała się już w 1979 roku i – jak dotąd – żadne z kolejnych wydań nie było dostępne w języku polskim. Tymczasem coraz więcej osób zgłasza się do psychologów(-ożek) i pracowników(-ic) ochrony zdrowia w poszukiwaniu wsparcia, rozpoznania oraz usług medycznych związanych z korektą płci, oczekując konkretnych i przejrzystych standardów opieki. Podobnie, profesjonalistom(-tkom) świadczącym usługi w tym zakresie nierzadko brakuje jasnych, opartych na badaniach i/lub opiniach wiodących ekspertów wytycznych kierujących postępowaniem klinicznym.

Obecny przekład jest siódmą wersją *Standardów WPATH*, opublikowaną w 2012 roku. Siedem lat, które minęło od tego czasu, to bardzo długo w dziedzinie tak szybko zmieniającej się, jak opieka nad zdrowiem osób transpłciowych. Zarówno zachodzące zmiany społeczne, jak i rozwijające się możliwości medyczne sprawiają, że wytyczne, które szły z duchem czasów w momencie ich publikacji, po kilku latach mogą się już dezaktualizować. Zmieniają się bowiem rozwiązania, które może zaoferować medycyna, zmieniają się potrzeby związane ze wsparciem psychologicznym, a zmieniająca się rzeczywistość społeczna wpływa na konieczność dostosowania języka: zarówno na poziomie terminologii, jak i sposobu opisu. Prezentowana siódma wersja *Standardów WPATH* jest zatem, do pewnego stopnia, produktem swoich czasów. Dlatego też WPATH opracowuje obecnie kolejną, ósmą wersję *Standardów* – dostosowaną do aktualnych potrzeb osób zgłaszających się po wsparcie psychologiczne i medyczne; bieżących możliwości świadczenia opieki zdrowotnej; zmieniającej się rzeczywistości społecznej. W wersji ósmej zastosowane też będzie nowe – obecnie bardziej adekwatne – słownictwo.

Mając świadomość wspomnianych powyżej kwestii, zdecydowaliśmy się opublikować polski przekład wersji siódmej. Dochodziły do nas bowiem komunikaty zarówno ze strony osób transpłciowych i różnorodnych płciowo, jak i od specjalistów(-tek) świadczących wsparcie psychologiczne i usługi medyczne, że standardy potrzebne są już teraz, a czasochłonność procesu tłumaczenia wydłuży zapewne czas oczekiwania na dostępną w języku ojczystym wersję ósmą *Standardów*. Polski przekład wersji siódmej pozwoli też w naszej opinii budować świadomość ewolucji poglądów w tej dynamicznie rozwijającej się dziedzinie.

Zgodnie z wytycznymi WPATH, w niniejszym przekładzie zachowaliśmy język jak najbliższy angielskiemu oryginałowi. Zatem niektóre terminy i sformułowania mogą – z dzisiejszego punktu widzenia – wydawać się anachroniczne. Oczekiwanych zmian należy spodziewać się w nadchodzącej wersji ósmej, którą mamy nadzieję jak najszybciej zaprezentować w polskiej wersji językowej.

Pomimo przyjętych wytycznych związanych z przekładem *Standardów* w brzmieniu jak najwierniej oddającym oryginalną wersję siódmą, napotkaliśmy pewne trudności związane z tłumaczeniem terminów, które mają ugruntowane w języku polskim odpowiedniki, jednak nie oddają one w pełni zakresu znaczeniowego terminów angielskich. Przykładem jest choćby określenie *gender identity*, które – choć może być tłumaczone jako *tożsamość genderowa* – w języku polskim od dawna funkcjonuje już jako *tożsamość płciowa*. W tych wypadkach zdecydowaliśmy się pozostawać przy terminach przyjętych już wśród osób transpłciowych i różnorodnych płciowo, a także wśród specjalistów(-tek) świadczących wsparcie psychologiczne i usługi medyczne związane z korektą płci. Terminy, które nie mają ugruntowanych polskich odpowiedników (np. *gender nonconformity*) – przekładaliśmy na najbliższe im znaczeniowo określenia, w każdym wypadku konsultując przyjmowane przez nas rozwiązania z WPATH. Powstałe w ten sposób rozwiązania dotyczące stosowanej terminologii podane są w zawartym na końcu *Standardów* słowniczku, a dyskutowane terminy i zwroty dodatkowo są opatrzone odniesieniem do oryginalnego terminu angielskiego, gdy po raz pierwszy pojawiają się w tekście.

Podczas prac nad polskim wydaniem siódmej wersji *Standardów* duże trudności przysporzyły nam też ograniczenia języka polskiego w kwestii stosowania form neutralnych rodzajowo. W tekście, w wypadku rzeczowników osobowych stosujemy zatem podwójne końcówki rodzajowe. Nie znaleźliśmy jednak zadowalającego rozwiązania, które – nie wpływając na komunikatywność przekazu – umożliwiłoby jednocześnie wprowadzenie form niebinarnych. Z podobnych powodów czasowniki osobowe w liczbie mnogiej, następujące po rzeczownikach z podwójną końcówką rodzajową, pozostawialiśmy w rodzaju męskoosobowym. Rozważane inne rozwiązania (np. osoby pacjenckie, osoby eksperckie zamiast: pacjenci(-tki), eksperci(-tki), zastosowanie znaku „+” na końcu rzeczowników i czasowników osobowych jako wskazania na pozostałe formy rodzajowe) nie sprawdzały się niestety przy lekturze większych fragmentów tekstu. Świadomość ograniczeń językowych związanych z gramatyką języka polskiego oraz wskazanie na potrzebę uwzględnienia językowego tożsamości niebinarnych zostały dodatkowo podkreślone w przypisie do tekstu *Standardów*.

Mając świadomość niedoskonałości obecnego przekładu i występujących ograniczeń w języku, liczymy na zrozumienie osób czytających ten tekst. Zachęcamy też do nadsyłania pomysłów dotyczących lepszych rozwiązań dla zaistniałych trudności z przekładem. Z pewnością okażą się one niezwykle cenne w pracy nad polskim wydaniem ósmej wersji *Standardów WPATH*.

Zespół tłumaczący:
Anna M. Kłonkowska
Bartosz Grabski
Dominik Rachoń
Nina Kuta

Doradztwo:
Wiktor Dynarski

Cel i zastosowanie *Standardów opieki*

Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (World Professional Association for Transgender Health, WPATH)¹ jest międzynarodowym, wielodyscyplinarnym stowarzyszeniem, którego misją jest promowanie opartej na dowodach opieki, edukacji, badań, poparcia, polityki publicznej oraz szacunku względem zdrowia osób transpłciowych. Wizją WPATH jest zrzeszanie rozmaitych specjalistów(-tek)² zaangażowanych na całym świecie w opracowanie najlepszych praktyk oraz zasad wsparcia, które promowałyby zdrowie, rozwój badań, edukację, szacunek, godność i równość dla osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo we wszystkich kręgach kulturowych.

Jednym z głównych zadań WPATH jest promowanie najwyższych standardów opieki zdrowotnej poprzez sformułowanie *Standardów opieki* (ang. *Standards of Care, SOC*) *zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo*. *Standardy opieki* są oparte na badaniach naukowych oraz doświadczeniach specjalistów(-tek)³. Ponieważ większość badań i doświadczeń na tym polu pochodzi z północnej Ameryki i zachodniej Europy, niezbędne są adaptacje *Standardów opieki* do innych części świata. Sugestie dotyczące sposobów myślenia o relatywności i kompetencjach kulturowych są zawarte w tej wersji *Standardów opieki*.

Nadrzędnym celem *Standardów opieki* jest dostarczenie wytycznych dla pracowników(-ic) ochrony zdrowia, aby zapewniać osobom transseksualnym, transpłciowym oraz różnorodnym płciowo bezpieczne i przynoszące efekty możliwości osiągnięcia długotrwałego osobistego komfortu związanego z własną płciowością. Służy to poprawie ich ogólnego stanu zdrowia, dobrostanu psychicznego i samospożycia. Udzielana pomoc może zawierać podstawową opiekę zdrowotną, opiekę ginekologiczną oraz urologiczną, zdrowie reprodukcyjne, terapię głosową i komunikacyjną, usługi związane ze zdrowiem psychicznym (np. diagnoza, doradztwo, psychoterapia) oraz terapie hormonalne i zabiegi chirurgiczne. Chociaż jest to dokument przeznaczony przede wszystkim dla pracowników(-ic) ochrony zdrowia, *Standardy opieki* mogą również być używane przez indywidualne osoby, ich rodziny oraz

1 Poprzednio: Międzynarodowe Stowarzyszenie Dysforii Płciowej im. Harry'ego Benjamina (ang. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association).

2 Ze względu na ograniczenia gramatyczne języka polskiego, w niniejszym przekładzie nie udało nam się zastosować formy neutralnej rodzajowo. W wypadku rzeczowników osobowych stosujemy więc podwójne końcówki rodzajowe. Pragniemy jednak podkreślić, że oprócz osób o męskich i żeńskich tożsamościach płciowych mamy na myśli również osoby niebinarne [przyp. red. wyd. pol.].

3 Siódme wydanie *Standardów opieki* (SOC) w znaczący sposób odchodzi od poprzednich wydań. Zmiany w tym wydaniu oparte są na znaczących przemianach kulturowych, rozwoju wiedzy klinicznej oraz dostrzeżeniu wielu problemów zdrowotnych (poza terapią hormonalną i operacjami chirurgicznymi), które mogą dotyczyć osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo (Coleman, 2009a, b, c, d).

instytucje społeczne w celu zrozumienia tego, jak mogą pomóc w promowaniu optymalnego zdrowia wśród osób należących do tej zróżnicowanej grupy społecznej.

WPATH jest zdania, że zdrowie jest zależne nie tylko od dobrej opieki klinicznej, ale również od sytuacji społecznej i politycznej, która zapewnia i zabezpiecza społeczną tolerancję, równość oraz pełnię praw obywatelskich. Promocja zdrowia odbywa się poprzez społeczne praktyki i reformy prawne, które promują tolerancję oraz sprawiedliwość względem różnorodności płciowej i seksualnej, eliminują uprzedzenia, dyskryminację i stygmatyzację. WPATH popiera idące w tym kierunku zmiany w polityce publicznej oraz reformach prawnych.

Standardy opieki są elastycznymi zaleceniami klinicznymi

Standardy opieki są z założenia elastyczne, aby sprostać zróżnicowanym potrzebom zdrowotnym osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo. Będąc elastycznymi, oferują zarazem standardy dla promowania optymalnej opieki zdrowotnej oraz wskazują zalecenia względem osób doświadczających dysforii płciowej – szeroko rozumianej jako dyskomfort lub niepokój spowodowane niezgodnością tożsamości płciowej danej osoby z płcią przypisaną przy jej urodzeniu (oraz powiązaną rolą płciową i/lub pierwszorzędowymi i drugorzędowymi⁴ cechami płciowymi) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, Bockting, 2010b).

Tak jak we wszystkich poprzednich wydaniach *Standardów opieki*, przedstawione w tym dokumencie kryteria dla terapii hormonalnej i operacji chirurgicznych w ramach leczenia dysforii płciowej są klinicznymi wskazówkami, mogą być modyfikowane przez indywidualne osoby pracujące w ochronie zdrowia oraz w ramach indywidualnych programów. Kliniczne odstępstwa od zaleceń zawartych w *Standardach opieki* mogą występować ze względu na: 1) unikatową anatomiczną, społeczną lub psychologiczną sytuację pacjenta(-tki); 2) rozwijanie metod radzenia sobie z częstą sytuacją przez doświadczonych pracowników(-ic) ochrony zdrowia; 3) protokół badawczy; 4) brak odpowiednich zasobów w różnych częściach świata; 5) potrzebę specjalnych strategii ograniczania szkód. Odstępstwa te powinny być zauważone, wyjaśnione pacjentowi(-tce) oraz udokumentowane za jego/jej świadomą zgodą, aby zapewnić wysokiej jakości opiekę oraz ochronę prawną. Dokumentacja ta jest również istotna dla celów gromadzenia nowych danych, które z perspektywy czasu mogą być użyte w celu dalszego rozwijania opieki zdrowotnej oraz kolejnych wersji *Standardów opieki*.

Standardy opieki przedstawiają wytyczne, ale również podkreślają rolę dokonywania świadomych wyborów oraz wartość podejść opartych na redukcji szkód. Co więcej, obecne wydanie *Standardów opieki* zauważa i uznaje różne ekspresje płciowe, które nie muszą wymagać leczenia psychologicznego,

⁴ Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

hormonalnego czy chirurgicznego. Niektórzy zgłaszający się pacjenci(-tki) będą już po dokonaniu znacznego, samodzielnego postępu w kierunku zmiany roli płciowej, tranzycji lub innych decyzji związanych z ich tożsamością płciową lub dysforią płciową. Inni/inne pacjenci(-tki) będą potrzebować szerszych interwencji. Pracownicy(-ce) ochrony zdrowia mogą używać *Standardów opieki*, by pomóc pacjentom(-tkom) w rozważeniu pełnego zakresu dostępnych dla nich usług z zakresu opieki zdrowotnej, w zgodzie z ich klinicznymi potrzebami i celami określonej ekspresji płciowej.



Globalne możliwości zastosowania *Standardów opieki*

Chociaż *Standardy opieki* są przeznaczone do użytku na całym świecie, WPATH uznaje fakt, że wiele z zanotowanych doświadczeń klinicznych oraz wiedzy w tym obszarze opieki zdrowotnej pochodzi z doświadczeń północnoamerykańskich oraz zachodnioeuropejskich. W różnych miejscach, zarówno pomiędzy narodami, jak i w ich obrębie istnieją różnice na wszystkich następujących polach: społecznym nastawieniu wobec osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo; konstrukcji ról płciowych oraz tożsamości; języku używanym do opisu różnych tożsamości płciowych; epidemiologii dysforii płciowej; dostępie i kosztach leczenia; oferowanych formach terapii; liczbie i rodzaju specjalistów(-tek) zapewniających opiekę; oraz sprawach dotyczących praw i zasad związanych z tym obszarem opieki zdrowotnej (Winter, 2009).

Niemożliwym jest, by *Standardy opieki* mogły uwzględniać wszystkie te różnice. Zatem, stosując niniejsze standardy do innych kontekstów kulturowych, pracownicy(-ce) ochrony zdrowia muszą być uwrażliwieni na występujące różnice i adaptować *Standardy opieki* do lokalnych realiów. W niektórych kulturach osoby różnorodne płciowo są tak liczne i żyją w taki sposób, że stają się w znacznym stopniu widoczne społecznie (Peletz, 2006). W takich uwarunkowaniach powszechne są inicjacje zmian ekspresji płciowej i cech fizycznych już w wieku nastoletnim czy nawet wcześniej. Wiele osób dorasta i żyje w kontekstach społecznych, kulturowych czy nawet językowych całkiem innych od znanych w kulturach zachodnich. Jednakże niemal wszystkie osoby doświadczają uprzedzeń (Peletz, 2006; Winter, 2009). W wielu kulturach społeczna stygmatyzacja wobec różnorodności płciowej jest powszechna, a role płciowe są ściśle wyznaczone (Winter i in., 2009). Osoby różnorodne płciowo żyjące w takich uwarunkowaniach są zmuszane do ukrywania się i tym samym mogą być pozbawione możliwości dostępu do stosownej opieki zdrowotnej (Winter, 2009).

Standardy opieki w swoich założeniach nie mają ograniczać wysiłków w celu zapewnienia najlepszej możliwej opieki wszystkim osobom. Pracownicy(-ce) ochrony zdrowia na całym świecie – nawet na

obszarach z ograniczonymi zasobami i możliwościami szkolenia – mogą stosować wiele z podstawowych zasad, na których opierają się *Standardy opieki*. Zasady te obejmują następujące wskazania: wyrażaj szacunek wobec pacjentów(-tek) o różnorodnych tożsamościach płciowych (nie patologizuj różnic w tożsamości lub ekspresji płciowej); zapewniaj opiekę (lub odsyłaj do kompetentnych w tym zakresie osób), która afirmuje tożsamość płciową pacjenta(-tki) oraz redukuje cierpienie związane z dysforią płciową, jeśli jest ona obecna; bądź dobrze poinformowany(-na) w zakresie potrzeb zdrowotnych osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo, w tym korzyści i ryzyka związanych z opcjami leczenia dysforii płciowej; dostosuj swoje podejście w leczeniu do określonych potrzeb pacjentów(-tek), w szczególności ich celów związanych z ekspresją płciową oraz potrzeby ulgi w związku z dysforią płciową; ułatwiał dostęp do odpowiedniej opieki; uzyskaj świadomą zgodę pacjentów(-tek) przed zastosowaniem leczenia; zapewniaj ciągłość opieki; bądź przygotowany na wspieranie i reprezentowanie pacjentów(-tek) względem ich rodzin oraz społeczności (szkół, miejsc pracy i w innych miejscach).

Terminologia jest zależna od kultury oraz czasu – i szybko się rozwija. To ważne, by używać odpowiedniego języka w różnych miejscach i czasach oraz wśród różnych osób. Przy przekładach *Standardów opieki* na inne języki należy zwracać dużą uwagę na trafne przetłumaczenie użytych terminów. Angielską terminologię nie zawsze łatwo jest przetłumaczyć na inne języki i *vice versa*. Niektóre języki nie posiadają równoważnych terminów mogących wyjaśnić różne sformułowania stosowane w tym dokumencie; tak więc osoby je tłumaczące powinny być świadome zasadniczych celów leczenia oraz wyrażać dostosowane do danej kultury wskazówki dla osiągnięcia tych celów.



Różnice pomiędzy różnorodnością płciową a dysforią płciową

Bycie osobą transseksualną, transpłciową lub różnorodną płciowo jest kwestią różnorodności, nie patologii

W maju 2010 r. Zarząd WPATH opublikował oświadczenie wzywające do depsychopatologizacji różnorodności płciowej (WPATH Board of Directors, 2010). Oświadczenie to zwróciło uwagę, że „ekspresja cech płciowych, włączając w to tożsamości, które nie są stereotypowo związane z płcią przypisaną danej osobie przy urodzeniu, jest powszechnym i zróżnicowanym kulturowo ludzkim zjawiskiem, [które] nie powinno być osądzane jako z natury patologiczne lub negatywne”.

Niestety, w wielu społeczeństwach świata istnieje stygmatyzacja różnorodności płciowej. Taka stygmatyzacja może prowadzić do uprzedzenia i dyskryminacji, w rezultacie powodując „stres mniejszościowy” (Meyer, 2003). Stres mniejszościowy jest specyficzny (łączy się z ogólnymi czynnikami stresogennymi doświadczanymi przez wszystkich ludzi), uwarunkowany społecznie oraz chroniczny i może sprawiać, że osoby transseksualne, transpłciowe oraz różnorodne płciowo będą bardziej narażone na rozwój problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, takich jak stany lękowe czy depresja (Institute of Medicine, 2011). Dodatkowo, obok uprzedzeń i dyskryminacji doświadczanych od ogółu społeczeństwa, stygmatyzacja może również przyczyniać się do nękania i zaniedbań w relacjach danej osoby z jej rówieśnikami oraz członkami rodziny, co może z kolei prowadzić do psychicznego cierpienia. Jednakże, te objawy są powodowane czynnikami społecznymi i nie są nieodłącznie związane z byciem osobą transseksualną, transpłciową lub różnorodną płciowo.

Różnorodność płciowa nie jest tym samym, co dysforia płciowa

Różnorodność płciowa odnosi się do zakresu, w jakim tożsamość, rola lub ekspresja płciowa danej osoby różni się od kulturowych norm narzucanych osobom danej płci (Institute of Medicine, 2011).

Dysforia płciowa odnosi się do dyskomfortu lub cierpienia powodowanego przez niezgodność pomiędzy tożsamością płciową danej osoby a płcią przypisaną jej przy urodzeniu (oraz związaną z nią rolą płciową i/lub pierwszorzędowymi i drugorzędowymi⁵ cechami płciowymi) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, Bockting 2010b). Tylko **część** osób różnorodnych płciowo doświadcza dysforii płciowej **przez jakiś czas** w swoim życiu.

Leczenie może pomóc osobom znajdującym się w stanie powyższego cierpienia w eksplorowaniu swojej tożsamości płciowej oraz znalezieniu roli płciowej, z którą czują się komfortowo (Bockting, Goldberg, 2006). Leczenie jest zindywidualizowane: to, co pomaga jednej osobie w dysforii płciowej, może różnić się od tego, co pomoże innej osobie. Proces ten może, choć nie musi, obejmować zmianę w ekspresji płciowej lub modyfikację cech fizycznych. Opcje leczenia obejmują, na przykład, feminizację lub maskulinizację ciała poprzez terapię hormonalną i/lub operacje chirurgiczne, które są efektywne w łagodzeniu dysforii płciowej i dla wielu osób są medycznie niezbędne. Tożsamości oraz ekspresje płciowe są różnorodne, a leczenie hormonalne i operacje są tylko jednymi z wielu dostępnych opcji mogących pomóc tym osobom w osiągnięciu komfortu ze sobą i swoją tożsamością.

⁵ Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

Dysforia płciowa może być w znacznym stopniu złagodzona poprzez leczenie (Murad i in., 2010). Choć osoby transseksualne, transpłciowe lub różnorodne płciowo mogą doświadczać dysforii płciowej w jakimś momencie swojego życia, wiele osób, w wyniku leczenia, znajduje rolę płciową oraz ekspresję, która jest dla nich komfortowa, nawet jeśli będzie odbiegać od płci przypisanej im przy urodzeniu lub od powszechnych norm i oczekiwań.

Diagnozy związane z dysforią płciową

Niektóre osoby doświadczają dysforii płciowej w takim stopniu, że cierpienie spełnia kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych. Takie rozpoznanie nie jest przyzwoleniem na stygmatyzację lub pozbawianie praw człowieka i obywatela. Istniejące systemy klasyfikacji, takie jak *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*⁶ (American Psychiatric Association, 2000) oraz *International Classification of Diseases (ICD)*⁷ (World Health Organization, 2007), definiują setki zaburzeń psychicznych, które różnią się w swoich początkach, czasie trwania, patogenezie, niesprawności funkcjonalnej oraz możliwościach leczenia. Wszystkie te systemy próbują sklasyfikować grupy objawów i stanów psychicznych, a nie osoby jako takie. Zaburzenie jest opisem czegoś, z czym dana osoba może się zmagać, a nie opisem danej osoby czy jej tożsamości.

Osoby transseksualne, transpłciowe oraz różnorodne płciowo nie są domyślnie zaburzone. Zamiast tego, cierpienie wynikające z dysforii płciowej, jeśli jest obecne, stanowi problem, który może być rozpoznany, zaś na jego wyleczenie istnieje wiele różnych możliwości. Istnienie diagnozy dla takiej dysforii często ułatwia dostęp do opieki zdrowotnej i może prowadzić do dalszych badań nad efektywnym leczeniem.

Prowadzone badania przyczyniają się do powstawania nowej nomenklatury diagnostycznej, a terminy zmieniają się zarówno w DSM (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010), jak i w ICD. Z tego powodu, podobne terminy są stosowane w *Standardach opieki*, a dla terminów, które dopiero się pojawiają, podane są definicje. Pracownicy(-ce) ochrony zdrowia powinni odnosić się do najbardziej aktualnych kryteriów diagnostycznych i przyjętego w danej dziedzinie sposobu ich kodowania.

6 Pol. Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych.

7 Pol. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób.

IV

Względy epidemiologiczne

Oficjalne badania epidemiologiczne nad częstością⁸ oraz powszechnością występowania⁹ transseksualizmu¹⁰ w szczególności czy szerzej pojętych tożsamości transpłciowych oraz różnorodnych płciowo, nie były przeprowadzane, a starania w celu zdobycia wiarygodnych danych szacunkowych są niezwykle utrudnione (Institute of Medicine, 2011; Zucker, Lawrence, 2009). Nawet gdyby badania epidemiologiczne ustaliły, że na całym świecie istnieje podobny odsetek osób transseksualnych, transpłciowych lub różnorodnych płciowo, to jest prawdopodobne, że różnice kulturowe pomiędzy różnymi krajami mogłyby mieć wpływ zarówno na behawioralną ekspresję różnych tożsamości płciowych, jak i na stopień, w jakim dysforia płciowa – niezależnie od tożsamości płciowej danej osoby – faktycznie występuje w danej populacji. O ile w większości krajów przekraczanie norm płciowych spotyka się z moralną cenzurą, a nie ze zrozumieniem, istnieją przykłady określonych kultur, w których zachowania różnorodne płciowo, np. w przypadku duchowych przywódców(-dczyń), są mniej stygmatyzowane, a nawet otaczane czcią (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan, Gooren, 1992; Costa, Matzner, 2007; Jackson, Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, Dumronggittigule, 1997).

Z wielu różnych powodów, naukowcy(-czynie), którzy badali częstość i powszechność występowania, skupiali się na najłatwiejszej do policzenia podgrupie osób różnorodnych płciowo: osobach transseksualnych, które doświadczają dysforii płciowej i które zgłaszają do specjalistycznych klinik (ang. *gender clinics*, *gender identity clinics*) po związanej z tranzycją opiekę medyczną (Zucker, Lawrence, 2009). Większość badań zostało przeprowadzonych w krajach europejskich, takich jak Szwecja (Wålinder, 1968, 1971), Wielka Brytania (Hoenig, Kenna, 1974), Holandia (Bakker, Van Kesteren, Gooren, Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, Megens, 1996), Niemcy (Weitze, Osburg, 1996) i Belgia (De Cuypere i in., 2007). Jedno badanie zostało przeprowadzone w Singapurze (Tsoi, 1988).

De Cuypere wraz z zespołem (2007) dokonali przeglądu tych badań, a także przeprowadzili swoje własne. Łącznie badania te obejmują okres 39 lat. Nie uwzględniając dwóch badań o odbiegających wynikach (Pauly, 1968; Tsoi, 1988), pozostaje 10 badań przeprowadzonych w 8 krajach. Liczby dotyczące powszechności występowania, podane w tych 10 badaniach, wynoszą od 1:11 900 do 1:45 000 dla osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K) oraz od 1:30 400 do 1:200 000 dla osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M). Niektórzy badacze(-czki)

8 Częstość występowania (ang. *incidence*) – liczba nowych przypadków pojawiająca się w danym okresie.

9 Powszechność występowania (ang. *prevalence*) – liczba osób spełniających dany warunek podzielona przez liczbę osób w ogólnej populacji.

10 Zachowano termin stosowany w oryginalnym wydaniu siódmej wersji *Standardów opieki* [przyp. red. wyd. pol.].

zasugerowali, że rozpowszechnienie jest dużo wyższe, w zależności od metodologii stosowanej w badaniach (np. Olslager, Conway, 2007).

Bezpośrednie porównania pomiędzy badaniami są niemożliwe, ze względu na różnice w metodach zbierania danych i kryteriach określania danej osoby jako transseksualnej (np. kryterium przejścia operacji rekonstrukcji narządów płciowych *versus* rozpoczęcia terapii hormonalnej *versus* zgłoszenia się w poszukiwaniu opieki medycznej związanej z tranzycją). Jak się zdaje, w najnowszych badaniach można zaobserwować trend ku wyższym wskaźnikom powszechności występowania, być może wskazujących na wzrastającą liczbę osób szukających opieki klinicznej. Ta interpretacja znajduje wsparcie w badaniu (Reed i in., 2009), które wykazało podwajanie się co pięć lub sześć lat liczby osób korzystających z opieki specjalistycznych klinik w Wielkiej Brytanii. Podobnie, Zucker i współpracownicy (2008) na przestrzeni 30 lat wykazali około cztero-, pięciokrotny wzrost skierowań dzieci i młodzieży do ich kliniki w Toronto w Kanadzie.

Liczby dostarczane przez badanie takie jak te mogą być traktowane co najwyżej jako minimalne szacunki. Opublikowane dane w większości pochodzą z klinik, w których pacjenci(-tki) spełnili kryteria rozpoznania poważnej dysforii płciowej i mieli dostęp do opieki zdrowotnej w tychże klinikach. Szacunki te nie uwzględniają faktu, że leczenie oferowane przez dane kliniki może być postrzegane jako zbyt drogie, niepomocne lub nieakceptowalne przez wszystkie osoby w danym rejonie, które zauważyły u siebie dysfориę płciową. Ze względu na uwzględnianie tylko tych osób, które zgłaszają się do klinik w celu uzyskania konkretnego typu leczenia, nieokreślona liczba osób doświadczających dysforii płciowej zostaje pominięta.

Inne obserwacje kliniczne (na ten moment niepodparte systematycznymi badaniami) potwierdzają prawdopodobieństwo wyższego występowania dysforii płciowej: (i) Wcześniej nierozpoznana dysforia płciowa jest sporadycznie diagnozowana, gdy u pacjentów(-tek) obserwuje się lęki, depresję, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji uzależniających, dysocjacyjne zaburzenia tożsamości, zaburzenia osobowości z pogranicza (borderline), zaburzenia seksualne oraz zaburzenia¹¹ rozwoju płci (Cole, O'Boyle, Emory, Meyer III, 1997). (ii) Niektórzy cross-dresserzy(-rki), drag queens/kings lub osoby wcielające się w role męskie/żeńskie, a także geje i lesbijki mogą doświadczać dysforii płciowej (Bullough, Bullough, 1993). (iii) Intensywność odczuwania dysforii płciowej u niektórych osób może oscylować poniżej i powyżej progu klinicznego (Docter, 1998). (iv) Nienormatywność płciowa osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim jest w wielu kulturach względnie niewidoczna, szczególnie dla zachodnich pracowników(-ic) ochrony zdrowia oraz naukowców(-czyń), którzy przeprowadzili większość z badań, na jakich opierają się obecne szacunki powszechności oraz częstości występowania (Winter, 2009).

Podsumowując, istniejące dane powinny być postrzegane jako punkt wyjścia, a dostęp do bardziej rygorystycznych badań epidemiologicznych przeprowadzanych w różnych miejscach na całym świecie byłby korzystny dla świadczonej ochrony zdrowia.

¹¹ Zachowano termin stosowany w oryginalnym wydaniu siódmej wersji *Standardów opieki* [przyp. red. wyd. pol.].



Przegląd podejść terapeutycznych względem dysforii płciowej

Postępy w wiedzy oraz leczeniu dysforii płciowej

W drugiej połowie XX wieku świadomość zjawiska dysforii płciowej zwiększyła się, gdy pracownicy(-ce) ochrony zdrowia zaczęli zapewniać pomoc w łagodzeniu dysforii płciowej poprzez indukowanie zmian w pierwszo- i drugorzędowych¹² cechach płciowych, stosując terapię hormonalną oraz zabiegi chirurgiczne, wraz ze zmianą w roli płciowej. I choć już Harry Benjamin zauważył istnienie spektrum różnorodności płciowej (Benjamin, 1966), początkowo podejście kliniczne skupiało się głównie na określaniu, kto jest odpowiednim kandydatem(-tką) do operacji korekty płci, aby umożliwić optymalną fizyczną przemianę w kierunku kobiecym lub męskim (np. Green, Fleming, 1990; Hastings, 1974). Podejście to poddane było obszernej ewaluacji i okazało się być wysoce efektywnym. Wskaźniki satysfakcji wahały się od 87% u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym do 97% u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (Green, Fleming, 1990), zaś poczucie niezadowolenia było wyjątkowo rzadkie (1–1,5% u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym i < 1% u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim; Pfäfflin, 1993). W rzeczy samej, terapia hormonalna oraz zabiegi chirurgiczne okazały się być medycznie niezbędne, aby złagodzić dysfориę płciową u wielu osób (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

W miarę jak dziedzina rozwijała się, pracownicy(-ce) ochrony zdrowia zauważyli, że podczas gdy wiele osób potrzebuje zarówno terapii hormonalnej oraz zabiegów chirurgicznych, aby złagodzić odczuwaną dysfориę płciową, inne osoby potrzebują tylko jednej z powyższych opcji leczenia, zaś jeszcze inne nie potrzebują ich wcale (Bockting, Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Część osób, korzystając z pomocy psychoterapii, integruje swoje transpłciowe odczucia z rolą płciową, która została przypisana im przy urodzeniu i nie odczuwa potrzeby feminizacji czy maskulinizacji swojego ciała. Dla innych, zmiany w roli i ekspresji płciowej są wystarczające, by złagodzić dysfориę płciową. Niektórzy(-re) pacjenci(-tki) mogą wymagać terapii hormonalnej, ewentualnej zmiany w roli płciowej, ale nie zabiegów chirurgicznych; inni mogą potrzebować zmiany w roli płciowej razem z zabiegami chirurgicznymi, ale nie hormonoterapii. Innymi słowy, leczenie dysforii płciowej stało się bardziej zindywidualizowane.

¹² Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

W miarę dorastania pokolenia osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo – spośród których wiele korzystało z różnych podejść terapeutycznych – stało się ono bardziej widoczne jako społeczność. Pokazało też znaczącą różnorodność w swoich tożsamościach, rolach i ekspresjach płciowych. Niektóre osoby określają siebie nie jako nienormatywne płciowo, ale jako jednoznacznie utożsamiające się z inną płcią niż przypisana przy urodzeniu (Bockting, 2008). Inne osoby afirmują swoją unikatową tożsamość płciową i nie identyfikują się ani jako mężczyźni, ani kobiety (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Mogą za to opisywać swoją tożsamość płciową używając określonych terminów, takich jak osoba transpłciowa, osoba *bigender* czy *genderqueer*, afirmując swoiste doświadczenia, które mogą wykraczać poza binarne rozumienie płci (Bockting, 2008; Ekins, King, 2006; Nestle, Wilchins, Howell, 2002). Osoby te mogą też nie doświadczać swojego procesu afirmacji tożsamości jako „tranzycji”, ponieważ nigdy w pełni nie przyswoiły roli płciowej przypisanej przy urodzeniu czy też dlatego, że urzeczywistniły swoją tożsamość, rolę lub ekspresję płciową w sposób, który nie obejmuje zmiany z jednej roli płciowej do drugiej. Na przykład, część młodzieży identyfikującej się jako *genderqueer*, zawsze doświadczała swoją tożsamość i rolę płciową właśnie w taki sposób (*genderqueer*). Większa społeczna widoczność oraz świadomość różnorodności płciowej (Feinberg, 1996) jeszcze bardziej poszerzyła możliwości urzeczywistnienia własnej tożsamości oraz odnalezienia komfortowej roli i ekspresji płciowej dla osób z dysforią płciową.

Pracownicy(-ce) ochrony zdrowia mogą pomóc osobom z dysforią płciową w afirmacji ich tożsamości płciowej, eksplorowaniu różnych opcji dla ekspresji tejże tożsamości oraz w podejmowaniu decyzji odnośnie do medycznych możliwości łagodzenia dysforii płciowej.

Możliwości psychologicznego oraz medycznego leczenia dysforii płciowej

Dla osób szukających opieki w zakresie dysforii płciowej istnieje szereg różnych opcji terapeutycznych, które można rozważyć. Liczba i typ zastosowanych interwencji oraz kolejność ich przeprowadzania może różnić się w zależności od osoby (np. Bockting, Knudson, Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, Pardo, 2010). Opcje leczenia obejmują:

- zmiany w ekspresji oraz roli płciowej (co może obejmować funkcjonowanie w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu w innej roli płciowej, zgodnej z tożsamością płciową danej osoby);
- terapię hormonalną w celu feminizacji lub maskulinizacji ciała;

- zabiegi chirurgiczne mające zmienić pierwszo- i/lub drugorzędowe¹³ cechy płciowe (np. piersi/klatkę piersiową, zewnętrzne i/lub wewnętrzne narządy płciowe, cechy twarzy, posturę ciała);
- psychoterapię (indywidualną, dla par, dla rodzin, grupową) prowadzoną w celach takich jak: zgłębianie tożsamości, ekspresji oraz roli płciowej; zajęcie się negatywnym wpływem dysforii płciowej oraz stygmatyzacji na zdrowie psychiczne; łagodzenie zinternalizowanej transfobii; wzmacnianie wsparcia społecznego i rówieśniczego; poprawienie obrazu własnego ciała; wsparcie w wytrwałości.

Możliwości wsparcia społecznego i zmian w ekspresji płciowej

Jako dodatek (lub jako podejście alternatywne) do opisanych wyżej psychologicznych i medycznych możliwości leczenia dysforii płciowej, mogą być rozważane również inne opcje, takie jak:

- Dostępne offline i online zasoby wsparcia rówieśniczego, grupy oraz organizacje działające wewnątrz transpłciowej społeczności, które zapewniają możliwości wsparcia społecznego oraz rzecznictwa;
- Dostępne offline i online zasoby dla rodzin oraz osób bliskich;
- Terapia głosowa i komunikacyjna mająca na celu udzielenie pomocy w rozwinięciu umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej, umożliwiającej poczucie komfortu z własną tożsamością płciową;
- Usuwanie nadmiernego owłosienia poprzez elektrolizę, zabiegi laserowe lub za pomocą wosku;
- Spłaszczanie lub wypełnienie piersi, ukrywanie (ang. *tucking*) narządów płciowych lub protezy penisa, wypełnienie bioder lub pośladków;
- Zmiana płci metrykalnej (imienia i nazwiska oraz oznaczenia płci w dokumentach tożsamości).

¹³ Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

VI

Ocena i leczenie dzieci i młodzieży z dysforią płciową

W fenomenologii, przebiegu rozwoju oraz sposobach leczenia dysforii płciowej u dzieci, młodzieży oraz dorosłych występuje szereg różnic. U dzieci i młodzieży mamy do czynienia z szybkim i zasadniczym procesem rozwojowym (fizycznym, psychologicznym i seksualnym) oraz z większą płynnością i zmiennością rokowania szczególnie u dzieci przed dojrzewaniem. Ten rozdział *Standardów opieki* przedstawia kliniczne wytyczne dla oceny i leczenia dzieci i młodzieży z dysforią płciową.

Różnice między dziećmi a młodzieżą z dysforią płciową

Ważną różnicą pomiędzy dziećmi z dysforią płciową a młodzieżą jest odsetek osób, u których dysforia utrzymuje się do okresu dorosłości. Dysforia płciowa w dzieciństwie nie trwa nieuchronnie do dorosłości¹⁴. W uzupełniających badaniach obserwacyjnych dotyczących dzieci przed okresem dojrzewania (w większości chłopców), które zostały skierowane do klinik celem podjęcia oceny dysforii płciowej, dysforia utrzymywała się do dorosłości jedynie u 6 do 23% dzieci (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker, Bradley, 1995). Badani chłopcy w okresie dorosłości częściej identyfikowali się jako geje niż osoby transpłciowe (Green, 1987; Money, Russo, 1979; Zucker, Bradley, 1995; Zuger, 1984). Nowsze badania, obejmujące również dziewczynki, wykazały 12–27% wskaźnik utrzymywania się dysforii płciowej do okresu dorosłości (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, Zucker, 2008; Wallien, Cohen-Kettenis, 2008).

Z kolei utrzymywanie się dysforii płciowej do okresu dorosłości u adolescentów wydaje się być znacznie częstsze. Nie zostały przeprowadzone żadne oficjalne badania prospektywne. Jednakże wszyscy z 70 adolescentów, którzy wzięli udział w uzupełniającym badaniu obserwacyjnym, u których zdiagnozowano dysfориę płciową oraz włączono tłumiące dojrzewanie hormony, kontynuowali swoją transycję, rozpoczynając feminizujące/maskulinizujące terapie hormonalne (de Vries, Steensma, Doreleijers, Cohen-Kettenis, 2010).

¹⁴ Nienormatywne płciowo zachowania u dzieci mogą utrzymywać się do dorosłości, aczkolwiek zachowania te niekoniecznie świadczą o dysforii płciowej i potrzebie leczenia. Jak opisano w rozdziale III, dysforia płciowa nie jest synonimem różnorodności ekspresji płciowej.

Kolejną różnicą pomiędzy dziećmi z dysforią płciową a młodzieżą jest stosunek płci dla każdej z grup wiekowych. U dzieci z dysforią płciową poniżej 12 lat, które zostały skierowane do leczenia, stosunek chłopców do dziewczynek waha się od 6:1 do 3:1 (Zucker, 2004). Wśród młodzieży z dysforią płciową powyżej 12 lat, skierowanych do leczenia klinicznego, stosunek chłopców do dziewczynek jest bliski 1:1 (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Jak zostało to omówione w rozdziale IV i przez Zuckera i Lawrence (2009), nie przeprowadzono oficjalnych badań epidemiologicznych dotyczących dysforii płciowej – zarówno u dzieci, młodzieży, jak i dorosłych. Potrzebne są więc dodatkowe badania, celem rzetelnej oceny rozpowszechnienia i utrzymywania się dysforii płciowej w różnych populacjach na całym świecie.

Fenomenologia u dzieci

Dzieci już w wieku 2 lat mogą wykazywać cechy, które mogą wskazywać na dysfориę płciową. Mogą wyrażać pragnienie posiadania innej płci i być niezadowolone ze swoich fizycznych cech i funkcji płciowych. W dodatku, mogą preferować ubrania, zabawki oraz gry, które są powszechnie kojarzone z inną płcią oraz zabawy z rówieśnikami innej płci. Te cechy wydają się być heterogenne: niektóre dzieci wykazują się skrajnie nienormatywnymi płciowo zachowaniami i pragnieniami, połączonymi z uporczywym i głębokim dyskomfortem dotyczącym pierwszorzędowych cech płciowych¹⁵. U innych dzieci objawy te są mniej intensywne lub tylko częściowo obecne (Cohen-Kettenis i in., 2006; Knudson, De Cuypere, Bockting, 2010a).

U dzieci z dysforią płciową względnie powszechnie występują współistniejące zaburzenia internalizacyjne, takie jak lęk i depresja (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, Zucker, 2003; Wallien, Swaab, Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, Ameeriar, 2002). Występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu wydaje się być częstsze u leczonych klinicznie dzieci z dysforią płciową niż w ogóle populacji (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, Doreleijers, 2010).

Fenomenologia u młodzieży

U większości dzieci dysforia płciowa zaniknie przed dojrzewaniem lub w krótki czas po jego rozpoczęciu. Jednakże, u części dzieci te odczucia staną się intensywniejsze, a awersja do swojego ciała rozwinie się lub zwiększy, gdy staną się nastolatkami i rozwiną się ich drugorzędowe cechy płciowe (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003; Drummond i in., 2008; Wallien,

¹⁵ Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, Bradley, 1995). Dane pochodzące z pojedynczego badania sugerują, że bardziej skrajne formy nienormatywności płciowej w dzieciństwie są powiązane z utrzymywaniem się dysforii płciowej w okresie późnego dojrzewania i wczesnej dorosłości (Wallien, Cohen-Kettenis, 2008). Jednakże wiele osób nastoletnich oraz dorosłych zgłaszających się z dysforią płciową nie podaje obecności nienormatywnych płciowo zachowań w dzieciństwie (Docter, 1988; Landén, Wålinder, Lundström, 1998).

Z tego powodu pojawienie się dysforii płciowej u młodzieży po raz pierwszy w okresie adolescencji, może być czymś niespodziewanym dla innych osób (rodziców, innych członków(-kiń) rodziny, przyjaciół(ek), członków(-kiń) społeczności).

Osoby nastoletnie odczuwające, że ich pierwszo- i/lub drugorzędowe¹⁶ cechy płciowe oraz płęć przypisana przy urodzeniu są niezgodne z ich tożsamością płciową, mogą doświadczać z tego powodu intensywnego niepokoju. Wiele osób nastoletnich z dysforią płciową, choć nie wszystkie, może odczuwać silne pragnienie włączenia hormonów i przeprowadzenia zabiegów chirurgicznych. Coraz więcej osób nastoletnich zaczyna życie w pożądanej roli płciowej wraz z pójściem do szkoły średniej (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Pośród osób nastoletnich, które zostają skierowane do specjalistycznych klinik, liczba osób uznawanych za kwalifikujące się do wczesnego leczenia medycznego – rozpoczynanego przez analogi GnRH stosowane w czasie pierwszych faz rozwoju Tannera w celu zahamowania dojrzewania – różni się między krajami i ośrodkami. Nie wszystkie kliniki oferują zahamowanie dojrzewania. Jeśli taka forma leczenia jest proponowana, to faza dojrzewania, w której zezwala się na rozpoczęcie leczenia, waha się od fazy 2 Tannera do fazy 4 Tannera (Delemarre-van de Waal, Cohen-Kettenis, 2006; Zucker i in., 2012). Na odsetki leczonych osób nastoletnich wpływa prawdopodobnie organizacja opieki zdrowotnej, sprawy związane z ubezpieczeniem, różnice kulturowe, opinie pracowników(-ic) ochrony zdrowia i procedury diagnostyczne oferowane w różnych miejscach.

Niedoświadczeni klinicyści mogą pomylić oznaki wskazujące na dysforię płciową z urojeniami. Fenomenologicznie istnieje jakościowa różnica pomiędzy obrazem dysforii płciowej a obrazem urojeń czy innych objawów psychiatrycznych. Znaczna większość dzieci i młodzieży z dysforią płciową nie cierpi z powodu poważnych chorób psychiatrycznych, takich jak zaburzenia psychiatryczne (Steenma, Biemond, de Boer, Cohen-Kettenis, opublikowane w Internecie 7 stycznia 2011).

U osób nastoletnich z dysforią płciową bardziej powszechne jest współwystępowanie zaburzeń internalizacyjnych, takich jak lęk i depresja i/lub zaburzeń eksternalizacyjnych, takich jak zaburzenia opozycyjno-buntownicze (de Vries i in., 2010). Podobnie jak u dzieci, u osób nastoletnich z dysforią płciową skierowanych na leczenie, rozpowszechnienie zaburzeń ze spektrum autyzmu wydaje się być większe niż w ogólnej populacji osób nastoletnich (de Vries i in., 2010).

¹⁶ Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

Kompetencje specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego pracującego z dziećmi lub młodzieżą z dysforią płciową

Zalecane minimalne kwalifikacje dla specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego, którzy oceniają, kierują i oferują leczenie dla dzieci i młodzieży zgłaszających się z dysforią płciową są następujące:

1. Spełnianie wymagań kompetencyjnych dla specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego pracujących z dorosłymi, przedstawionych w rozdziale VII.
2. Wyszakolenie w psychopatologii rozwojowej dzieci i młodzieży.
3. Kompetencja w diagnozowaniu i leczeniu powszechnie występujących problemów u dzieci i młodzieży.

Zadania specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego pracujących z dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową

Zadania specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego pracujących z dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową mogą obejmować:

1. Bezpośrednią ocenę dysforii płciowej u dzieci i młodzieży (patrz ogólne zalecenie odnośnie do oceny, poniżej).
2. Zapewnienie poradnictwa rodzinnego i psychoterapii wspierającej w celu pomocy dzieciom i młodzieży w eksplorowaniu swojej tożsamości płciowej, zmniejszeniu niepokoju związanego z ich dysforią płciową i łagodzeniu wszystkich innych trudności psychospołecznych.
3. Ocena i leczenie wszystkich współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży (lub skierowanie do innego specjalisty(-tki) zdrowia psychicznego w celu leczenia). Problemy te powinny zostać uwzględnione w ramach całościowego planu leczenia.
4. Kierowanie młodzieży na dodatkowe, fizyczne interwencje (takie jak hormony blokujące dojrzewanie) w celu złagodzenia dysforii płciowej. Skierowanie powinno zawierać dokumentację oceny dysforii płciowej i zdrowia psychicznego, spełniania przez adolescenta kryteriów włączenia interwencji fizycznych (wyszczególnione poniżej), odpowiedniej wiedzy specjalisty(-tki) zdrowia psychicznego i wszystkich innych informacji istotnych dla zdrowia danej młodej osoby oraz skierowania jej na określone formy leczenia.

5. Edukowanie oraz reprezentowanie dzieci i młodzieży z dysforią płciową i ich rodzin w ich społecznościach (np. ośrodkach opieki dziennej, szkołach, obozach, innych organizacjach). Jest to szczególnie ważne w świetle danych, że dzieci i młodzież, które nie dostosowują się do społecznie narzuconych norm płciowych mogą doświadczać prześladowania w szkole (Grossman, D'Augelli, Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, Hubbard, 2006; Sausa, 2005), co wystawia je na ryzyko izolacji społecznej, depresji oraz innych negatywnych następstw (Nuttbrock i in., 2010).
6. Zapewnienie informacji dzieciom, młodzieży i ich rodzinom i kierowanie ich do miejsc wsparcia rówieśniczego, takich jak grupy wsparcia dla rodziców dzieci transpłciowych i różnorodnych płciowo (Gold, MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

Ocena i psychospołeczne interwencje dla dzieci i młodzieży są często dostarczane w ramach multidyscyplinarnych specjalistycznych usług zajmujących się tożsamością płciową. Jeśli takie multidyscyplinarne usługi nie są dostępne, specjalista(-tka) zdrowia psychicznego powinien konsultować się i współpracować z pediatrą-endokrynologiem(-żką) dla celów oceny, edukacji i włączenia go w jakiegokolwiek decyzje dotyczące fizycznych interwencji.

Psychologiczna ocena dzieci i młodzieży

Podczas oceniania dzieci i młodzieży zgłaszających się z dysforią płciową, specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni zasadniczo przestrzegać następujących wytycznych:

- Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego nie powinni lekceważyć ani wyrażać negatywnego stosunku do nienormatywnych tożsamości płciowych lub objawów wskazujących na dysfориę płciową. Zamiast tego powinni uznać istniejące problemy dzieci, młodzieży i ich rodzin; oferować dokładną ocenę dysfории płciowej i wszystkich innych współistniejących problemów związanych ze zdrowiem psychicznym; i edukować klientów(-tki) i ich rodziny odnośnie do opcji terapeutycznych, jeśli jest to potrzebne. Akceptacja i zaprzestanie ukrywania dysfории płciowej może przynieść znaczącą ulgę dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzin.
- Ocena dysfории płciowej i ocena zdrowia psychicznego powinny odkrywać naturę i cechy tożsamości płciowej u danego dziecka lub osoby nastoletniej. Psychodiagnostyczna i psychiatryczna ocena – obejmująca obszary funkcjonowania emocjonalnego, rówieśniczych i innych relacji społecznych oraz funkcjonowania intelektualnego/osiągnięć szkolnych – powinna zostać przeprowadzona. W skład oceny powinna wchodzić ocena silnych i słabych stron funkcjonowania rodziny. Problemy emocjonalne i behawioralne są względnie częste i występować mogą nierozwiązane problemy w środowisku danego dziecka lub osoby nastoletniej (de Vries, Doreleijers, Steensma, Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie, Thümmel, 2006; Wallien i in., 2007).

- U młodzieży faza oceny powinna być również wykorzystana w celu poinformowania danej osoby oraz jej rodziny na temat możliwości i ograniczeń różnych form leczenia. Jest to niezbędne dla uzyskania świadomej zgody, ale również ważne dla samej oceny. Sposób, w jaki osoby nastoletnie reagują na informacje o realiach medycznej tranzycji może być pomocny diagnostycznie. Właściwa informacja może zmienić pragnienie młodego człowieka odnośnie do określonej formy leczenia, jeśli to pragnienie oparte było na nierealistycznych oczekiwaniach względem jego możliwości.

Psychologiczne oraz społeczne interwencje dla dzieci i młodzieży

Podczas wspierania oraz leczenia dzieci i młodzieży z dysforią płciową, pracownicy(-ce) ochrony zdrowia powinni zasadniczo przestrzegać następujących wytycznych:

1. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni pomagać rodzinom w akceptującym i opiekuńczym podejściu do problemów dziecka lub osoby nastoletniej z dysforią płciową. Rodziny odgrywają ważną rolę w zdrowiu psychicznym oraz dobrostanie dzieci i młodzieży (Brill, Pepper, 2008; Lev, 2004). Dotyczy to również rówieśników i mentorów ze społeczności, którzy również mogą być źródłem społecznego wsparcia.
2. Psychoterapia powinna koncentrować się na zmniejszaniu niepokoju u dziecka lub osoby nastoletniej związanego z dysforią płciową i na łagodzeniu wszystkich innych trudności psychospołecznych. Dla młodzieży pragnącej medycznej tranzycji psychoterapia może koncentrować się na wspieraniu jej przed, w czasie oraz po tranzycji. Formalne analizy skuteczności zastosowania różnych podejść psychoterapeutycznych w tej sytuacji nie zostały opublikowane, ale opisano kilka metod doradztwa (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).

Leczenie mające na celu próbę zmiany tożsamości i ekspresji płciowej danej osoby, by stała się bardziej zgodna z płcią przypisaną przy urodzeniu, było próbowane w przeszłości bez sukcesów (Gelder, Marks, 1969; Greenson, 1964), w szczególności długoterminowych (Cohen-Kettenis, Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Takie leczenie nie jest już dłużej uznawane za etyczne.

1. Rodziny powinny być wspierane w radzeniu sobie z niepewnością i lękiem związanymi z ostateczną psychoseksualną charakterystyką dzieci lub osób nastoletnich i w pomaganiu młodemu człowiekowi w rozwinięciu pozytywnego obrazu własnej osoby.

2. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego nie powinni narzucać binarnego spojrzenia na płeć kulturową. Powinni zapewniać swoim klientom(-tkom) pełnię możliwości w eksplorowaniu różnych opcji ekspresji płciowej. Hormonalne lub chirurgiczne interwencje są odpowiednie dla części osób nastoletnich, ale nie dla wszystkich.
3. Klienci(-tki) i ich rodziny powinni otrzymać wsparcie w podejmowaniu trudnych decyzji odnośnie do zakresu, w jakim pozwala się klientom(-tkom) na wyrażanie roli płciowej zgodnej z ich tożsamością płciową, a także ram czasowych dokonywania zmian w roli płciowej i możliwej tranzycji społecznej. Na przykład klient(ka) może uczęszczać do szkoły i jednocześnie przechodzić tranzycję społeczną częściowo (np. przez noszenie ubrań i posiadanie fryzury, która odpowiada ich tożsamości płciowej) albo w pełni (np. także przez używanie imienia i zaimków zgodnych z tożsamością płciową). W obręb trudnych zagadnień wchodzi to czy i kiedy poinformować inne osoby o sytuacji klienta(-tki) i jak te osoby na to powinny zareagować.
4. Pracownicy(-ce) ochrony zdrowia powinni wspierać klientów(-tki) oraz ich rodziny przez pełnienie funkcji edukatorów(-rek) oraz ich przedstawicieli(-lek) w ich interakcjach z członkami społeczności i instytucjami, takimi jak nauczyciele, zarządy szkolne i sądy.
5. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni dążyć do utrzymania relacji terapeutycznej z nienormatywnymi płciowo dziećmi i młodzieżą i ich rodzinami w czasie jakichkolwiek następujących społecznych zmian czy fizycznych interwencji. Daje to pewność, że decyzje odnośnie do ekspresji płciowej i leczenia dysforii płciowej są dogłębnie i wielokrotnie przemyślane. Dotyczy to również sytuacji, w której dziecko lub osoba nastoletnia przeszły już społeczną zmianę roli płciowej przed pierwszym spotkaniem ze specjalistą(-tką) z obszaru zdrowia psychicznego.

Proces społecznej tranzycji we wczesnym dzieciństwie

Część dzieci stwierdza, że pragnie przejść tranzycję społeczną do innej roli płciowej na długo przed dojrzewaniem. Dla części dzieci może to być odzwierciedleniem ekspresji ich tożsamości płciowej. Dla innych może to być powodowane przez inne czynniki. Rodziny różnią się między sobą w stopniu, w jakim pozwalają swoim dzieciom na przejście tranzycji społecznej do innej roli płciowej. Tranzycje społeczne we wczesnym dzieciństwie zachodzą w niektórych rodzinach ze wstępnym powodzeniem. Jest to kontrowersyjne zagadnienie i wśród pracowników(-ic) ochrony zdrowia panują na ten temat rozbieżne poglądy. Obecne dane badawcze są niewystarczające, by móc przewidzieć długoterminowe efekty przejścia tranzycji do innej roli płciowej w czasie wczesnego dzieciństwa. Badania efektów u dzieci, które przeszły wczesną tranzycję społeczną w wielkim stopniu pomogłyby przyszłym rekomendacjom klinicznym.

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą pomagać rodzinom w podejmowaniu decyzji odnośnie do odpowiedniego czasu i procesu jakichkolwiek zmian w roli płciowych ich młodych dzieci. Powinni zapewniać informacje oraz pomagać rodzicom w ocenie potencjalnych korzyści i wyzwań związanych z poszczególnymi wyborami. Istotne w tej kwestii są wcześniej opisane względnie niskie wskaźniki utrzymywania się dziecięcej dysforii płciowej (Drummond i in., 2008; Wallien, Cohen-Kettenis, 2008). Powrót do początkowej roli płciowej może wywoływać znaczny dyskomfort i nawet powodować opóźnienie tej drugiej tranzycji społecznej ze strony dziecka (Steenma, Cohen-Kettenis, 2011). Z takich powodów rodzice mogą chcieć przedstawiać zmianę roli jako eksplorację życia w innej roli płciowej, a nie jako nieodwracalną sytuację. Specjaliści(-stki) zdrowia psychicznego mogą pomagać rodzicom w rozpoznawaniu potencjalnych pośrednich rozwiązań lub kompromisów (np. tylko w czasie wakacji). Jest również ważne, by rodzice wyraźnie dali znać dziecku, że istnieje droga powrotna.

Niezależnie od decyzji rodziny w sprawie tranzycji (jej czasu i zakresu), profesjonaliści(-stki) powinni doradzać i wspierać je w czasie, w którym przepracowują różne opcje i ich implikacje. Jeśli rodzice nie pozwalają swojemu dziecku na przejście tranzycji do innej roli płciowej, mogą potrzebować doradztwa mającego pomóc im w zaspokajaniu potrzeb swojego dziecka w sposób wrażliwy i opiekuńczy, dbając o to, by dziecko miało pełnię możliwości w eksplorowaniu swoich uczuć i zachowań związanych z płcią w bezpiecznym środowisku. Jeśli rodzice pozwalają dziecku na przejście tranzycji do innej roli płciowej, mogą potrzebować doradztwa mającego sprzyjać pozytywnym doświadczeniom u dziecka. Na przykład mogą potrzebować wsparcia w używaniu odpowiednich zaimków, utrzymywaniu bezpiecznego i wspierającego środowiska dla ich dokonującego tranzycji dziecka (np. w szkole, w grupach rówieśniczych) i w komunikacji z innymi osobami w życiu ich dziecka. W obu przypadkach, w miarę jak dziecko zbliża się do okresu dojrzewania może być potrzebna dalsza diagnostyka, wraz z pojawieniem się możliwości zastosowania interwencji medycznych.

Fizyczne interwencje u młodzieży

Zanim jakiegokolwiek medyczne interwencje u młodzieży będą brane pod uwagę, należy dokonać dogłębnej oceny zagadnień psychologicznych, rodzinnych i społecznych, jak wskazano powyżej. Czas trwania tej oceny może znacząco różnić się w zależności od złożoności danej sytuacji.

Interwencje medyczne powinny być rozważane w kontekście rozwoju danej osoby nastoletniej. Niektóre przekonania na temat tożsamości u osób nastoletnich mogą być niezachwiane i intensywnie wyrażane, tworząc fałszywe wrażenie ich nieodwracalności. Przejście osoby nastoletniej w stronę normatywności płciowej może zachodzić przede wszystkim w celu zadowolenia rodziców i może nie być trwałe lub może nie odzwierciedlać trwałej zmiany w doświadczaniu dysforii płciowej (Hembree i in., 2009; Steensma i in., najpierw opublikowane w Internecie 7 stycznia 2011).

Interwencje medyczne u młodzieży są podzielone na trzy kategorie lub etapy (Hembree i in., 2009):

1. **W pełni odwracalne interwencje** – w ich obręb wchodzi stosowanie analogów GnRH w celu zahamowania produkcji estrogenów lub testosteronu i w efekcie opóźnienie fizycznych zmian związanych z dojrzewaniem. Alternatywne opcje leczenia obejmują progestageny (najczęściej używany jest medroksyprogesteron) lub inne leki (takie jak spironolakton), które zmniejszają efekty działania androgenów wydzielanych przez jądra osób nastoletnich, które nie otrzymują analogów GnRH. Ciągłe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (lub wolno wchłaniającego się medroksyprogesteronu) może być użyte w celu zahamowania miesiączki.
2. **Częściowo odwracalne interwencje** – w ich obręb wchodzi terapia hormonalna maskulinizująca lub feminizująca ciało. Odwrócenie niektórych zmian wywołanych przez hormony może wymagać rekonstrukcyjnych zabiegów chirurgicznych (np. ginekomastii wywołanej przez estrogeny), podczas gdy inne zmiany nie są odwracalne (np. obniżenie tembru głosu powodowane przez testosteron).
3. **Nieodwracalne interwencje** – w ich obręb wchodzi procedury chirurgiczne.

Polecane jest zastosowanie etapowego procesu, w celu zapewnienia możliwości różnych opcji w trakcie dwóch pierwszych etapów. Przejście od jednego etapu do drugiego nie powinno mieć miejsca, dopóki nie minie odpowiedni czas, aby osoba nastoletnia oraz jej rodzice w pełni przyswoili sobie efekty poprzednich interwencji.

W pełni odwracalne interwencje

Osoby nastoletnie mogą spełnić niezbędne warunki włączenia hormonów blokujących dojrzewanie, gdy tylko zaczną się zmiany związane z dojrzewaniem. Aby osoby nastoletnie i ich rodzice mogli podjąć świadomą decyzję odnośnie do opóźnienia dojrzewania, jest zalecane, aby osoby nastoletnie doświadczyły początku dojrzewania przynajmniej do 2 fazy Tannera. Niektóre dzieci mogą wejść w tę fazę w bardzo wczesnym wieku (np. 9 lat). Badania oceniające to podejście uwzględniły wyłącznie dzieci, które były w wieku przynajmniej 12 lat (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma i in., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal, Cohen-Kettenis, 2006).

Dwa cele uzasadniają interwencję z użyciem hormonów hamujących dojrzewanie: (i) ich zastosowanie daje nastolatkom więcej czasu na pogłębioną ocenę swojej nienormatywności płciowej oraz innych problemów rozwojowych; oraz (ii) ich zastosowanie może ułatwić tranzycję przez zapobieżenie rozwoju cech płciowych, które są trudne lub niemożliwe do odwrócenia, jeśli osoba nastoletnia nadal będzie dążyć do medycznej tranzycji.

Hamowanie dojrzewania może trwać przez parę lat i w tym czasie podjęta zostaje decyzja, aby albo zaprzestać jakiejkolwiek terapii hormonalnej, albo przejść do feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej. Hamowanie dojrzewania nie zawsze prowadzi do tranzycji społecznej czy korekty płci.

Kryteria włączenia hormonów hamujących dojrzewanie

Osoby nastoletnie mające otrzymywać hormony hamujące dojrzewanie muszą spełniać następujące minimalne kryteria:

1. Osoba nastoletnia wykazywała długotrwały i intensywny wzór nienormatywności płciowej lub dysforii płciowej (tłumionej lub wyrażonej).
2. Dysforia płciowa pojawiła się lub pogorszyła się razem z początkiem dojrzewania.
3. Zajęto się wszystkimi współistniejącymi psychologicznym, medycznymi lub społecznymi problemami, które mogłyby wpływać na leczenie (np. takimi, które mogą niekorzystnie wpływać na przestrzeganie zasad leczenia), tak że sytuacja i funkcjonowanie osoby nastoletniej są wystarczająco stabilne, aby móc zacząć leczenie.
4. Osoba nastoletnia udzieliła świadomej zgody i, w szczególności w sytuacji, gdy osoba nastoletnia nie osiągnęła wieku, w którym może decydować o swoim leczeniu, takiej zgody udzielili rodzice lub inni opiekunowie i są oni zaangażowani we wsparcie osoby nastoletniej podczas procesu leczenia.

Reguły, monitorowanie i ryzyko związane z hamowaniem dojrzewania

W celu zahamowania dojrzewania, osoby nastoletnie z męskimi narządami płciowymi powinny być leczone analogami GnRH, które zatrzymują wydzielanie hormonu luteinizującego i tym samym wydzielanie testosteronu. Alternatywnie, mogą być one leczeni progestagenami (takimi jak medroksyprogesteron) albo innymi lekami, które blokują wydzielanie testosteronu i/lub blokują jego działanie. Osoby nastoletnie z żeńskimi narządami płciowymi powinny być leczone analogami GnRH, które zatrzymują produkcję estrogenów i progesteronu. Alternatywnie mogą być leczeni progestagenami (takimi jak medroksyprogesteron). Ciągłe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (lub wolno wchłaniającego się medroksyprogesteronu) może być użyte w celu zahamowania miesiączki. W obu grupach osób nastoletnich użycie analogów GnRH jest polecaną formą leczenia (Hembree i in., 2009), ale dla części pacjentów(-tek) przeszkodą jest ich wysoki koszt.

W czasie hamowania dojrzewania fizyczny rozwój osoby nastoletniej powinien być uważnie monitorowany – najlepiej przez pediatrę-endokrynologa(-żkę) – tak aby zastosować wszystkie niezbędne

interwencje (np. mające na celu uzyskanie odpowiedniego dla danej płci wzrostu czy poprawienie jatrogennej obniżonej gęstości kości) (Hembree i in., 2009).

Wczesne zastosowanie hormonów hamujących dojrzewanie może pomóc w uniknięciu negatywnych społecznych i emocjonalnych konsekwencji dysforii płciowej bardziej efektywnie niż mogłoby to zrobić późniejsze ich zastosowanie. Interwencja we wczesnym okresie dojrzewania powinna być przeprowadzona z udziałem pediatry-endokrynologa(-żki), jeśli jest dostępny. Osoby nastoletnie z męskimi narządami płciowymi, którzy zaczynają stosowanie analogów GnRH we wczesnym okresie dojrzewania powinni być poinformowani, że może to skutkować zbyt małą ilością dostępnej tkanki penisa, która jest potrzebna do zastosowania techniki waginoplastyki opartej na inwersji penisa (są dostępne alternatywne techniki, z zastosowaniem przeszczepu skóry lub tkanki okrężnicy).

Ani zablokowanie dojrzewania, ani umożliwienie wystąpienia dojrzewania nie jest neutralnym działaniem. Z jednej strony, funkcjonowanie na późniejszych etapach życia może być utrudnione przez rozwinięcie nieodwracalnych drugorzędowych cech płciowych w trakcie dojrzewania i przez lata spędzone na doświadczaniu intensywnej dysforii płciowej. Z drugiej strony, istnieją przesłanki świadczące o negatywnych, fizycznych efektach ubocznych związanych ze stosowaniem analogów GnRH (np. wpływie na rozwój kości i wzrost). Chociaż wstępne wyniki tego podejścia (ocenione na podstawie osób nastoletnich badanych na przestrzeni 10 lat) są obiecujące (Cohen-Kettenis i in., 2011; Delemarre-van de Waal, Cohen-Kettenis, 2006), ocena długoterminowych efektów może nastąpić dopiero wtedy, gdy pierwsi pacjenci(-tki) leczeni w ten sposób osiągną odpowiedni wiek.

Częściowo odwracalne interwencje

Osoby nastoletnie mogą spełnić niezbędne warunki włączenia feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej, najlepiej przy zgodzie rodziców. W wielu krajach osoby powyżej 16 roku życia mogą dokonywać medycznych decyzji i nie potrzebują do tego zgody rodziców. W idealnej sytuacji, decyzje odnośnie do leczenia powinny zostać podjęte wspólnie przez daną osobę, jej rodzinę oraz pracowników(-ce) ochrony zdrowia.

Zasady stosowania terapii hormonalnej u młodzieży z dysforią płciową różnią się znacząco od tych używanych u dorosłych (Hembree i in., 2009). Zasady stosowania hormonów dla młodzieży są dostosowane do somatycznego, emocjonalnego i psychicznego rozwoju, który ma miejsce przez okres adolescencji (Hembree i in., 2009).

Nieodwracalne interwencje

Operacje narządów płciowych nie powinny być przeprowadzane, dopóki: (i) pacjent(ka) nie osiągnie prawnego wieku pełnoletności w danym kraju i (ii) pacjent(ka) nie żył(a) w roli płciowej zgodnej z jego/jej tożsamością płciową w sposób ciągły przez ostatnie co najmniej 12 miesięcy. Granica wieku powinna być postrzegana jako minimalne kryterium, a nie wskazanie samo w sobie dla aktywnej interwencji.

Operacja klatki piersiowej dla pacjentów dokonujących tranzycji w kierunku męskim może zostać przeprowadzona wcześniej, najlepiej po dłuższym czasie funkcjonowania w pożądanej roli płciowej i po roku od rozpoczęcia leczenia testosteronem. Uzasadnieniem dla tej sugerowanej kolejności jest danie osobie nastoletniej wystarczająco dużo okazji do doświadczenia i społecznego przystosowania się do bardziej męskiej roli płciowej przed przejściem nieodwracalnego zabiegu chirurgicznego. Jednakże, bardziej odpowiednie mogą być inne podejścia w zależności od specyficznej sytuacji klinicznej osoby nastoletniej i celów, które mają być osiągnięte dla wyrażenia określonej tożsamości płciowej.

Ryzyko związane ze wstrzymaniem leczenia osób nastoletnich

Odmawianie zastosowania medycznych interwencji dla osób nastoletnich w odpowiednim terminie może przedłużyć dysfориę płciową i przyczynić się do wyglądu, który może prowokować prześladowanie i stygmatyzację. Jako że poziom prześladowania związanego z płcią jest w znacznym stopniu związany z nasileniem dolegliwości psychiatrycznych w czasie dojrzewania (Nuttbrock i in., 2010), wstrzymanie się z hamowaniem dojrzewania i następującą potem feminizującą lub maskulinizującą terapią hormonalną nie jest obojętnym z punktu widzenia dobra osób nastoletnich postępowaniem.

VII

Zdrowie psychiczne

Osoby transseksualne, transpłciowe oraz różnorodne płciowo mogą szukać wsparcia ze strony specjalistów(-tek) zdrowia psychicznego z wielu różnych powodów. Niezależnie od powodu dla którego dana osoba poszukuje opieki, specjaliści(-stki) zdrowia psychicznego powinni być zaznajomieni z różnorodnością płciową, zachowywać się z odpowiednią kompetencją kulturową i wykazywać się wrażliwością podczas zapewniania opieki.

Ten rozdział *Standardów opieki* skupia się na roli odgrywanej przez specjalistów(-tki) zdrowia psychicznego w zapewnianiu opieki nad dorosłymi szukającymi pomocy w związku z dysforią płciową i innymi powiązanymi problemami. Specjaliści(-stki) pracujący z dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową i ich rodzinami powinni zapoznać się z rozdziałem VI.

Kompetencje specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego pracujących z dorosłymi, którzy zgłaszają się z dysforią płciową

Wyszkolenie specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego posiadających kompetencje do pracy z dorosłymi z dysforią płciową opiera się na podstawowych, ogólnych kompetencjach klinicznych w ocenie, diagnozie i leczeniu problemów ze zdrowiem psychicznym. Szkolenie kliniczne może odbyć się w obrębie każdej dyscypliny, która przygotowuje specjalistów(-tki) zdrowia psychicznego do praktyki klinicznej, takiej jak psychologia, psychiatria, opieka społeczna, poradnictwo w sprawach zdrowia psychicznego, terapia małżeńska i rodzinna, pielęgniarstwo lub medycyna rodzinna ze specjalistycznym przeszkoleniem w dziedzinie zdrowia behawioralnego i poradnictwa. Polecane minimalne kwalifikacje specjalistów(-tek) zdrowia psychicznego, którzy pracują z dorosłymi zgłaszającymi się z dysforią płciową, są następujące:

1. Stopień magistra lub jego równoważnik w dziedzinie klinicznych nauk behawioralnych. Ten tytuł lub wyższy powinny zostać nadane przez instytucję akredytowaną przez odpowiednią krajową lub regionalną komisję akredytującą. Specjaliści(-stki) zdrowia psychicznego powinni posiadać udokumentowane kwalifikacje wydane przez odpowiednią komisję lub odpowiadające jej w danym kraju ciało.
2. Kompetencja w używaniu DSM i/lub ICD w celach diagnostycznych.
3. Zdolność do rozpoznania i zdiagnozowania współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym i odróżnienia ich od dysforii płciowej.
4. Udokumentowane szkolenie pod superwizją i kwalifikacje w psychoterapii lub poradnictwie.
5. Posiadanie wiedzy na temat różnorodnych tożsamości i ekspresji płciowych oraz oceny i leczenia dysforii płciowej.
6. Kontynuowanie edukacji w zakresie oceny i leczenia dysforii płciowej. Może to obejmować: uczęszczanie na odpowiednie spotkania specjalistów(-tek), warsztaty lub seminaria; korzystanie z superwizji specjalisty(-tki) z obszaru zdrowia psychicznego z odpowiednim doświadczeniem; lub branie udziału w badaniach naukowych związanych z różnorodnością płciową i dysforią płciową.

W dodatku do wymienionych wyżej minimalnych kompetencji poleca się, by specjaliści(-stki) od zdrowia psychicznego rozwijali i utrzymywali kompetencje kulturowe umożliwiające im pracę z transseksualnymi, transpłciowymi lub różnorodnymi płciowo klientami(-tkami). Może to obejmować, na przykład, zdobycie wiedzy na temat obecnej społeczności, wsparcia i kwestii związanych z polityką publiczną odnoszących się do tych klientów(-tek) i ich rodzin. Dodatkowo preferowana jest wiedza na temat seksualności, problemów związanych ze zdrowiem seksualnym oraz oceny i leczenia zaburzeń seksualnych.

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego, którzy zaczynają pracę w tej dziedzinie (niezależnie od poziomu ich wykształcenia i innego doświadczenia) powinni pracować pod nadzorem specjalisty(-tki) zdrowia psychicznego z potwierdzonymi kompetencjami w ocenie i leczeniu dysforii płciowej.

Zadania specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego pracujących z dorosłymi, którzy zgłaszają się z dysforią płciową

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą służyć osobom transseksualnym, transpłciowym i różnorodnym płciowo oraz ich rodzinom na wiele różnych sposobów, w zależności od potrzeb klienta(-tki). Na przykład, specjaliści(-stki) zdrowia psychicznego mogą służyć jako psychoterapeuci(-utki), doradcy(-dczynie) czy terapeuci(-utki) rodzinni czy też jako diagnostycy(-czki), rzecznicy(-czki) lub nauczyciele(-lki).

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni ustalić powody klienta(-tki), dla których szuka specjalistycznego wsparcia. Na przykład, klient(ka) może zgłaszać się w celu uzyskania dowolnej kombinacji następujących usług opieki zdrowotnej: wsparcie psychoterapeutyczne mające na celu eksplorowanie ekspresji i tożsamości płciowej lub ułatwienie procesu coming-outu¹⁷; ocena i skierowanie na feminizujące/maskulinizujące interwencje medyczne; psychologiczne wsparcie dla członków(-kiń) rodziny (partnerów(-rek), dzieci, rodziny generacyjnej); psychoterapia niezwiązana z problematyką płci lub inne specjalistyczne usługi.

Poniżej przedstawiono ogólne wytyczne dotyczące powszechnych zadań stojących przed specjalistami(-tkami) z obszaru zdrowia psychicznego podczas pracy z dorosłymi, którzy zgłaszają się z dysforią płciową.

17 Proces wyjścia z ukrycia, odkrywania i ujawnienia otoczeniu swojej tożsamości [przyp. red. wyd. pol.].

Zadania związane z oceną i kierowaniem na konsultację/dalsze leczenie

1. Oceń dysfориę płciową

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego oceniają dysfориę płciową u klienta(-tki) w kontekście ich psychospołecznego przystosowania (Bockting i in., 2006; Lev, 2004, 2009). Ta ocena obejmuje przynajmniej, ocenę tożsamości i dysfории płciowej, historię i rozwój odczuć związanych z dysfориą płciową, wpływ stygmatyzacji związanej z nienormatywnością płciową na zdrowie psychiczne i dostępność wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół(ek) i osób w podobnej sytuacji (na przykład przez osobiste lub internetowe kontakty z innymi osobami transseksualnymi, transpłciowymi lub różnorodnymi płciowo albo grupami). Ocena może zakończyć się brakiem diagnozy, oficjalną diagnozą związaną z dysfориą płciową i/lub innymi diagnozami, które opisują zdrowotne i psychospołeczne aspekty funkcjonowania klienta(-tki). W obręb zadań specjalistów(-tek) zdrowia psychicznego wchodzi upewnienie się, że dysforia płciowa nie jest wtórna lub lepiej wyjaśniana przez inne diagnozy.

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego z opisanymi wyżej kompetencjami (dalej nazywani „wykwalifikowanymi specjalistami(-tkami) z obszaru zdrowia psychicznego”) są najlepiej przygotowani do przeprowadzenia takiej oceny dysfории płciowej. Jednakże, to zadanie może być zamiennie wykonane przez innego profesjonalistę(-tkę) zajmującego się zdrowiem, który przeszedł odpowiednie szkolenie w zakresie zdrowia behawioralnego i jest kompetentny w ocenie dysfории płciowej, w szczególności, gdy funkcjonuje jako część multidyscyplinarnego, wyspecjalizowanego zespołu, który zapewnia dostęp do feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej. Tym specjalistą(-tką) może być osoba zapisująca hormony lub członek jej zespołu świadczącego opiekę zdrowotną.

2. Zapewnij informacje odnośnie do różnych opcji dotyczących tożsamości i ekspresji płciowej oraz możliwych interwencji medycznych

Ważnym zadaniem specjalistów(-tek) zdrowia psychicznego jest edukowanie klientów(-tek) na temat różnorodności tożsamości i ekspresji płciowych oraz różnych dostępnych opcji zmniejszania dysfории płciowej. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą następnie ułatwić proces (lub skierować w inne miejsce), podczas którego klienci(-tki) eksplorują te różne opcje w celu znalezienia komfortowej ekspresji i roli płciowej oraz przygotowania się do podjęcia w pełni świadomej decyzji odnośnie do dostępnych interwencji medycznych, jeśli są potrzebne. Ten proces może obejmować skierowanie na terapię indywidualną, rodzinną czy grupową i/lub wskazanie dostępnych w społeczności zasobów i miejsc koleżeńskiego wsparcia. Specjalista(-tka) i klient(-tka) omówią następstwa, zarówno krótko-, jak i długoterminowe wszystkich zmian w roli płciowej oraz następstwa zastosowania interwencji medycznych. Następstwa te mogą mieć charakter psychologiczny, społeczny, fizyczny, seksualny, zawodowy, finansowy i prawny (Bockting i in., 2006; Lev, 2004).

Do zadania tego najlepiej przygotowany jest wykwalifikowany specjalista(-tka) z obszaru zdrowia psychicznego, jednakże może ono być podjęte przez innego profesjonalistę(-tkę) zajmującego się zdrowiem z odpowiednim wykształceniem w zakresie zdrowia behawioralnego, mającego wystarczającą wiedzę na temat różnorodnych tożsamości i ekspresji płciowych oraz możliwych medycznych interwencji w dysforii płciowej, w szczególności gdy funkcjonuje jako część multidyscyplinarnego, wyspecjalizowanego zespołu, który zapewnia dostęp do feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej.

3. Oceń, zdiagnozuj i omów opcje leczenia współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym

Klienci(-tka) zgłaszający się z dysforią płciową mogą zmagać się z szeregiem różnych problemów ze zdrowiem psychicznym (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, Valdés, 2009; Murad i in., 2010), związanych bądź niezwiązanych z długą historią dysforii płciowej i/lub chronicznym stresem mniejszościowym. Możliwe problemy obejmują lęk, depresję, samookaleczenie się, historię bycia prześladowanym i zaniedbywanym, kompulsywność, nadużywanie substancji, problemy seksualne, zaburzenia osobowości, zaburzenia jedzenia, zaburzenia psychotyczne i zaburzenia ze spektrum autyzmu (Bockting i in., 2006; Nuttbrock i in., 2010; Robinow, 2009). Specjaliści(-stka) z obszaru zdrowia psychicznego powinni dokonać oceny przesiewowej klientów(-tek) w kierunku tych i innych problemów zdrowia psychicznego oraz włączyć zidentyfikowane problemy w całościowy plan leczenia. Te problemy mogą być znaczącym źródłem dyskomfortu i, jeśli pozostaną nieleczone, mogą skomplikować proces eksploracji tożsamości płciowej i rozwiązania problemu dysforii płciowej (Bockting i in., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Zajęcie się tymi problemami może w znaczący sposób ułatwić rozwiązanie problemu dysforii płciowej, możliwe zmiany w roli płciowej, podjęcie świadomych decyzji odnośnie do interwencji medycznych oraz poprawę jakości życia.

Niektórym klientom(-tkom) w złagodzeniu lub leczeniu współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym mogą pomóc leki psychotropowe. Oczekuje się, że specjaliści(-stka) z obszaru zdrowia psychicznego rozpoznają ten fakt i albo zapewnią sami farmakoterapię, albo skierują do innego specjalisty(-tka), który ma do tego kwalifikacje. Obecność współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym niekoniecznie wyklucza dokonanie zmian w roli płciowej lub dostęp do feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej lub zabiegów chirurgicznych; raczej problemy te muszą być optymalnie rozwiązane/rozwiązywane przed lub równocześnie z leczeniem dysforii płciowej. Dodatkowo, klienci(-tka), powinni zostać ocenieni pod kątem ich zdolności do wyrażenia opartej na edukacji świadomej zgody na leczenie medyczne.

Wykwalifikowani specjaliści(-stka) z obszaru zdrowia psychicznego są specjalnie wyszkoleni, aby oceniać, diagnozować i leczyć (lub kierować na leczenie) te współistniejące problemy ze zdrowiem psychicznym. Inni profesjonaliści(-stka) zajmujący się zdrowiem z odpowiednim wykształceniem w zakresie zdrowia behawioralnego, w szczególności funkcjonujący jako część multidyscyplinarnego, wyspecjalizowanego zespołu zapewniającego dostęp do feminizującej/maskulinizującej terapii

hormonalnej, mogą także dokonywać oceny przesiewowej w kierunku problemów ze zdrowiem psychicznym i, jeśli jest to wskazane, zapewnić skierowanie na całościową ocenę i leczenie przez wykwalifikowanego specjalistę(-tkę) z obszaru zdrowia psychicznego.

4. W razie potrzeby, oceń spełnianie kryteriów, przygotuj i skieruj na terapię hormonalną

Standardy opieki zapewniają kryteria kierujące decyzjami odnośnie do feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej (wymienione w rozdziale VIII oraz Załączniku C). Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą pomagać klientom(-tkom), którzy zastanawiają się nad terapią hormonalną, w byciu przygotowanym zarówno psychologicznie (na przykład podjęli w pełni świadomą decyzję z jasnymi i realistycznymi oczekiwaniami; są gotowi do przyjęcia usług zgodnie z całościowym planem leczenia; włączyli rodziny i społeczność, stosownie do okoliczności), jak i praktycznie (na przykład: przeszli ocenę dokonaną przez lekarza(-rkę) w celu wykluczenia lub omówienia medycznych przeciwwskazań dla stosowania hormonów; rozważenie psychospołecznych następstw). Jeśli klienci(-tki) są w wieku rozrodczym opcje reprodukcyjne (rozdział IX) powinny zostać omówione przed rozpoczynaniem terapii hormonalnej.

Ważne jest, aby specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego dostrzegali, że decyzje odnośnie do hormonów są przede wszystkim decyzjami klienta(-tki) – podobnie jak wszystkie inne decyzje dotyczące opieki zdrowotnej. Jednakże, na specjalistach(-tkach) z obszaru zdrowia psychicznego spoczywa odpowiedzialność by zachęcać, prowadzić oraz wspierać klientów(-tki) w podejmowaniu w pełni świadomych decyzji i w byciu odpowiednio przygotowanymi. W celu zapewnienia najlepszego wsparcia decyzji klientów(-tek), specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni utrzymywać funkcjonujące relacje zawodowe ze swoimi klientami(-tkami), i posiadać wystarczające o nich informacje. Klienci(-tki) powinni przejść przez szybką i uważną ocenę, mającą na celu zmniejszenie ich dysforii płciowej oraz zapewnienie im odpowiednich usług medycznych.

Skierowanie na feminizującą/maskulinizującą terapię hormonalną

Osoby dążące do hormonalnej terapii feminizującej/maskulinizującej mogą zgłaszać się do specjalisty(-tki) w każdej dziedzinie. Jednakże opieka zdrowotna dla osób transpłciowych jest obszarem interdyscyplinarnym i zaleca się koordynację opieki oraz konsultacji pomiędzy całym zespołem zajmującym się opieką zdrowotną nad klientem(-tką).

Terapia hormonalna może być rozpoczęta na podstawie skierowania wydanego przez wykwalifikowanego specjalistę(-tkę) z obszaru zdrowia psychicznego. Alternatywnie, pracownik(-ca) opieki zdrowotnej, który jest odpowiednio wyszkolony w zakresie zdrowia behawioralnego i jest kompetentny w ocenie dysforii płciowej może ocenić spełnianie kryteriów, przygotować i skierować pacjenta(-tkę) na terapię hormonalną, szczególnie w przypadku braku znaczących, współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym i pracy w ramach multidyscyplinarnego, wyspecjalizowanego

zespołu. Kierujący pracownik(-ca) opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację – w postaci karty zdrowia i/lub skierowania – obejmującą osobistą historię pacjenta(-tki), historię leczenia, postęp i spełnianie kryteriów. Pracownicy(-ce) opieki zdrowotnej, którzy zlecają terapię hormonalną dzielą etyczną i prawną odpowiedzialność za tę decyzję z lekarzem(-rką), który zapewnia tę usługę.

Rekomendowana zawartość skierowania na feminizującą/maskulinizującą terapię hormonalną jest następująca:

1. Ogólne cechy identyfikujące klienta(-tki).
2. Rezultaty psychospołecznej oceny klienta(-tki), włączając w to jakiegokolwiek diagnozy.
3. Czas trwania relacji pracownika(-cy) opieki zdrowotnej wydającego skierowanie z klientem(-tką), włączając w to typ przeprowadzonej do tej pory oceny oraz leczenia lub doradztwa.
4. Wyjaśnienie, że kryteria włączenia terapii hormonalnej zostały spełnione i krótki opis zawierający kliniczne uzasadnienie wsparcia prośby klienta(-tki) o włączenie terapii hormonalnej.
5. Oświadczenie, że została uzyskana świadoma zgoda od pacjenta(-tki).
6. Oświadczenie, że pracownik(-ca) opieki zdrowotnej wydający skierowanie jest dostępny w celu koordynacji opieki i że można się z nim skontaktować telefonicznie w celu jej ustalenia.

Dla osób świadczących usługi zdrowotne pracujących w obrębie multidyscyplinarnego, wyspecjalizowanego zespołu, skierowanie może nie być konieczne; ocena i rekomendacja mogą zostać udokumentowane w karcie zdrowia pacjenta(-tki).

5. W razie potrzeby, oceń spełnianie kryteriów, przygotuj i skieruj na zabieg chirurgiczny

Standardy opieki zapewniają również kryteria kierujące decyzjami odnośnie do operacji piersi/klatki piersiowej i operacji narządów płciowych (opisane w rozdziale XI oraz Załączniku C). Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą pomagać klientom(-tkom), którzy zastanawiają się nad zabiegami chirurgicznymi w byciu przygotowanym zarówno psychologicznie (na przykład: podjęli w pełni świadomą decyzję z jasnymi i realistycznymi oczekiwaniami; są gotowi do przyjęcia usług zgodnie z całościowym planem leczenia; włączyli rodziny i społeczność, stosownie do okoliczności), jak i praktycznie (na przykład: dokonali świadomego wyboru chirurga, mającego przeprowadzić zabieg; zorganizowali sobie opiekę pooperacyjną). Jeśli klienci(-tki) są w wieku rozrodczym opcje reprodukcyjne (rozdział IX) powinny zostać omówione przed przeprowadzeniem operacji narządów płciowych.

Standardy opieki nie podają kryteriów dla innych procedur chirurgicznych, takich jak feminizująca lub maskulinizująca chirurgia twarzy. Jednakże, specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego

mogą odgrywać ważną rolę w pomaganiu swoim klientom(-tkom) w podejmowaniu w pełni świadomych decyzji odnośnie do właściwego momentu i następstw takich procedur w kontekście całego procesu coming-outu¹⁸ lub procesu tranzycji.

Ważne jest, aby specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego dostrzegali, że decyzje odnośnie do hormonów są przede wszystkim decyzjami klienta(-tki) – podobnie jak wszystkie inne decyzje dotyczące opieki zdrowotnej. Jednakże, na specjalistach(-tkach) z obszaru zdrowia psychicznego spoczywa odpowiedzialność, by zachęcać, prowadzić oraz wspierać klientów(-tki) w podejmowaniu w pełni świadomych decyzji i w byciu odpowiednio przygotowanymi. W celu zapewnienia najlepszego wsparcia decyzji klientów(-tek), specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni utrzymywać funkcjonujące relacje zawodowe ze swoimi klientami(-tkami) i posiadać wystarczające o nich informacje. Klienci(-tki) powinni przejść przez szybką i uważną ocenę, mającą na celu zmniejszenie ich dysforii płciowej oraz zapewnienie im odpowiednich usług medycznych.

Skierowanie na zabiegi chirurgiczne

Chirurgiczne leczenie dysforii płciowej może być rozpoczęte na podstawie skierowania (jednego lub dwóch, w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego) wydanego przez wykwalifikowanego specjalistę(-tkę) z obszaru zdrowia psychicznego. Specjalista(-tka) z obszaru zdrowia psychicznego udostępnia dokumentację – w postaci karty zdrowia i/lub skierowania – obejmującą osobistą historię pacjenta(-tki), historię leczenia, postęp i spełnianie kryteriów. Pracownicy(-ce) opieki zdrowotnej, którzy zlecają postępowanie chirurgiczne dzielą etyczną i prawną odpowiedzialność za tę decyzję z chirurgiem.

Do operacji piersi/klatki piersiowej (np. mastektomia, rekonstrukcja klatki piersiowej lub mammo-plastyka powiększająca) wymagane jest jedno skierowanie wydane przez wykwalifikowanego specjalistę(-tkę) z obszaru zdrowia psychicznego.

Do operacji narządów płciowych (np. histerektomia/salpingo-owariektomia, orchidektomia, operacje rekonstrukcji narządów płciowych) wymagane są dwa skierowania od wykwalifikowanych specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego, którzy niezależnie od siebie dokonali oceny pacjenta(-tki). Jeśli pierwsze skierowanie zostało wydane przez psychoterapeutę pacjenta(-tki), drugie skierowanie powinno zostać wydane przez osobę, która pełniła jedynie diagnostyczną funkcję w kontaktach z pacjentem(-tką). Dwa oddzielne skierowania lub jedno skierowanie podpisane przez obie osoby (np. jeśli pracują w tej samej klinice) mogą zostać wysłane. Każde skierowanie powinno obejmować te same tematy, omówione poniżej.

Rekomendowana zawartość skierowania na zabiegi chirurgiczne jest następująca:

18 Proces wyjścia z ukrycia, odkrywania i ujawnienia otoczeniu swojej tożsamości [przyp. red. wyd. pol.].

1. Ogólne cechy identyfikujące klienta(-tki);
2. Rezultaty psychospołecznej oceny klienta(-tki), włączając w to jakiegokolwiek diagnozy;
3. Czas trwania relacji pracownika(-cy) opieki zdrowotnej wydającego skierowanie z klientem(-tką), włączając w to typ przeprowadzonej do tej pory oceny oraz leczenia lub doradztwa;
4. Wyjaśnienie, że kryteria dla zabiegu chirurgicznego zostały spełnione i krótki opis zawierający kliniczne uzasadnienie wsparcia prośby klienta(-tki) o przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego;
5. Oświadczenie, że świadoma zgoda od pacjenta(-tki) została uzyskana;
6. Oświadczenie, że pracownik(-ca) opieki zdrowotnej wydający skierowanie jest dostępny w celu koordynacji opieki i że można się z nim skontaktować telefonicznie w celu jej ustalenia.

Dla osób świadczących usługi zdrowotne pracujących w obrębie multidyscyplinarnego, wyspecjalizowanego zespołu, skierowanie może nie być konieczne; ocena i rekomendacja mogą zostać udokumentowane w karcie zdrowia pacjenta(-tki).

Relacja specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego z lekarzami(-rkami) przepisującymi hormony, chirurgami i innymi pracownikami(-cami) opieki zdrowotnej

W idealnej sytuacji specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego wykonują swoją pracę i okresowo omawiają postęp oraz konsultują się z innymi specjalistami(-tkami) (zarówno w dziedzinie zdrowia psychicznego, jak i innych dyscyplinach związanych ze zdrowiem), którzy są kompetentni w zakresie oceny i leczenia dysfornii płciowej. Relacja pomiędzy specjalistami(-tkami) zaangażowanymi w opiekę zdrowotną nad klientem(-tką) powinna opierać się na współpracy, w razie potrzeby z prowadzoną koordynacją przypadku i dialogiem klinicznym. Otwarta i stała komunikacja może być konieczna do konsultacji, wydawania skierowań i opieki pooperacyjnej.

Zadania związane z psychoterapią

1. Psychoterapia nie jest bezwzględnym warunkiem terapii hormonalnej i zabiegów chirurgicznych

Badanie przesiewowe w zakresie zdrowia psychicznego i/lub ocena, opisane powyżej, są wymagane do uzyskania skierowania na hormonalne lub chirurgiczne leczenie dysfornii płciowej. W przeciwieństwie do tego, psychoterapia – choć jest wysoce rekomendowana – nie jest takim warunkiem.

Standardy opieki rekomendują minimalnej liczby sesji psychoterapeutycznych przed terapią hormonalną lub zabiegiem chirurgicznym (Lev, 2009). Po pierwsze, minimalna liczba sesji często rozumiana jest jako przeszkoda, co zniechęca do skorzystania z autentycznej możliwości rozwoju osobistego. Po drugie, specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą oferować istotne wsparcie swoim klientom(-tkom) poprzez wszystkie fazy eksploracji tożsamości i ekspresji płciowej oraz możliwej tranzycji – a nie wyłącznie przed możliwymi interwencjami medycznymi. Po trzecie, klienci(-tki) różnią się między sobą w zdolnościach osiągnięcia podobnych celów w określonym czasie trwania psychoterapii.

2. Cele psychoterapii dla dorosłych z problemami związanymi z płcią

Ogólnym celem psychoterapii jest znalezienie sposobów na maksymalizację ogólnego psychologicznego dobrostanu danej osoby, polepszenia jej jakości życia i pomoc w samospelnieniu. Psychoterapia nie ma na celu zmiany tożsamości płciowej danej osoby; zamiast tego psychoterapia może pomóc jej w eksploracji problemów związanych z płcią i znalezieniu sposobów na zmniejszenie dysforii płciowej, jeśli jest obecna (Bockting i in., 2006; Bockting, Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). W typowej sytuacji, nadrzędnym celem leczenia jest udzielenie pomocy osobom transseksualnym, transpłciowym i różnorodnym płciowo w osiągnięciu długoterminowego komfortu związanego z ekspresją ich tożsamości płciowej, przy realistycznych szansach na osiągnięcie sukcesu w relacjach, edukacji i pracy. Więcej informacji na ten temat jest dostępnych u Fraser (2009c).

Terapia może obejmować psychoterapię indywidualną, par, rodzinną lub grupową. Ostatnia z nich jest szczególnie ważna dla uzyskania wzajemnego wsparcia.

3. Psychoterapia dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo, włączając w to doradztwo i wsparcie w zmianie roli płciowej

Znalezienie komfortowej roli płciowej jest przede wszystkim procesem psychospołecznym. Psychoterapia może być nieoceniona w zapewnieniu wsparcia osobom transseksualnym, transpłciowym i różnorodnym płciowo we wszystkich wymienionych sytuacjach: (i) doprecyzowaniu i eksplorowaniu tożsamości i roli płciowej; (ii) odniesieniu się do wpływu stygmatyzacji i stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne i rozwój danej osoby; i (iii) ułatwianiu procesu coming-outu¹⁹ (Bockting, Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), co dla części osób może obejmować zmiany w ekspresji roli płciowej i użycie feminizujących/maskulinizujących interwencji medycznych.

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą zapewniać wsparcie i promować umiejętności interpersonalne i prężność (ang. *resilience*) u osób i ich rodzin w nawigowaniu po świecie, który często jest źle przygotowany do uwzględniania i szanowania osób transpłciowych, transseksualnych

19 Proces wyjścia z ukrycia, odkrywania i ujawnienia otoczeniu swojej tożsamości [przyp. red. wyd. pol.].

i różnorodnych płciowo. Psychoterapia może również pomóc w zmniejszeniu nasilenia wszystkich współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym (np. lęku, depresji) rozpoznanych w czasie badań przesiewowych i oceny.

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą ułatwić osobom transseksualnym, transpłciowym i różnorodnym płciowo, planującym zmienić rolę płciową na stałe i dokonać tranzycji w obrębie społecznej roli płciowej, rozwinięcie zindywidualizowanego planu zawierającego specyficzne cele i porządek chronologiczny podejmowanych działań. O ile doświadczenie zmiany roli płciowej różni się między różnymi osobami, społeczne aspekty tego doświadczenia przeważnie stanowią wyzwanie – często w większym stopniu niż aspekty fizyczne. Ponieważ zmiana roli płciowej może mieć głębokie, osobiste i społeczne konsekwencje, taka decyzja powinna być podjęta ze świadomością tego, z jakimi wyzwaniami rodzinnymi, interpersonalnymi, edukacyjnymi, zawodowymi, ekonomicznymi i prawnymi prawdopodobnie można się spotkać, tak by dana osoba mogła z powodzeniem funkcjonować w swojej roli płciowej.

Wiele osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo będzie zgłaszać się do opieki nie mając dotychczasowych doświadczeń w danej roli płciowej lub nie będąc nigdy zaakceptowana w roli płciowej, która jest najbardziej zgodna z ich tożsamością płciową. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą pomóc tym klientom(-tkom) w eksploracji i przewidywaniu następstw zmian roli płciowej i w nadaniu odpowiedniego tempa procesowi wprowadzania tych zmian. Psychoterapia może zapewnić klientom(-tkom) przestrzeń, aby mogli zacząć wyrażać samych siebie w sposób, który jest zgodny z ich tożsamością płciową i dla części klientów(-tek) przezwyciężyć strach związany ze zmianami w ekspresji płciowej. Wkalkulowane ryzyko może być podejmowane poza terapią, tak aby zdobyć doświadczenie i pewności w nowej roli. Wsparcie w procesie coming-outu²⁰ przed rodziną i społecznością – przyjaciółmi(-łkami), w szkole, w miejscu pracy – może zostać zapewnione.

Inne osoby transseksualne, transpłciowe i różnorodne płciowo będą zgłaszać się do opieki już po zdobyciu doświadczeń (minimalnych, umiarkowanych lub szerokich) w życiu w roli płciowej innej od tej związanej z płcią przypisaną przy urodzeniu. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą pomagać tym klientom(-tkom) w rozpoznaniu i przepracowaniu potencjalnych wyzwań i wspieraniu optymalnego przystosowania, w miarę jak będą kontynuować wyrażanie zmian w swojej roli płciowej.

4. Terapia rodzinna oraz wsparcie dla członków(-kiń) rodziny

Decyzje odnośnie do zmian roli płciowej oraz interwencji medycznych w ramach leczenia dysforii płciowej mają implikacje nie tylko dla klientów(-tek), ale również dla członków ich rodzin (Emerson, Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą wspierać klientów(-tki) w podejmowaniu przemyślanych decyzji odnośnie do rozmów

20 Proces wyjścia z ukrycia, odkrywania i ujawnienia otoczeniu swojej tożsamości [przyp. red. wyd. pol.].

z członkami(-kiniami) rodziny i innymi osobami o ich tożsamości płciowej i decyzjach związanych z leczeniem. Terapia rodzinna może obejmować pracę z małżonkami lub partnerami i partnerkami, a także z dziećmi i innymi członkami(-kiniami) dalszej rodziny klienta(-tki).

Klienci(-tki) mogą również prosić o wsparcie dotyczące związków i zdrowia seksualnego. Na przykład mogą chcieć eksplorować problemy związane z seksualnością i intymnością.

Terapia rodzinna może być częścią indywidualnej terapii klienta(-tki) i jeśli jest to uzasadnione klinicznie, może być oferowana przez tego samego dostawcę usług medycznych. Alternatywnie może zostać sporządzone skierowanie do innych terapeutów z odpowiednim wyszkoleniem do pracy z członkami(-kiniami) rodziny lub do miejsc wzajemnego wsparcia (np. internetowych bądź tradycyjnych grup wsparcia dla partnerów i partnerek lub rodzin).

5. Dalsza opieka przez całe życie

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego mogą pracować z klientami(-tkami) oraz ich rodzinami na wielu etapach ich życia. Psychoterapia może być pomocna w różnych okresach i z różnych powodów w przebiegu całego cyklu życia.

6. E-terapia, doradztwo przez Internet lub na odległość

Wykazano, że terapia przez Internet lub e-terapia jest szczególnie użyteczna dla osób, które mają trudności z dostępem do odpowiedniego leczenia psychoterapeutycznego i które mogą doświadczać izolacji i stygmatyzacji (Derrig-Palumbo, Zeine, 2005; Fenichel i in., 2004; Fraser, 2009b). Przez ekstrapolację można uznać, że e-terapia może być użyteczną modalnością psychoterapeutyczną dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo. E-terapia daje możliwości potencjalnie wzmocnionego, poszerzonego, kreatywnego i dopasowanego sposobu dostarczania usług; jednakże jako dopiero rozwijająca się modalność może nieść za sobą nieoczekiwane ryzyko. Wytyczne telemedycyny są jasno sformułowane w niektórych dziedzinach, w niektórych częściach Stanów Zjednoczonych (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, Brown-Connolly, 2005), ale nie we wszystkich; sytuacja międzynarodowa jest jeszcze w mniejszym stopniu sprecyzowana (Maheu i in., 2005). Dopóki nie zostanie zebrana wystarczająca ilość popartych badaniami danych odnośnie do takiego użycia e-terapii, zalecana jest ostrożność.

Specjalistom(-tkom) z obszaru zakresu zdrowia psychicznego angażującym się w e-terapię poleca się pozostać na bieżąco z organem wydającym pozwolenie na wykonywanie zawodu, stowarzyszeniem zawodowym i krajowymi przepisami, a także z najnowszą literaturą związaną z tym szybko rozwijającym się medium. Opublikowano bardziej gruntowny opis potencjalnych zastosowań, procesów i problemów etycznych związanych z e-terapią (Fraser, 2009b).

Inne zadania specjalistów(-tek) z obszaru zdrowia psychicznego

1. Edukuj i działaj na rzecz klientów(-tek) w obrębie ich środowiska społecznego (szkół, miejsc pracy, innych organizacji) oraz wspieraj klientów(-tki) w przeprowadzaniu zmian w ich dokumentach tożsamości

Osoby transseksualne, transpłciowe i różnorodne płciowo mogą mierzyć się z wyzwaniami na polu zawodowym, edukacyjnym i innym, w miarę jak realizują swoją tożsamość i ekspresję płciową (Lev, 2004, 2009). Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego odgrywają ważną rolę w edukowaniu osób na tych polach odnośnie do różnorodności płciowej i świadczeniu na rzecz swoich klientów(-tek) (Currah, Juang, Minter, 2006; Currah, Minter, 2000). Ta rola może obejmować konsultacje z pedagogami opiekuńczo-wychowawczymi, nauczycielami i zarządcami, kadrami, kadrowymi i pracodawcami oraz reprezentantami innych organizacji i instytucji. W dodatku, dostawcy usług medycznych mogą zostać wezwani w celu poparcia zmiany imienia klienta(-tki) i/lub prawnego oznaczenia płci w dokumentach tożsamości, takich jak paszporty, prawa jazdy, świadectwa urodzenia i dyplomy.

2. Zapewnij informację i skierowania do grup wzajemnego wsparcia

Dla części osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo doświadczenie przebywania w grupach wzajemnego wsparcia może być bardziej pouczające odnośnie do możliwości ekspresji płciowej niż cokolwiek, co mogłaby zaoferować psychoterapia indywidualna (Rachlin, 2002). Oba doświadczenia są potencjalnie wartościowe i wszystkie osoby eksplorujące kwestie związane z płcią powinny być zachęcane do wzięcia udziału w aktywnościach społecznych, jeśli jest to możliwe. Informacje i zasoby na temat grup wzajemnego wsparcia powinny zostać udzielone.

Kultura i jej konsekwencje dla oceny i psychoterapii

Pracownicy opieki zdrowotnej pracują w skrajnie odmiennych środowiskach na całym świecie. Formy cierpienia, które mogą motywować ludzi do szukania specjalistycznej pomocy są w każdej kulturze rozumiane i klasyfikowane przez ludzi w terminach będących produktami ich własnej kultury (Frank, Frank, 1993). Uwarunkowania kulturowe w znacznym stopniu determinują również to, w jaki sposób takie stany są rozumiane przez specjalistów(-tki) z obszaru zdrowia psychicznego. Różnice kulturowe związane z tożsamością i ekspresją płciową mogą mieć wpływ na pacjentów(-tki), specjalistów(-tki) z obszaru zdrowia psychicznego i przyjęte praktyki psychoterapeutyczne. WPATH zauważa fakt, że

Standardy opieki są produktem tradycji zachodniej i mogą potrzebować adaptacji do innych kontekstów kulturowych.

Etyczne zalecenia związane z opieką zdrowotną w zakresie zdrowia psychicznego

Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego muszą posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu w danym kraju, zgodne z obowiązującymi w nimi przepisami (Fraser, 2009b; Pope, Vasquez, 2011). Specjaliści(-stki) muszą przestrzegać kodeksów etycznych obowiązujących w organizacjach, które udzieliły tych uprawnień w czasie całej swojej pracy z transseksualnymi, transpłciowymi lub różnorodnymi płciowo klientami(-tkami).

Metody leczenia mające na celu próby zmiany tożsamości i ekspresji płciowej danej osoby, by stała się bardziej zgodna z płcią przypisaną przy urodzeniu, były stosowane w przeszłości (Gelder, Marks, 1969; Greenson, 1964), jednakże bez żadnych sukcesów, szczególnie długoterminowych (Cohen-Kettenis, Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Takie terapie nie są już dłużej uznawane za etyczne.

Jeśli specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego nie czują się komfortowo lub nie posiadają odpowiedniego doświadczenia w zakresie pracy z osobami transseksualnymi, transpłciowymi i różnorodnymi płciowo i ich rodzinami, powinni skierować klientów(-tki) do kompetentnego dostawcy usług medycznych lub co najmniej skonsultować się z doświadczonym kolegą. Jeśli żadna taka osoba nie jest dostępna w danej lokalizacji, konsultacja może zostać przeprowadzona za pomocą metod telemedycznych, zakładając, że spełnione zostały lokalne wymagania dla konsultacji odbywanych na odległość.

Kwestie związane z dostępem do opieki

Wykwalifikowani specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego nie są powszechnie dostępni, co sprawia, że dostęp do opieki o wysokiej jakości może być ograniczony. WPATH dąży do ulepszania dostępu i stwarza możliwości regularnego ciągłego kształcenia dla specjalistów(-tek) z różnych dyscyplin w celu zapewniania wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych. Zapewnianie opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego na dystans poprzez użycie technologii może być jednym ze sposobów na polepszenie dostępu (Fraser, 2009b).

W wielu miejscach na świecie dostęp do opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo jest również ograniczony przez brak ubezpieczenia zdrowotnego lub

innych sposobów zapłaty za potrzebną opiekę. WPATH apeluje do ubezpieczycieli zdrowotnych, by pokrywali niezbędne leczenie dysforii płciowej (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

W rozmowie z klientem(-tką), którzy są niezdolni do zdobycia dostępu do takich usług, rekomendowane jest skierowanie do dostępnych grup wzajemnego wsparcia (tradycyjnych lub internetowych). Na koniec wskazane może być podejście skoncentrowane na redukcji szkód w celu wsparcia klientów(-tek) w podejmowaniu zdrowych decyzji poprawiających jakość ich życia.

VIII

Terapia hormonalna

Medyczne wskazania do terapii hormonalnej

Feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna polegająca na przyjmowaniu preparatów hormonalnych jest niezbędnym postępowaniem u wielu osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo, które doświadczają dysforii płciowej (Newfield, Hart, Dibble, Kohler, 2006; Pfäfflin, Junge, 1998). Niektóre z tych osób oczekują optymalnej feminizacji/maskulinizacji, ale są także i takie, które są usatysfakcjonowane uzyskaniem androgynicznego wyglądu poprzez zmniejszenie istniejących drugorzędowych cech płciowych (Factor, Rothblum, 2008). Wpływ terapii hormonalnej na wyniki psychospołeczne podsumowano w Załączniku D.

Terapia hormonalna powinna być dopasowana do oczekiwań pacjenta(-tki), stosunku ryzyka/korzyści, obecności innych schorzeń oraz kwestii społeczno-ekonomicznych. Terapia hormonalna może zapewnić komfort pacjentom(-tkom), którzy nie planują zmiany roli społecznej lub zabiegów chirurgicznych czy też nie mogą sobie na to pozwolić (Meyer III, 2009). Rozpoczęcie terapii hormonalnej jest zalecanym kryterium dla części, choć nie wszystkich, leczniczych zabiegów chirurgicznych dysforii płciowej (patrz rozdział XI oraz Załącznik C).

Kryteria rozpoczęcia terapii hormonalnej

Terapię hormonalną można rozpocząć po przeprowadzeniu oceny psychospołecznej przez wykwalifikowanych pracowników(-ice) ochrony zdrowia oraz uzyskaniu świadomej zgody, co zostało już omówione w rozdziale VII niniejszych *Standardów opieki*. Konieczne jest skierowanie wydane przez

specjalistę(-tkę) z obszaru zdrowia psychicznego, który przeprowadził ocenę, chyba że ocena była przeprowadzona przez endokrynologa(-żkę), który posiada kompetencje w tym obszarze.

Kryteria rozpoczęcia terapii hormonalnej są następujące

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na leczenie.
3. Pełnoletność (w określonych krajach; jeśli pacjent(ka) jest niepełnoletnia należy kierować się *Standardami opieki* omówionymi w rozdziale VI).
4. W przypadku współistnienia problemów zdrowotnych lub zaburzeń psychicznych, należy najpierw się do nich ustosunkować i podjąć ewentualne ich leczenie.

Jak wspomniano w rozdziale VII niniejszych *Standardów opieki*, obecność współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym niekoniecznie wyklucza podjęcie terapii hormonalnej; niemniej jednak powinny one być poddane kontroli przed lub równoległe z leczeniem dysforii płciowej.

W określonych okolicznościach dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii hormonalnej u pacjentów(-tek), którzy nie spełniają powyższych kryteriów. Przykładem jest zapewnienie monitorowanej terapii przy użyciu hormonów pochodzących z pewnego źródła jako alternatywy dla niedozwolonego lub nieuregulowanego użycia hormonów przez pacjentów(-tek), którzy funkcjonują już w roli płci docelowej i którzy stosowali już hormony. Uniemożliwienie dostępu lub odmowa terapii hormonalnej na podstawie dodatnich testów na infekcje wirusami przenoszonymi drogą krwiopochodną takich jak HIV czy zapalenie wątroby typu B lub C jest działaniem nieetycznym.

W rzadkich przypadkach terapia hormonalna może być przeciwwskazana ze względu na obecność poważnych problemów zdrowotnych danej osoby. W tych wypadkach powinno się umożliwić tym pacjentom(-tkom) inne, niehormonalne metody leczenia dysforii płciowej. Wykwalifikowany specjalista(-tka) zdrowia psychicznego opiekujący się takim pacjentem(-tką) jest w tej sytuacji najlepszym rozwiązaniem.

Świadoma zgoda

Feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna może prowadzić do nieodwracalnych zmian fizycznych. W związku z tym może być ona rozpoczęta tylko u osób, które są prawnie zdolne do udzielenia świadomej zgody, a więc także takie, które sądowo zostały uznane jako samodzielni nieletni (ang. *emancipated minors*), więźniowie(-iarki) oraz osoby upośledzone umysłowo, które są uznane za zdolne do podejmowania decyzji dotyczących leczenia (patrz również Bockting i in.,

2006). Prowadzący takich/takie pacjentów(-tki) lekarze(-rki) powinni zanotować w dokumentacji medycznej, że pacjentowi(-tce) została udzielona wyczerpująca informacja na temat wszystkich istotnych aspektów terapii hormonalnej, włączając w to potencjalne korzyści i zagrożenia oraz wpływ na płodność.

Zależność pomiędzy *Standardami opieki* a Modelem Świadomej Zgody

Szereg społecznych ośrodków zdrowia w Stanach Zjednoczonych stworzyło wytyczne umożliwiające rozpoczęcie terapii hormonalnej oparte na podejściu, które znane jest jako Model Świadomej Zgody (ang. Informed Consent Model) (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Wytyczne te są spójne z wytycznymi przedstawionymi w *Standardach opieki WPATH* (wersji siódmej). *Standardy opieki* są elastycznymi zaleceniami klinicznymi; pozwalają one na dostosowanie interwencji medycznych do potrzeb pacjentów(-tek) oraz na ich dostosowanie do okoliczności, w których są one zapewniane (Ehrbar, Gorton, 2010).

Otrzymanie świadomej zgody na rozpoczęcie terapii hormonalnej jest ważnym elementem polegającym na upewnieniu się, że pacjenci(-tki) rozumieją psychologiczne oraz fizyczne korzyści i zagrożenia związane z jej stosowaniem, a także jej następstwa psychospołeczne. Lekarze(-rki) ordynujące hormony lub pracownicy(-ce) ochrony zdrowia zalecający leczenie hormonalne powinni posiadać odpowiednią wiedzę i doświadczenie w rozpoznawaniu dysforii płciowej. Powinny one informować pacjentów(-tki) o korzyściach, ograniczeniach oraz ryzyku związanym z ich stosowaniem zależnych od jego/jej wieku, poprzednich doświadczeń oraz współistniejących schorzeń lub zaburzeń psychicznych.

Wykluczenie obecności ostrych lub istniejących zaburzeń psychicznych stanowi ważny element procesu uzyskania świadomej zgody. Może zostać to przeprowadzone przez specjalistę(-tkę) obszaru zdrowia psychicznego lub osobę mającą kompetencje w ordynowaniu leków hormonalnych, która przeszła odpowiednie szkolenie (zobacz rozdział VII *Standardów opieki*). Ta sama osoba lub inny, odpowiednio wyszkolony pracownik(-ca) ochrony zdrowia, np. pielęgniarka(-rka), jeśli jest to wskazane, mogą omówić psychospołeczne konsekwencje stosowania hormonów (np. wpływ maskulinizacji/feminizacji na to, jak jest się postrzeganym(-ną) oraz jej potencjalny wpływ na relacje z rodziną, przyjaciółmi(-kami) oraz współpracownikami(-cami)). Jeśli jest to wskazane, osoba ordynująca leki hormonalne może skierować na psychoterapię oraz diagnostykę i ewentualne leczenie współistniejących problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak lęk lub depresja.

Różnica pomiędzy Modelem Świadomej Zgody a *Standardami opieki* (wydanie siódme), polega na tym, iż *Standardy opieki* kładą większy nacisk na rolę, jaką odgrywają specjaliści(-stki) obszaru zdrowia psychicznego w łagodzeniu objawów dysforii płciowej oraz ułatwieniu pełnienia funkcji określonej płci oraz funkcjonowania psychospołecznego. Może obejmować to kompleksową diagnostykę w zakresie zdrowia psychicznego oraz, jeśli jest to wskazane, psychoterapię. W Modelu Świadomej

Zgody uzyskanie „świadomej zgody” jest warunkiem rozpoczęcia terapii hormonalnej w wielodyscyplinarnym środowisku skupionym na zmniejszeniu działań niepożądanych. Mniej nacisku kładzie się na zapewnieniu opieki w zakresie zdrowia psychicznego, o ile pacjent(ka) sam(a) o to nie poprosi lub w przypadkach rozpoznania ewidentnych zaburzeń psychicznych wymagających leczenia przed zaordynowaniem leków hormonalnych.

Fizyczne efekty terapii hormonalnej

Feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna prowadzi do zmian cielesnych zgodnych z tożsamością płciową pacjenta(-tki):

- u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) oczekuje się wystąpienia następujących zmian: obniżenie tembru głosu, powiększenie łechtaczki (cecha zmienna), pojawienie się owłosienia w obrębie twarzy i całego ciała, zaprzestanie miesiączkowania, zanik tkanki gruczołów piersiowych, wzrost libido, zmniejszenie procentowej zawartości masy tłuszczowej w stosunku do mięśniowej;
- u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K) oczekuje się wystąpienia następujących zmian: rozwój gruczołów piersiowych (cecha zmienna), obniżenie libido oraz częstotści spontanicznych erekcji, zmniejszenie objętości jąder, zwiększenie procentowej zawartości masy tłuszczowej w stosunku do mięśniowej.

Większość powyższych zmian, zarówno feminizacji, jak i maskulinizacji zachodzi w ciągu pierwszych dwóch lat. Ich skala oraz dokładny czas wystąpienia są bardzo zróżnicowane.

Tabele 1a oraz 1b przedstawiają przybliżony czas wystąpienia zmian cielesnych w trakcie stosowania terapii hormonalnej.

TABELA 1A. WPŁYW ORAZ OCZEKIWANY PRZEBIEG ZMIAN MASKULINIZUJĄCEJ TERAPII HORMONALNEJ^A

Cecha	Oczekiwane pojawienie się ^B	Oczekiwany efekt końcowy ^B
Przetłuszczanie się skóry/trądzik	1–6 miesięcy	1–2 lata
Rozwój owłosienia ciała/twarzy	3–6 miesięcy	3–5 lat
Utrata włosów w obrębie skóry głowy	> 12 miesięcy ^C	Zmienny
Zwiększenie siły/masy mięśniowej	6–12 miesięcy	2–5 lat ^D
Redystrybucja tkanki tłuszczowej	3–6 miesięcy	2–5 lat
Zaprzestanie miesiączkowania	2–6 miesięcy	Nie dotyczy
Powiększenie łechtaczki	3–6 miesięcy	1–2 lata
Atrofia pochwy	3–6 miesięcy	1–2 lata
Obniżenie się głosu	3–12 miesiące	1–2 lata

^A Zaadaptowane za pozwoleniem ze strony Hembree i in. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

^B Przybliżenia opracowane na podstawie opublikowanych i nieopublikowanych obserwacji klinicznych.

^C W wysokim stopniu zależne od wieku oraz uwarunkowań genetycznych; może być bardzo ograniczona.

^D Znacząco zależne od ilości ćwiczeń.

TABELA 1B. WPŁYW ORAZ OCZEKIWANY PRZEBIEG ZMIAN FEMINIZUJĄCEJ TERAPII HORMONALNEJ^A

Cecha	Oczekiwane pojawienie się ^B	Oczekiwany efekt końcowy ^B
Redystrybucja tkanki tłuszczowej	3–6 miesięcy	2–5 lat
Zmniejszenie siły/masy mięśniowej	3–6 miesięcy	1–2 lat ^C
Zmiękczenie/zmniejszenie przetłuszczania się skóry	3–6 miesięcy	Nieznany
Spadek libido	1–3 miesięcy	1–2 lata
Zmniejszona liczba spontanicznych erekcji	1–3 miesięcy	3–6 miesięcy
Zaburzenie męskich czynności seksualnych	Zmienny	Zmienny
Rozwój piersi	3–6 miesięcy	2–3 lata
Zmniejszenie objętości jąder	3–6 miesięcy	2–3 lata
Zmniejszona produkcja nasienia	Zmienny	Zmienny
Ścieńczenie i spowolnienie pojawiania się owłosienia w obrębie skóry twarzy i tułowia	6–12 miesięcy	> 3 lata ^D
Łysienie typu męskiego	Brak odrastania, utrata zatrzymuje się po 1–3 miesiącach	1–2 lata

^A Zaadaptowane za pozwoleniem ze strony Hembree i in. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

^B Przybliżenia opracowane na podstawie opublikowanych i nieopublikowanych obserwacji klinicznych.

^C Znacząco zależne od ilości ćwiczeń.

^D Zupełne usunięcie męskiego owłosienia twarzy oraz ciała wymaga elektrolizy, terapii laserem lub obydwu metod równocześnie.

Stopień oraz tempo zachodzenia zmian cielesnych częściowo zależy od dawki, sposobu podania oraz rodzaju stosowanych preparatów hormonalnych, które są wybrane zgodnie z określonymi celami medycznymi danego pacjenta(-tki) (np. zmiany w ekspresji roli płciowej, plany korekty płci) oraz ryzyka związanego z ich stosowaniem. Nie istnieją obecnie żadne dowody, które wskazywałyby,

że odpowiedź na terapię hormonalną – z wyjątkiem obniżenia się tembru głosu u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) – może być przewidziana na podstawie wieku, budowy ciała, pochodzenia etnicznego czy wyglądu członków(-kiń) rodziny. Przy założeniu, że wszystkie inne czynniki są takie same, nie ma dowodów, które sugerowałyby, że jakkolwiek z dopuszczonych metod ordynowania leków hormonalnych jest bardziej efektywna w indukowaniu zmian cielesnych.

Ryzyko związane ze stosowaniem terapii hormonalnej

Każda interwencja medyczna niesie za sobą określone ryzyko. Prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych działań niepożądanych zależy od szeregu czynników: rodzaju leku, dawki, drogi podania oraz klinicznych cech pacjenta(-tki) (wiek, obecność chorób współistniejących, wywiad rodzinny, nawyki zdrowotne). Dlatego niemożliwe jest przewidzenie, czy dane działanie niepożądane wystąpi u danego pacjenta(-tki).

Ryzyko związane z feminizującą/maskulinizującą terapią hormonalną dla populacji osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo przedstawiono w tabeli 2. Na podstawie stopnia dowodów naukowych, stopień ryzyka został podzielony następująco: (i) ryzyko terapii hormonalnej prawdopodobnie zwiększone; (ii) możliwe ryzyko terapii hormonalnej; lub (iii) ryzyko terapii hormonalnej niejednoznaczne albo jego brak. Przykłady zdarzeń znajdujących się w ostatniej kategorii obejmują takie, dla których dowody są tak ograniczone, że nie pozwalają na wyciągnięcie wniosku przyczynowo-skutkowego.

Dodatkowe informacje na temat zdarzeń niepożądanych można znaleźć w Załączniku B, który bazuje na dwóch obszernych, opartych na dowodach naukowych i przeglądach literatury odnośnie do maskulinizującej/feminizującej terapii hormonalnej (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009) oraz dużym badaniu kohortowym (Asscheman i in., 2011). Te prace przeglądowe mogą posłużyć jako szczegółowe zalecenia dla świadczeniodawców usług medycznych, razem z innymi szeroko uznanymi opublikowanymi materiałami klinicznymi (Dahl, Feldman, Goldberg, Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, Eyler, 2007).

TABELA 2. RYZYKO ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM TERAPII HORMONALNEJ.
ELEMENTY WYRÓŻNIONE POGRUBIENIEM SĄ ISTOTNE Z PUNKTU WIDZENIA KLINICZNEGO

Poziom ryzyka	Terapia feminizująca	Terapia maskulinizująca
Ryzyko prawdopodobnie zwiększone	Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa^A Kamica żółciowa Podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych Wzrost masy ciała Hipertriglicerydemia	Nadkrwistość (polycythemia) Wzrost masy ciała Trądzik Łysienie androgenowe Zespół bezdechu sennego
Ryzyko prawdopodobnie zwiększone przy obecności innych czynników ryzyka ^B	Choroby układu sercowo-naczyniowego	
Możliwy wzrost ryzyka	Nadciśnienia tętniczego Hiperprolaktynemia lub guz prolaktynowy ^A (<i>prolactinoma</i>)	Podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych Hiperlipidemia
Możliwy wzrost ryzyka przy obecności innych czynników ^B	Cukrzyca typu 2^A	Destabilizacja niektórych zaburzeń psychicznych^C Choroby układu sercowo-naczyniowego Nadciśnienie tętnicze Cukrzyca typu 2
Niejednoznaczne podwyższenia ryzyka lub jego brak	Rak piersi	Utrata gęstości masy kostnej Rak piersi Rak szyjki macicy Rak jajnika Rak macicy

^A Ryzyko większe w przypadku przyjmowania estrogenów drogą doustną w porównaniu do przezskórnej.

^B Dodatkowe czynniki zawierają wiek.

^C Zaburzenia dwubiegunowe, schizofrenia oraz wszystkie inne powodujące objawy maniackalne lub psychotyczne. To działanie niepożądane wydaje się być związane z wyższymi lub ponadfizjologicznymi stężeniami testosteronu.

Kompetencje lekarzy(-rek) ordynujących hormony oraz ich relacje z pozostałymi pracownikami(-cami) ochrony zdrowia

Feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna powinna być prowadzona w kontekście pełnego podejścia do opieki zdrowotnej, które obejmuje obszerną opiekę podstawową oraz skoordynowane podejście do kwestii psychospołecznych (Feldman, Safer, 2009). Chodź psychoterapia lub korzystanie z doradztwa nie jest wymagane dla rozpoczęcia terapii hormonalnej, jeśli terapeuta jest zaangażowany, to zalecana jest regularna komunikacja pomiędzy pracownikami(-cami) ochrony zdrowia (za zgodą pacjenta(-tki)), aby zapewnić, że proces tranzycji będzie przebiegał prawidłowo, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychospołecznym.

Poprzez odpowiednie szkolenie feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna może być prowadzona przez różnych świadczeniodawców usług medycznych, obejmujących pielęgniarzy(-rki) oraz lekarzy(-rki) podstawowej opieki (Dahl i in., 2006). Wizyty kontrolujące przebieg terapii hormonalnej dają możliwość zapewnienia szerszej opieki populacji, która jest często medycznie zaniedbywana (Clements, Wilkinson, Kitano, Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Badania kontrolne dotyczące ryzyka długotrwałego stosowania hormonów, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego czy badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych, w większym stopniu wchodzą w zakres podstawowej opieki medycznej, a nie specjalistycznej (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008), szczególnie w miejscach, w których brak jest zespołów lekarzy(-rek) wyspecjalizowanych w opiece nad osobami transpłciowymi.

W związku z wielodyscyplinarnymi potrzebami osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo, chcących wdrożenia terapii hormonalnej, a także z trudnościami związanymi z podziałem świadczenia usług opieki zdrowotnej (World Health Organization, 2008), WPATH zaleca przeprowadzenie szkoleń i zaangażowanie lekarzy(-rek) podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej. Jeśli jednak terapia hormonalna ordynowana jest przez specjalistę(-tkę), to powinna mieć miejsce ścisła komunikacja z lekarzem(-rką) zapewniającą podstawową opiekę zdrowotną pacjentowi(-tce). Jeśli jednak lekarz(-rka) podstawowej opieki zdrowotnej nie posiada żadnego doświadczenia w tej materii lub jeśli pacjent(-tka) cierpi na inne zaburzenia hormonalne lub metaboliczne, na które terapia hormonalna może mieć wpływ to w jej prowadzenie powinien być zaangażowany doświadczony endokrynolog(-żka).

Chociaż oficjalne programy szkoleniowe w zakresie medycyny osób transpłciowych jeszcze nie istnieją, osoby ordynujące terapię hormonalną mają obowiązek zdobycia odpowiedniej wiedzy oraz doświadczenia w tym zakresie. Klinicyści mogą zwiększyć swoje doświadczenie oraz kompetencje w prowadzeniu feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej poprzez współpracę w opiece nad pacjentem(-tką) lub ich konsultowanie z lekarzami(-rkami) bardziej doświadczonymi lub przez zapewnienie ograniczonych rodzajów terapii hormonalnej zamiast jej rozpoczynania. Ponieważ ta dziedzina medycyny dopiero się rozwija, lekarze(-rki) powinni śledzić literaturę

medyczną oraz podejmować dyskusję z innymi lekarzami(-rkami). Mogą mieć one miejsce poprzez sieci kontaktów ustanowionych przez WPATH lub inne krajowe/lokalne organizacje.

Odpowiedzialność lekarzy(-rek) ordynujących hormony

Ogólnie rzecz biorąc, lekarze(-rki) ordynujący terapię hormonalną powinni angażować się w następujące czynności:

1. Przeprowadzać wstępną ocenę, która obejmuje dyskusję na temat celów w kontekście tranzycji cielesnej danego pacjenta(-tki), jego/jej historię choroby, badanie fizykalne, ocenę ryzyka oraz przeprowadzenie odpowiednich badań laboratoryjnych.
2. Omówić z pacjentem(-tką) spodziewane efekty feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej oraz możliwych działań niepożądanych obejmujących utratę płodności (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Dlatego też, opcje reprodukcyjne powinny zostać omówione z pacjentem(-tką) przed rozpoczęciem terapii hormonalnej (patrz rozdział IX).
3. Upewnić się, że pacjent(-tką) jest zdolny(-na) do zrozumienia ryzyka i korzyści związanych z leczeniem oraz jest zdolny(-na) do podjęcia świadomej decyzji w tym zakresie.
4. Zapewnić możliwość regularnych kontroli lekarskich, obejmujących badanie fizykalne oraz badania laboratoryjne, mające na celu monitorowanie skuteczności terapii hormonalnej oraz jej działań niepożądanych.
5. W razie potrzeby komunikować się z lekarzem(-rką) podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistą(-tką) zdrowia psychicznego oraz chirurgiem.
6. Jeśli jest to konieczne, wystawić pacjentowi(-tce) krótkie pisemne zaświadczenie, że jest on/ona pod opieką medyczną, która obejmuje feminizującą/maskulinizującą terapię hormonalną. Szczególnie w czasie wczesnej fazy terapii hormonalnej, pacjent(-tką) może życzyć sobie posiadania takiego zaświadczenia przy sobie w celu zapobiegania trudnościom z policją oraz innymi instytucjami.

W zależności od sytuacji klinicznej dotyczącej ordynowania leków hormonalnych (patrz niżej), niektóre z tych powinności są mniej istotne. Dlatego też, stopień doradztwa, badania fizykalnego oraz badań laboratoryjnych powinien być dostosowany do zindywidualizowanych potrzeb pacjenta(-tki).

Sytuacje kliniczne dotyczące terapii hormonalnej

Istnieją okoliczności, w których lekarze(-rki) klinicyści mogą być proszeni o zaordynowanie leków hormonalnych bez konieczności jej rozpoczynania lub prowadzenia długoterminowej feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej. Ustosunkowując się do tych różnych sytuacji klinicznych (patrz niżej, w kolejności od najmniej do bardziej złożonych sytuacji), możliwym jest zaangażowanie w ordynowanie feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej lekarzy(-rek), którzy mogą nie czuć się kompetentni do zaoferowania takiego leczenia.

1. Terapia pomostowa

W przypadku zaordynowania przez innego lekarza(-rkę) lub uzyskania leków hormonalnych w inny sposób (np. zakup przez Internet) pacjenci(-tki) mogą zgłosić się pod opiekę, przyjmując już terapię hormonalną. Lekarze(-rki) mogą wtedy przepisać hormony na ograniczony czas (1–6 miesięcy), jednocześnie pomagając pacjentowi(-tce) w znalezieniu świadczeniodawcy, który będzie mógł prowadzić długoterminową terapię hormonalną. Świadczeniodawcy usług medycznych powinni ocenić aktualnie stosowany przez pacjenta(-tkę) schemat dawkowania pod kątem bezpieczeństwa i interakcji z innymi lekami oraz, jeśli jest to wskazane, zmienić na bezpieczniejsze preparaty lub dawki (Dahl i in., 2006; Feldman, Safer, 2009). Jeśli hormony były wcześniej ordynowane, lekarz(-rka) powinien poprosić o dostęp do dokumentacji medycznej (za zgodą pacjenta(-tki)) celem wglądu w wyjściowe wyniki badania fizykalnego oraz badań laboratoryjnych i ewentualnych działań niepożądanych. Osoby ordynujące leki hormonalne powinny również skontaktować się ze specjalistą(-tką) obszaru zdrowia psychicznego, który jest obecnie zaangażowany w opiekę nad pacjentem(-tką). Jeśli pacjent(-tka) nigdy nie przeszedł oceny psychospołecznej, tak jak zalecają *Standardy opieki* (patrz rozdział VII), lekarze(-rki) klinicyści powinni skierować pacjenta(-tkę) do wykwalifikowanego specjalisty(-tki) obszaru zdrowia psychicznego, jeśli jest to wskazane i możliwe (Feldman, Safer, 2009). Lekarze(-rki), którzy kontynuują ordynowanie leków hormonalnych zaleconych przez innego lekarza(-rkę) powinny ustalić z pacjentami(-tkami) granice czasu trwania terapii pomostowej.

2. Terapia hormonalna po usunięciu gonad

Zastępcze leczenie testosteronem lub estradiolem po owariektomii i orchidektomii jest przeważnie kontynuowana do końca życia, o ile nie pojawią się medyczne przeciwwskazania. Ze względu na fakt, iż po tych zabiegach dawki hormonów się zmniejsza (Basson, 2001; Levy, Crown, Reid, 2003; Moore, Wisniewski, Dobs, 2003) i dostosowuje do wieku oraz ewentualnie współistniejących schorzeń, leczenie takie jest analogiczne do zastępczej terapii hormonalnej u pacjentów(-tek) z hipogonadyzmem.

3. Podtrzymywanie leczenia hormonalnego przed usunięciem gonad

W momencie, w którym pacjenci(-tki) osiągnęli maksymalne korzyści maskulinizujące/feminizujące w wyniku stosowania hormonów (przeważnie po 2 latach lub dłużej), przechodzą oni na dawki podtrzymujące. Dawka podtrzymująca jest potem dostosowywana do zmian zdrowotnych, starzenia się lub innych powodów takich jak zmiany w stylu życia (Dahl i in., 2006). Kiedy pacjent(-tka) stosujący(-ca) podtrzymujące dawki hormonów zgłasza się po opiekę, świadczeniodawca usług medycznych powinien ocenić obecne dawkowanie leku pod kątem bezpieczeństwa oraz interakcji z innymi lekami oraz, jeśli jest to wskazane, zaproponować zmianę dawkowania lub preparatu. Pacjent(ka) powinni być monitorowani poprzez przeprowadzanie regularnych badań (badanie fizykalne oraz laboratoryjne), jak zostało to podkreślone w piśmiennictwie (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Dawkowanie oraz droga podania hormonów powinny być regularnie poddawane weryfikacji wraz z jakimikolwiek zmianami w statusie zdrowotnym pacjenta(-tki) oraz dostępnych dowodów badań naukowych w zakresie potencjalnych długoterminowych zagrożeń stosowania terapii hormonalnej (patrz *Schematy dawkowania hormonów* poniżej).

4. Rozpoczynanie feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej

Ta sytuacja kliniczna wymaga największego zaangażowania pod względem czasu oraz wiedzy specjalistycznej osoby świadczącej usługi medyczne. Terapia hormonalna musi być zindywidualizowana w oparciu o cele pacjenta(-tki), stosunek ryzyka do korzyści związanych ze stosowaniem leków, obecność innych problemów medycznych oraz kwestie społeczne i ekonomiczne. Chociaż opublikowano szereg różnych schematów stosowania hormonów (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009; Moore i in., 2003), nie opublikowano żadnych raportów odnośnie do randomizowanych badań klinicznych porównujących ich bezpieczeństwo oraz efektywność. Pomimo tej różnorodności, możliwym jest stworzenie rozsądnych ram dla wstępnej oceny ryzyka i ciągłego monitorowania terapii hormonalnej, opierając się na skuteczności oraz dowodach z zakresu bezpieczeństwa, które przedstawiono powyżej.

Ocena ryzyka oraz modyfikacje w rozpoczynaniu terapii hormonalnej

Wstępna ocena terapii hormonalnej obejmuje omówienie klinicznych celów pacjenta(-tki) oraz ryzyka działań niepożądanych związanych ze stosowaniem preparatów hormonalnych. W czasie oceny ryzyka, pacjent(ka) i lekarz(-rka) klinicysta powinni stworzyć plan zmniejszenia ryzyka, gdziekolwiek jest to możliwe, czy to przed rozpoczęciem terapii, czy w trakcie jej trwania. Diagnostyka powinna obejmować badanie fizykalne, obejmujące wzrost, masę ciała oraz ciśnienie krwi. Badania gruczołów sutkowych, narządów płciowych i *per rectum*, które mogą być problematyczne dla większości

transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo pacjentów(-tek), powinny być przeprowadzane w oparciu o indywidualne czynniki ryzyka oraz wskazania prewencyjne (Feldman, Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Prewencyjna opieka zdrowotna

Lekarze(-rki) ordynujący preparaty hormonalne powinni omówić prewencyjne potrzeby opieki zdrowotnej z pacjentami(-tkami), szczególnie jeśli nie mają oni/one dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej. W zależności od wieku i czynników ryzyka występujących u danego pacjenta(-tki), może zaistnieć potrzeba odpowiednich testów lub badań przesiewowych w kierunku schorzeń zależnych od przyjmowania preparatów hormonalnych. Idealnie byłoby, gdyby badania te zostały przeprowadzone przed rozpoczęciem terapii hormonalnej.

Ocena ryzyka oraz modyfikacje feminizującej terapii hormonalnej (M/K)

Nie ma bezwzględnych przeciwwskazań dla feminizującej terapii hormonalnej *per se*, ale istnieją przeciwwskazania do stosowania określonych preparatów feminizujących, w szczególności estrogenów. Obejmują one przebycie żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej związanej z nadkrzepliwością, nowotwory estrogenozależne oraz schyłkową niewydolność wątroby (Gharib i in., 2005).

Inne problemy medyczne, opisane w tabeli 2 oraz Załączniku B, mogą nasilić się w trakcie stosowania estrogenów lub zahamowania produkcji androgenów i w związku z tym powinny być zapatrzone przed rozpoczęciem terapii hormonalnej (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Lekarze(-rki) klinicyści powinni zwrócić szczególną uwagę na nadużywanie tytoniu, gdyż jest to związane ze zwiększonym ryzykiem zakrzepicy żył, które jest dodatkowo zwiększone podczas stosowania estrogenów. Można zalecić konsultację z kardiologiem pacjentek z rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego (naczyń sercowych lub mózgowych).

Wyjściowe wyniki badań laboratoryjnych są istotne zarówno w ocenie początkowego ryzyka, jak i potencjalnych zdarzeń niepożądanych w przyszłości. Wstępne badania laboratoryjne powinny być wykonane na podstawie ryzyka feminizującej terapii hormonalnej opisanej w tabeli 2, a także na indywidualne czynniki ryzyka, włączając w to wywiad rodzinny.

Sugerowane panele badań zostały opublikowane (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Mogą one jednak zostać zmodyfikowane w zależności od ograniczeń związanych z zasobami pacjentek lub systemu opieki zdrowotnej, albo w przypadku w pełni zdrowych pacjentek.

Ocena ryzyka oraz modyfikacja maskulinizującej terapii hormonalnej (K/M)

Bezwzględny przeciwwskazaniem do leczenia testosteronem jest ciąża, niestabilna choroba wieńcowa oraz nieleczona poliglobulia z wartością hematokrytu równą lub powyżej 55% (Carnegie, 2004). Ze względu, iż aromatyzacja testosteronu do estradiolu może zwiększać ryzyko u pacjentów po leczeniu raka piersi lub innych estrogeno-zależnych nowotworów (Moore i in., 2003), konsultacja z onkologiem może być wskazana przed rozpoczęciem terapii hormonalnej. Współistniejące choroby, których przebieg może się nasilić w wyniku stosowania testosteronu, powinny być uprzednio rozpoznane oraz wyleczone, najlepiej przed rozpoczęciem terapii hormonalnej (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Można zalecić konsultację z kardiologiem pacjentów z rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego (naczyń sercowych lub mózgowych).

Zwiększona częstość występowania zespołu wielotorbielowatych jajników (PCOS) została stwierdzona wśród transpłciowych mężczyzn (K/M), nawet w przypadku braku stosowania testosteronu (Baba i in., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, Jacobs, 1993; Bosinski i in., 1997). Chociaż nie ma dowodów na to, aby PCOS było związane z rozwojem transseksualnej, transpłciowej lub różnorodnej płciowo tożsamości, PCOS wiąże się ze zwiększonym ryzykiem cukrzycy, chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz nowotworów jajnika i endometrium (Cattrall, Healy, 2004). Objawy PCOS powinny zostać poddane ocenie przed rozpoczęciem terapii testosteronem, ponieważ może mieć ona wpływ na przebieg tego zespołu. Testosteron może zaburzać rozwój płodu (Physicians' Desk Reference, 2011), dlatego pacjenci mogący zajść w ciążę powinni stosować wysoko skuteczną antykoncepcję.

Wyjściowe wyniki badań laboratoryjnych są istotne zarówno w ocenie początkowego ryzyka, jak i potencjalnych zdarzeń niepożądanych w przyszłości. Wstępne badania laboratoryjne powinny być wykonane na podstawie ryzyka maskulinizującej terapii hormonalnej opisanej w tabeli 2, a także uwzględniając indywidualne czynniki ryzyka, włączając w to wywiad rodzinny.

Sugerowane panele badań zostały opublikowane (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Mogą one jednak zostać zmodyfikowane w zależności od ograniczeń związanych z zasobami pacjentów lub systemu opieki zdrowotnej, albo w przypadku w pełni zdrowych pacjentów.

Kliniczne monitorowanie efektywności oraz skutków ubocznych terapii hormonalnej

Celem klinicznego monitorowania w trakcie stosowania preparatów hormonalnych jest ocena stopnia feminizacji/maskulinizacji oraz możliwa obecność działań niepożądanych danego leku. Jednakże, tak jak jest to w przypadku monitorowania jakiegokolwiek długoterminowego stosowania danego leku, monitorowanie powinno odbywać się w kontekście podstawowej opieki zdrowotnej. Sugerowane

protokoły monitorowania klinicznego zostały już opublikowane (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009). Pacjenci(-tki) z współistniejącymi chorobami mogą potrzebować częstszych wizyt kontrolnych. Zdrowi(-we) pacjenci(-tki) w geograficznie odległych bądź pozbawionych odpowiednich zasobów obszarach mogą używać alternatywnych strategii, takich jak konsultacje przez Internet lub kooperacja z lokalnym świadczeniodawcami usług medycznych, takimi jak pielęgniarze(-arki) lub asystenci(-tki) medyczni(-ne). W przypadku braku innych wskazań, pracownicy(-ce) ochrony zdrowia mogą traktować priorytetowo monitorowanie tych zagrożeń, które mogą być spowodowane stosowaniem terapii hormonalnej lub które są mniej prawdopodobne, ale klinicznie poważne.

Monitorowanie skuteczności oraz ryzyka feminizującej terapii hormonalnej (M/K)

Najlepszą oceną skuteczności terapii hormonalnej jest odpowiedź kliniczna na pytanie: czy u pacjentki dochodzi do feminizacji ciała przy zmniejszeniu męskich cech płciowych, zgodnie z jej oczekiwaniami? Celem szybszego przewidzenia skuteczności dawkowania preparatów hormonalnych, które dadzą określony efekt kliniczny, można zmierzyć surowicze stężenie testosteronu celem wykazania jego obniżenia poniżej górnej granicy wartości referencyjnych dla kobiet oraz estradiolu celem wykazania jego podwyższenia do wartości referencyjnych dla kobiet przed menopauzą, lecz poniżej poziomów suprafizjologicznych (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009).

Monitorowanie działań niepożądanych powinno obejmować zarówno badanie kliniczne, jak i laboratoryjne. Kontrola powinna obejmować uważną ocenę pod kątem objawów zaburzeń czynności układu sercowo-naczyniowego oraz żylną chorobę zakrzepowo-zatorową, poprzez pomiary ciśnienia tętniczego i tętna, masy ciała, badania serca oraz płuc; oraz badania kończyn pod kątem obrzęków obwodowych, miejscowej opuchlizny lub bólu (Feldman, Safer, 2009). Monitorowanie laboratoryjne powinno być oparte na ryzykach terapii hormonalnej, opisanych powyżej, chorób współistniejących i obecności innych czynników ryzyka oraz określonego typu terapii hormonalnej. Określone protokoły monitorowania laboratoryjnego zostały już opublikowane (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009).

Monitorowanie skuteczności oraz ryzyka maskulinizującej terapii hormonalnej (K/M)

Najlepszą oceną skuteczności terapii hormonalnej jest odpowiedź kliniczna na pytanie: czy u pacjenta dochodzi do maskulinizacji ciała przy zmniejszeniu żeńskich cech płciowych, zgodnie z oczekiwaniami pacjenta? Klinicyści mogą uzyskać zadowalającą odpowiedź kliniczną z małym ryzykiem działań niepożądanych poprzez utrzymywanie stężeń testosteronu w granicach wartości referencyjnych dla mężczyzn unikając stężeń suprafizjologicznych (Dahi i in., 2006; Hembree i in., 2009). Dla pacjentów stosujących domięśniowe preparaty cypionatu lub enantanu testosteronu niektórzy klinicyści sprawdzają minimalne stężenie (tuż przed następną iniekcją), podczas gdy inni w środku okresu uwalniania się leku z miejsca podania (Dahl i in., 2006; Hembree i in., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, Chipkin, 2003).

Monitorowanie działań niepożądanych powinno obejmować zarówno badanie kliniczne, jak i laboratoryjne. Kontrola powinna obejmować uważną ocenę pod kątem nadmiernego wzrostu masy ciała, trądziku, krwawień przełomowych z dróg rodnych oraz zaburzeń czynności układu sercowo-naczyniowego, a także objawów u zagrożonych nimi pacjentów. Badanie fizykalne powinno obejmować pomiar ciśnienia tętniczego i tętna, masy ciała, skóry oraz serca i płuc (Feldman, Safer, 2009). Monitorowanie laboratoryjne powinno być oparte na ryzyku stosowania terapii hormonalnej, opisanym powyżej, chorób współistniejących i obecności innych czynników ryzyka oraz określonego typu terapii hormonalnej. Określone protokoły monitorowania laboratoryjnego zostały już opublikowane (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009).

Określone typy terapii hormonalnej

Do tej pory nie zostały przeprowadzone żadne kontrolowane badania kliniczne mające na celu określenie bezpieczeństwa lub skuteczności określonej feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej w wywoływaniu przemiany cielesnej. Efektem tego jest duża rozbieżność na temat dawkowania oraz rodzajów preparatów hormonalnych opisana w literaturze medycznej (Moore i in., 2003; Tangpricha i in., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, Gooren, 1997). Dodatkowo, dostęp do określonych leków może być ograniczony w zależności od lokalizacji geograficznej i/lub sytuacji społecznej lub ekonomicznej pacjenta(-tki). Z tych powodów, WPATH nie opisuje ani nie zaleca konkretnych schematów feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej. Zamiast tego dokonuje obszernego przeglądu klas dostępnych preparatów oraz metod ich podania.

Jak podkreślono powyżej, istnieją udowodnione różnice bezpieczeństwa indywidualnych elementów poszczególnych metod. Wytyczne Światowego Towarzystwa Endokrynologicznego (Endocrine Society) (Hembree i in., 2009) oraz Feldman i Safer (2009) podają konkretne zalecenia dotyczące rodzaju preparatów hormonalnych oraz ich dawkowania umożliwiające uzyskanie stężeń w zakresie wartości referencyjnych zgodnych z identyfikacją płciową pacjenta(-tki) (na podstawie celu pełnej feminizacji/maskulinizacji). Istnieją mocne zalecenia, aby lekarze(-rki) ordynujący terapię hormonalną śledzili na bieżąco piśmiennictwo celem uzyskania nowych informacji oraz używania tych preparatów, które w bezpieczny sposób zaspokajają potrzeby danego pacjenta(-tki) w danym obszarze.

Rodzaje feminizującej terapii hormonalnej (M/K)

Preparaty estrogenowe

Stosowanie doustnych preparatów estrogenowych, a w szczególności etynyloestriadolu, wydaje się zwiększać ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Biorąc pod uwagę to ryzyko, etynyloestriadol nie jest polecany w feminizującej terapii hormonalnej. Estradiol podawany drogą przezskórną jest

zalecany dla pacjentek, u których występują czynniki ryzyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Ryzyko działań niepożądanych zwiększa się wraz ze zwiększeniem dawkowania, szczególnie prowadzącego do suprafizjologicznych stężeń estradiolu w surowicy (Hembree i in., 2009). Pacjentki z współistniejącymi schorzeniami, na które wpływ może mieć stosowanie estrogenów, jeśli to możliwe powinny unikać preparatów doustnych i rozpoczynać od niskich dawek. Niektóre pacjentki mogą nie być w stanie bezpiecznie utrzymywać stężeń koniecznych do osiągnięcia pożądanych efektów klinicznych. Taka możliwość powinna zostać szczegółowo omówiona z pacjentkami przed rozpoczęciem terapii hormonalnej.

Leki antyandrogenne

Połączenie preparatu zawierającego estrogen z „antyandrogenami” jest najczęściej badaną kombinacją feminizującej terapii hormonalnej. Leki redukujące stężenie androgenów, należące do różnych klas leków, prowadzą do zmniejszenia stężenia endogennego testosteronu lub jego aktywności, tym samym powodując zanikanie męskich cech płciowych, takich jak owłosienie ciała. Umożliwiają one zmniejszenie dawki estrogenów wymaganych do wyhamowania produkcji testosteronu, tym samym zmniejszając ryzyko związane ze stosowaniem ich wysokich dawek (Prior, Vigna, Watson, Diawold, Robinow, 1986; Prior, Vigna, Watson, 1989).

Powszechnie dostępne preparaty o działaniu antyandrogennym:

- spironolakton, lek na nadciśnienie, hamuje przekształcanie testosteronu w dihydrotestosteron oraz blokuje wiązanie androgenów z receptorami androgenowymi. W trakcie jego stosowania należy monitorować ciśnienie tętnicze krwi oraz elektrolity ze względu na potencjalne ryzyko hiperkaliemii;
- octan cyproteronu jest progestagenem o właściwościach antyandrogennych. Lek ten nigdy nie został zatwierdzony do stosowania w Stanach Zjednoczonych ze względu na potencjalne działanie hepatotoksyczne, ale jest szeroko stosowany wszędzie indziej (De Cuypere i in., 2005);
- agoniści GnRH (np. goserelina, buserelina, tryptorelina) są neurohormonami, które wpływając na receptory dla GnRH hamują wydzielanie hormonu folikulotropowego (FSH) oraz luteinizującego (LH). W konsekwencji prowadzi to do wyłączenia czynności hormonalnej gonad. Niemniej jednak, preparaty te są drogie i dostępne jedynie w formie iniekcji lub implantów;
- inhibitory 5-alfa reduktazy (finasteryd i dutasteryd) hamują konwersję testosteronu do bardziej aktywnego dihydrotestosteronu. Leki te korzystnie hamują utratę owłosienia skóry głowy oraz pojawianie się owłosienia w obrębie ciała. Dodatkowo hamują czynność gruczołów łojowych i poprawiają stan skóry.

Cyproteron i spironolakton są najczęściej stosowanymi antyandrogenami i prawdopodobnie najbardziej efektywne w stosunku do ich ceny.

Progestageny

Poza cyproteronem, stosowanie progestagenów w feminizującej terapii hormonalnej jest kontrowersyjne (Oriel, 2000). Ze względu na fakt, iż progestageny odgrywają rolę w rozwoju gruczołów sutkowych na poziomie komórkowym, niektórzy klinicyści uważają, że hormony te są niezbędne do pełnego rozwoju piersi (Basson, Prior, 1998; Oriel, 2000). Jednakże klinicznie porównanie schematów leczenia z lub bez progestagenów dowiodło, że ich stosowanie nie prowadzi do zwiększonego rozwoju piersi ani obniżenia surowiczych stężeń wolnego testosteronu (Meyer III i in., 1986). Istnieją również obawy przed potencjalnymi działaniami niepożądanymi stosowania progestagenów takich jak depresja, wzrost masy ciała, dyslipidemia (Meyer III i in., 1986; Tangpricha i in., 2003). Przypuszcza się także, że progestageny (szczególnie medroksyprogesteron) mogą zwiększać ryzyko raka piersi oraz chorób układu sercowo-naczyniowego u kobiet (Rossouw i in., 2002). Mikronizowany progesteron może być lepiej tolerowany i mieć bardziej korzystny wpływ na profil lipidowy niż medroksyprogesteron (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, Wiita, 2000).

Rodzaje maskulinizującej terapii hormonalnej (K/M)

Testosteron

Ogólnie preparaty testosteronu mogą być podawane doustnie, przezskórnie lub parenteralnie (domięśniowo), choć także dostępne są preparaty podawane „podpoliczkowo” (w USA) oraz w formie implantów. Doustny undekanian testosteronu, dostępny poza Stanami Zjednoczonymi, prowadzi do umiarkowanego wzrostu stężenia testosteronu w surowicy w porównaniu do preparatów podawanych drogą parenteralną i dlatego posiada ograniczoną skuteczność w zahamowaniu miesiączkowania (Feldman, 2005, April; Moore i in., 2003). Ze względu na fakt, iż preparaty zawierające cypionat lub enantan testosteronu są podawane domięśniowo co 2–4 tygodnie, niektórzy pacjenci mogą doświadczać cyklicznych zmian w ich działaniu (np. zmęczenie oraz podirytowanie przed kolejną iniekcją lub agresywność i podwyższony nastrój tuż po iniekcji), a także okresy ponadfizjologicznych stężeń testosteronu w surowicy (Jockenhövel, 2004). Można temu zapobiec, stosując schematy podawania preparatów w niższych dawkach, ale ze zwiększoną częstotliwością lub stosując preparaty przezskórne (Dobs i in., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag i in., 2004). Domięśniowy preparat zawierający undekanian testosteronu (niedostępny jeszcze w Stanach Zjednoczonych) pozwala utrzymać stałe, fizjologiczne stężenie testosteronu na przestrzeni około 12 tygodni i wykazuje skuteczność działania zarówno w przypadku hipogonadyzmu, jak osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, Nieschlag, 2006). Istnieją dowody naukowe, że tak przezskórne, jak i domięśniowe preparaty testosteronu mają te same działanie maskulinizujące, jakkolwiek wydaje się, że preparaty przezskórne działają wolniej (Feldman, 2005, kwiecień). Wraz z wiekiem pacjenta celem jest stosowanie najmniejszych skutecznych klinicznie dawek, mając na uwadze zachowanie prawidłowej masy kostnej.

Inne preparaty

Progestageny, najczęściej medroksyprogesteron, mogą być stosowane przez krótki okres na samym początku terapii celem zahamowania miesiączkowania. Podobnie agoniści GnRH mogą być stosowane w tym celu, jak również w krwawieniach przełomowych po wykluczeniu innych przyczyn ginekologicznych.

Hormony „bioidentyczne” oraz preparaty recepturowe

Ostatnio wzrosła dyskusja i zainteresowanie wokół stosowania tak zwanych „bioidentycznych” hormonów w hormonalnej terapii zastępczej kobiet po menopauzie. Zainteresowanie to zaczęło dotyczyć także feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej. Nie ma żadnych dowodów na to, aby indywidualnie przygotowane (recepturowe) preparaty „bioidentycznych hormonów” miałyby być bezpieczniejsze i bardziej skuteczne w porównaniu do hormonalnych preparatów zatwierdzonych i dopuszczonych do obrotu przez państwowe instytucje (zdrowia) (Sood, Shuster, Smith, Vincent, Jatoi, 2011). W związku z powyższym Północno-Amerykańskie Towarzystwo Menopauzy (North American Menopause Society) (2010) oraz inne towarzystwa zalecają traktowanie tych preparatów tak samo, niezależnie od tego, czy preparat został przygotowany w aptece, czy nie, to jeśli ich skład jest taki sam to także takie samo jest ryzyko działań niepożądanych. WPATH przychyliła się do tej opinii.

IX

Zdrowie reprodukcyjne

Wiele osób transpłciowych, transseksualnych i różnorodnych płciowo będzie chciało posiadać potomstwo. Ze względu na fakt, iż feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna prowadzi do zaburzeń płodności (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, Bremner, 1999) zaleca się pacjentom(-tkom) podjęcie decyzji co do planów prokreacyjnych jeszcze przed rozpoczęciem terapii hormonalnej lub operacją usunięcia gonad, albo korekty narządów płciowych. Znane są przypadki osób, które rozpoczęły terapię hormonalną oraz zabiegi chirurgiczne narządów płciowych, a następnie miały żal z powodu pozbawienia możliwości biologicznego rodzicielstwa (De Sutter, Kira, Verschoor, Hotimsky, 2002).

Świadczeniodawcy usług medycznych – w tym specjaliści(-stki) obszaru zdrowia psychicznego zalecający rozpoczęcie terapii hormonalnej lub chirurgiczną korektę płci, lekarze(-rki) ordynujący terapię hormonalną oraz specjaliści(-tki) chirurgii – powinni przedyskutować opcje reprodukcyjne z pacjentami(-tkami) przed rozpoczęciem tych metod leczenia dysforii płciowej. Taka

rozmowa powinna mieć miejsce, nawet jeśli pacjent(ka) nie są zainteresowani tymi kwestiami w danym momencie leczenia, co jest powszechne wśród młodszych pacjentów(-tek) (De Sutter, 2009). Wczesne rozmowy są pożądane, ale nie zawsze możliwe. Jeśli dana osoba nie przeszła jeszcze operacji pełnej rekonstrukcji narządów płciowych, możliwym jest zaprzestanie stosowania hormonów, co po odpowiednio długim czasie pozwoli na powrót czynności hormonalnej i rozrodczej gonad (Payer, Meyer III, Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, Dhont, 2001).

Oprócz debat i opinii, mało jest prac naukowych odnośnie do spraw związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym osób stosujących różne rodzaje terapii dysforii płciowej. Inną grupą pacjentów(-tek), stykających się problem zachowania płodności związanych z uszkodzeniem lub usunięciem gonad, to osoby z nowotworami złośliwymi, które wymagają usunięcia narządów rozrodczych oraz radio- i chemioterapii. Doświadczenia opieki nad tymi osobami mogą być przeniesione na osoby leczone z powodu dysforii płciowej.

Osoby dokonujące tranzycji w kierunku kobiecym (M/K), a w szczególności te, które nie miały do tej pory dzieci, powinny być poinformowane odnośnie do możliwości oddania i zamrożenia nasienia przed rozpoczęciem terapii hormonalnej. Wyniki badań męskich gonad, które były ekspozowane na wysokie dawki estrogenów (Payer i in., 1979), sugerują, że zaprzestanie terapii estrogenowej może przywrócić ich czynność rozrodczą. W artykule opisującym opinie osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym względem możliwości oddania i zamrożenia nasienia (De Sutter i in., 2002) większość ze 121 przebadanych respondentek wskazała, że możliwość oddania i zamrożenia nasienia powinna być przedyskutowana i zaoferowana przez środowisko medyczne. Oddanie nasienia powinno nastąpić przed rozpoczęciem terapii hormonalnej lub po jej zaprzestaniu w momencie powrotu spermatogenezy. Możliwość krioprezervacji nasienia powinna zostać przedstawiona nawet w przypadku słabej jego jakości (oligospermii). U dorosłych z azoospermią istnieje możliwość wykonania biopsji jąder oraz krioprezervacja uzyskanego materiału, jednakże metoda ta może być nieskuteczna.

Opcje reprodukcyjne dla osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) mogą obejmować zamrożenie komórek jajowych (oocytów) lub embrionów. Zarówno zamrożone komórki jajowe, jak i embriony mogą służyć do rozpoczęcia ciąży w macicy „matki zastępczej”. Wyniki badań kobiet z zespołem policystycznych jajników sugerują, że zmniejszenie ekspozycji gonad na androgeny przywraca ich czynność rozrodczą (Hunter, Sterrett, 2000). Zaprzestanie więc terapii testosteronem może przywrócić dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych oraz owulację, jakkolwiek zależy to od wieku pacjenta i długości trwania terapii testosteronem. Choć nie zostało to przebadane, niektóre osoby dokonujące tranzycji w kierunku męskim tak właśnie robią i części z nich udało się zająć w ciążę i urodzić dzieci (More, 1998)²¹.

21 Od czasu wydania siódmej wersji standardów opublikowano już kilka badań na temat ciąży i transpłciowości, np. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1753495X15612658>; <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1491-5> [przyp. red. wyd. pol.].

Pacjenci(-tki) powinni być poinformowani, że tego rodzaju techniki nie są wszędzie dostępne i mogą być bardzo kosztowne. Nie ma żadnych podstaw, aby osobom transseksualnym, transpłciowym oraz różnorodnym płciowo odmawiać możliwości posiadania potomstwa.

Odmienną grupę stanowią osoby przed okresem dojrzewania lub w trakcie dojrzewania (adolescenci), u których nigdy nie dojdzie do rozwoju funkcji rozrodczych ze względu na stosowanie hormonalnych terapii blokujących dojrzewanie. Na chwilę obecną brak jest metod umożliwiających utrzymanie czynności rozrodczej gonad w tej grupie osób.



Terapia głosowa i komunikacyjna

Komunikacja, zarówno werbalna, jak i niewerbalna jest ważną częścią ludzkiego zachowania i ekspresji płciowej. Osoby transseksualne, transpłciowe i różnorodne płciowo mogą szukać pomocy ze strony specjalisty(-tki) zajmującego się terapią głosową i komunikacyjną w celu wykształcenia cech głosu (np. tonu, intonacji, prędkości mówienia), wzorców składniowych i wzorców komunikacji niewerbalnej (np. gestów, postawy/ruchu, mimiki twarzy), które sprzyjałyby dobremu samopoczuciu w kontekście własnej tożsamości płciowej. Terapia głosowa i komunikacyjna może pomóc w zmniejszeniu dysforii płciowej oraz może być pozytywnym i motywującym krokiem w stronę osiągnięcia upragnionej przez daną osobę ekspresji płciowej.

Wymagane kwalifikacje specjalistów(-tek) od głosu i komunikacji, pracujących z osobami transseksualnymi, transpłciowymi i różnorodnymi płciowo

Specjalistami(-tkami) tymi mogą być specjaliści(-stki) logopatologii, logopedii, foniatrii. W większości krajów specjalistyczne towarzystwa logopedów wymagają określonych kwalifikacji i referencji, aby móc zostać ich członkami(-kiniami). W niektórych krajach rząd reguluje praktykę poprzez wydawanie licencji, certyfikatów lub procesy rejestracyjne.

Rekomendowane minimalne kwalifikacje dla specjalistów(-tek) od głosu i komunikacji pracujących z osobami transseksualnymi, transpłciowymi i różnorodnymi płciowo są następujące:

1. Specjalistyczne wykształcenie i kompetencja w ocenie i rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych u transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo klientów(-tek).
2. Podstawowe zrozumienie zagadnień związanych ze zdrowiem osób transpłciowych, włączając w to feminizujące/maskulinizujące terapie hormonalne i zabiegi chirurgiczne, a także specyficzne dla osób transpłciowych problemy psychospołeczne, które omówiono w *Standardach opieki*; i znajomość podstawowych protokołów obejmujących delikatne obszary, takie jak używanie preferowanego zaimka i imienia (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. Ustawiczne szkolenie w ocenie i rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych u transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo klientów(-tek). Może w to się wliczać branie udziału w zawodowych spotkaniach, warsztatach lub seminariach; uczestniczenie w badaniach naukowych związanych z tożsamością płciową; samodzielne uczenie się; korzystanie z prowadzenia przez doświadczonego, certyfikowanego klinicystę.

Inni specjaliści(-stki), tacy jak trenerzy(-rki) wokalni, specjaliści(-stki) teatralni, nauczyciele(-lki) śpiewu i specjaliści(-stki) zajmujący się ruchem mogą odgrywać cenną rolę pomocniczą. Najlepiej, jeśli specjaliści(-stki) ci mają doświadczenie pracy z logopedami(-kami) lub będą aktywnie z nimi współpracować.

Względy związane z oceną i terapią

Nadrzędnym celem terapii głosowej i komunikacyjnej jest pomoc klientom(-tkom) w przystosowaniu ich głosu i komunikacji w taki sposób, który jest zarówno bezpieczny, jak i autentyczny, skutkując wzorcami komunikacji, które klient(-tka) doświadcza jako zgodnych ze swoją tożsamością płciową i które odzwierciedlają poczucie samego siebie (Adler, Hirsch, Mordaunt, 2006). Podstawową sprawą jest, aby specjaliści(-stki) zajmujący się terapią głosową i komunikacyjną byli wrażliwi na indywidualne preferencje odnośnie do komunikacji. Komunikacja – styl, głos, wybór języka itd. – jest czymś osobistym. Danym osobom nie powinno się doradzać, aby przyswoiły zachowania, z którymi nie czują się one komfortowo lub które nie dają poczucia autentyczności. Specjaliści(-stki) najlepiej pomogą swoim klientom(-tkom), jeśli poświęcą czas na zrozumienie problemów związanych z płcią danej osoby i celów, jakie stawia sobie w odniesieniu do swojej ekspresji płciowej (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Poszczególne osoby mogą wybierać zachowania komunikacyjne, które pragną osiągnąć w zgodzie ze swoją tożsamością płciową. Źródłem informacji i wsparciem dla tych wyborów jest również wiedza

specjalisty(-tki) od terapii głosowej i komunikacyjnej, jak i dane płynące z oceny konkretnego klienta(-tki) (Hancock, Krissinger, Owen, 2010). W obręb oceny wchodzi ewaluacja dokonana przez samego klienta(-tkę), jak i ocena dokonana przez specjalistę(-tkę), która obejmuje analizę głosu, rezonansu, artykulacji, języka mówionego i komunikacji niewerbalnej (Adler i in., 2006; Hancock i in., 2010).

Plan terapii głosowej i komunikacyjnej tworzy się na podstawie uwzględnienia dostępnych badań naukowych, wiedzy klinicznej i doświadczenia specjalisty(-tki) oraz własnych celów i wartości klienta(-tki) (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). Terapia przeważnie skupia się na tonie, intonacji, głośności i wzorcach akcentu, jakości głosu, rezonansie, artykulacji, prędkości mówienia i frazowaniu, języku oraz komunikacji niewerbalnej (Adler i in., 2006; Davies, Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates, Dacakis, 1983). Terapia może obejmować sesje indywidualne i/lub grupowe. Częstotliwość sesji i długość terapii są zależne od potrzeb klienta(-tki). Istniejące protokoły terapii głosowej i komunikacyjnej mogą być pomocne w tworzeniu indywidualnego planu terapii (Carew, Dacakis, Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies, Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, Deakin, 2008; Mount, Salmon, 1988).

Feminizacja lub maskulinizacja głosu obejmuje użycie mechanizmu tworzenia głosu w sposób, do którego nie jest on przyzwyczajony. Niezbędne jest podjęcie środków prewencji, by uniknąć ryzyka niewłaściwego wykorzystania i długotrwałych uszkodzeń głosu. Z tego względu, wszystkie usługi związane z terapią głosową i komunikacyjną powinny obejmować element dbania o zdrowy głos.

Względy związane ze zdrowiem głosu po operacji feminizacji głosu

Jak stwierdzono w rozdziale XI, niektóre osoby transseksualne, transpłciowe i różnorodne płciowo przejdą operację feminizacji głosu. (Obniżenie się głosu może być osiągnięte poprzez maskulinizującą terapię hormonalną, jednakże feminizujące hormony nie mają wpływu na głos dorosłych osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym). Wśród pacjentek, które przeszły taką operację, mamy do czynienia z różnymi stopniami satysfakcji, bezpieczeństwa i długoterminowej poprawy. Rekomenduje się, aby osoby przechodzące operację feminizacji głosu, skorzystały również z konsultacji specjalisty(-tki) od terapii głosowej i komunikacyjnej w celu maksymalizacji efektów operacji, pomocy w ochronie zdrowego głosu oraz ćwiczeniu niezwiązanych z wysokością tonu aspektów komunikacji. Procedury operacji głosu powinny obejmować uzupełniające sesje ze specjalistą(-tką) od terapii głosowej i komunikacyjnej, posiadającym odpowiednie kwalifikacje poświadczone przez komisję odpowiedzialną za terapeutów wokalnych/logopedów w danym kraju (Kanagalingam i in., 2005; Neumann, Welzel, 2004).

XI

Leczenie chirurgiczne

Operacja korekty narządów płciowych (ang. Sex Reassignment Surgery, SRS) jest skuteczna i niezbędna z medycznego punktu widzenia

Operacje chirurgiczne – w szczególności operacje narządów płciowych – są często ostatnim i najbardziej oczekiwanym etapem w procesie leczenia dysforii płciowej. Choć wiele osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo jest usatysfakcjonowanych samą zmianą swojej tożsamości, roli oraz ekspresji płciowej bez konieczności przeprowadzenia operacji chirurgicznych, dla wielu innych operacja rekonstrukcji narządów płciowych jest niezbędna i konieczna, aby złagodzić objawy dysforii płciowej (Hage, Karim, 2000). Dla tej grupy osób, złagodzenie objawów dysforii płciowej jest praktycznie niemożliwe, jeśli nie zostaną zmodyfikowane ich i pierwszo- i/lub drugorzędowe²² cechy płciowe umożliwiające większą zgodność z ich tożsamością płciową. Co więcej, operacje chirurgiczne mogą poprawić własną samoocenę i komfort w obecności partnerów seksualnych czy w sytuacjach takich jak wizyty u lekarza(-rki), przebywanie na pływalni lub klubach sportowych. W pewnych uwarunkowaniach, operacje mogą zmniejszyć ryzyko traumy w sytuacji aresztowania lub przeszukiwania przez policję lub inne służby.

Wyniki badań obserwacyjnych niezaprzeczalnie dowodzą o korzyściach związanych z operacyjną rekonstrukcją narządów płciowych, takich jak samopoczucie, względy estetyczne czy funkcje seksualne (De Cuypere i in., 2005; Gijs, Brewaeys, 2007; Klein, Gorzalka, 2009; Pfäfflin, Junge, 1998). Dodatkowe informacje dotyczące roli operacji chirurgicznych są zebrane w Załączniku D.

Kwestie etyczne związane z operacją rekonstrukcji narządów płciowych

W postępowaniu chirurgicznym zmieniona chorobowo tkanka jest usuwana celem przywrócenia prawidłowych funkcji lub dokonuje się zmian cech cielesnych celem poprawy postrzegania własnego

²² Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

ciała przez pacjenta(-tkę). Część osób, włączając w to część pracowników(-ic) ochrony zdrowia, z powodów etycznych sprzeciwia się przeprowadzenia operacji jako formy leczenia dysforii płciowej, ponieważ nie są spełnione powyższe warunki.

Bardzo ważne jest, by specjaliści(-stki) opiekujący się pacjentami(-tkami) z dysforią płciową nie czuli się ograniczeni faktem zmiany prawidłowych struktur anatomicznych. Celem zrozumienia, w jaki sposób zabieg operacyjny może zmniejszać psychologiczny dyskomfort oraz niepokój osób z dysforią płciową, należy słuchać pacjentów(-tek) opowiadających o swoich objawach, dylematach oraz historiach życiowych. Opór przeciwko przeprowadzaniu operacji bazujący na tezie „przede wszystkim nie szkodzić” powinien być uszanowany, przedyskutowany oraz powinno mu się przedstawić możliwość nauczenia się od samych pacjentów(-tek) o psychologicznym cierpieniu doświadczania dysforii płciowej oraz potencjalnych krzywdach spowodowanych przez odmowę dostępu do odpowiedniej opieki.

Operacje chirurgiczne narządów płciowych, piersi/klatki piersiowej jako etap leczenia dysforii płciowej, nie są jedynie kolejnym zbiorem nieobowiązkowych procedur. Typowe nadobowiązkowe procedury obejmują tylko prywatny, oparty na wzajemnej zgodzie pakt pomiędzy pacjentem(-tką), a chirurgiem. Operacje chirurgiczne narządów płciowych oraz piersi/klatki piersiowej, jako niezbędne z medycznego punktu widzenia formy leczenia dysforii płciowej, powinny być podejmowane wyłącznie po postawieniu rozpoznania przez uprawnionego specjalistę(-tkę) obszaru zdrowia psychicznego, jak pokazano w rozdziale VII *Standardów opieki*. Zabiegi te mogą być przeprowadzone na podstawie udokumentowanej na piśmie opinii, że dana osoba spełnia kryteria podania się operacji chirurgicznej. Kierując się tą procedurą, specjaliści(-stki) obszaru zdrowia psychicznego, specjaliści(-tki) chirurgii oraz oczywiście pacjenci(-tki) są współodpowiedzialni co do ostatecznej decyzji podjęcia się przeprowadzenia chirurgicznych nieodwracalnych zabiegów prowadzących do zmian cielesnych.

Odmowa przeprowadzenia zabiegu operacji rekonstrukcji narządów płciowych wyłącznie na podstawie obecności zakażeń krwiopochodnych, takich jak HIV czy zapalenie wątroby typu C lub B jest działaniem nieetycznym.

Relacje chirurgów ze specjalistami(-tkami) obszaru zdrowia psychicznego, lekarzami(-rkami) ordynującymi preparaty hormonalne (jeśli dotyczy) oraz pacjentami(-tkami) (świadoma zgoda)

Rola chirurga w leczeniu dysforii płciowej nie jest rolą zwykłego rzemieślnika. Sumienni specjaliści(-tki) chirurgii zapoznają się z historią każdego pacjenta(-tki) oraz wskazaniem do zabiegu operacyjnego. Z tego powodu, specjaliści(-tki) chirurgii muszą przeprowadzać stosowny wywiad

ze swoimi pacjentami(-tkami) oraz pozostać we współpracy z pozostałymi pracownikami(-cami) ochrony zdrowia, aktywnie zaangażowanymi w opiekę nad nimi.

Uzyskanie konsultacji chirurgicznej jest natychmiastowe, jeśli w skład interdyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej wchodzi specjalista(-tka) chirurgii. W przypadku jego braku, specjalista(-tka) chirurgii musi mieć pewność, że specjalista(-tka) obszaru zdrowia psychicznego lub osoba ordynująca hormony, którzy skierowali pacjenta(-tkę) posiadają kompetencje oceny oraz leczenia dysforii płciowej, ponieważ specjalista(-tka) chirurgii w znacznym stopniu opiera się na ich opinii.

Jeśli specjalista(-tka) chirurgii jest już pewien, że kryteria dla danego zabiegu operacyjnego zostały spełnione (co zostanie przedstawione poniżej) leczenie chirurgiczne można wziąć pod uwagę, ale powinno to zostać poprzedzone konsultacją chirurgiczną, podczas której powinna zostać wyjaśniona bardzo szczegółowo procedura zabiegu oraz przebieg opieki pooperacyjnej. Specjaliści(-tki) chirurgii są zobowiązani omówić wszystkie następujące kwestie z pacjentami(-tkami) oczekującymi operacyjnego leczenia dysforii płciowej:

- dostępność różnych technik operacyjnych (razem z możliwością skierowania do kolegów specjalistów(-tek), którzy zapewniliby techniki alternatywne);
- wady i zalety każdej z technik;
- ograniczenia danych zabiegów w osiągnięciu „idealnych” wyników; specjaliści(-tki) chirurgii powinni przedstawić różnego rodzaju zdjęcia swoich własnych pacjentów(-tek), wykonanych przed i po operacji, zarówno te prezentujące udane, jak i nieudane zabiegi;
- nieodłączne zagrożenia i możliwe powikłania różnych technik; specjaliści(-tki) chirurgii powinni poinformować pacjentów(-tki) o indywidualnych częstościach powikłań odnośnie do każdej procedury.

Omówienie tych kwestii jest podstawą procesu uzyskania świadomej zgody, który jest zarówno etycznym, jak i prawnym wymogiem dla każdego zabiegu chirurgicznego. Zapewnienie możliwych do spełnienia oczekiwań pacjentom(-tkom) jest ważne w procesie leczenia dysforii płciowej.

Wszystkie te informacje powinny być zapewnione pacjentom(-tkom) w formie pisemnej, w języku, którym się posługują, oraz graficznie zilustrowane. Pacjenci(-tki) powinni otrzymać te informacje z odpowiednim wyprzedzeniem (jeśli to możliwe przez Internet) oraz powinno się im zapewnić wystarczająco czasu, by mogli się z nimi zapoznać. Kwestie świadomej zgody powinny być zawsze omówione „w cztery oczy” przed zabiegiem chirurgicznym. Można wtedy udzielić odpowiedzi na pytania oraz uzyskać pisemną zgodę od pacjenta(-tki). Jako że zabiegi te są nieodwracalne, powinno się zadbać o zapewnienie pacjentom(-tkom) odpowiedniego czasu na zapoznanie się z wszystkimi informacjami przed poproszeniem o udzielenie świadomej zgody. Sugerowane minimum to 24 godziny.

Specjaliści(-tki) chirurgii powinni zapewnić bezpośrednią opiekę pooperacyjną i możliwość konsultacji z innymi lekarzami(-rkami) w przyszłości. Pacjenci(-tki) powinni(-ny) wypracować ze swoimi chirurgami odpowiedni plan opieki pooperacyjnej.

Przegląd zabiegów chirurgicznych stosowanych w leczeniu pacjentów(-tek) z dysforią płciową

Zabiegi chirurgiczne przeprowadzane u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K) mogą obejmować:

1. Operację piersi/klatki piersiowej: mammoplastyka powiększająca – implanty/przeszczepy tkanki tłuszczowej (lipofilling).
2. Operacje narządów płciowych: penektomia, orchidektomia, waginoplastyka, klitoroplastyka, wulwoplastyka.
3. Zabiegi chirurgiczne nieobejmujące narządów płciowych ani piersi: operacja feminizacji twarzy, liposukcja, przeszczepy tkanki tłuszczowej, operacja zmiany głosu, zmniejszenie chrząstki tarczowej („jabłka Adama”), powiększenie pośladków (implanty/lipofilling), rekonstrukcja włosów oraz różne zabiegi estetyczne.

Zabiegi chirurgiczne przeprowadzane u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) mogą obejmować:

1. Operację piersi/klatki piersiowej: podskórna mastektomia, utworzenie męskiej klatki piersiowej.
2. Operacje narządów płciowych: histerektomia/owariektomia, rekonstrukcja stałej części cewki moczowej, która może być połączona z metoidioplastyką lub z falloplastyką (przy wykorzystaniu uszypułowanych lub wolnych płatów skórnych), waginektomia, skrotoplastyka oraz zastosowanie protezy prącia i/lub jąder.
3. Zabiegi chirurgiczne nie obejmujące narządów płciowych ani piersi: operacje głosu (rzadko), liposukcja, lipofilling, implanty klatki piersiowej oraz różne zabiegi estetyczne.

Chirurgia rekonstrukcyjna a estetyczna

Kwestia tego, czy operacja rekonstrukcji narządów płciowych powinna być postrzegana jako operacja „estetyczna”, czy jako operacja „rekonstrukcyjna”, nie jest ważna jedynie z filozoficznego punktu widzenia, ale również z finansowego. Zabiegi chirurgii estetycznej oraz zabiegi kosmetyczne nie mają wskazań medycznych i z tego powodu są one przeważnie finansowane w całości przez pacjenta(-tkę). Zabiegi rekonstrukcyjne są natomiast wykonywane ze wskazań medycznych mające charakter leczniczych i dlatego finansowane są częściowo lub w całości przez krajowy system ubezpieczeń zdrowotnych lub firmy ubezpieczeniowe.

Niestety, na polu chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (ogólnie, jak i w przypadku chirurgii związanej z korektą płci) nie istnieje jasny podział na to, co jest zabiegiem rekonstrukcyjnym i na to co jest zabiegiem kosmetycznym. Większość zabiegów chirurgii plastycznej jest w rzeczywistości połączeniem obydwu typów zabiegów.

O ile większość specjalistów(-tek) zgadza się, że operacja narządów płciowych oraz mastektomia nie mogą być postrzegane jako bezwzględnie kosmetyczne, różnice opinii zaczynają się pojawiać w kwestii tego, do jakiego stopnia inne zabiegi chirurgiczne (np. powiększenie piersi, operacja feminizacji twarzy) mogą być uważane za bezwzględnie rekonstrukcyjne. Dużo łatwiej jest postrzegać falloplastykę czy waginoplastykę jako zabieg mający zakończyć trwające całe życie cierpienie, dla innych pacjentów(-tek) takie zabiegi jak plastyka nosa mogą mieć radykalny i permanentny efekt na ich jakości życia i tym samym są w dużo większym stopniu niezbędne z medycznego punktu widzenia niż dla pacjentów(-tek) bez dysforii płciowej.

Kryteria kwalifikacji do leczenia operacyjnego

Tak jak w przypadku wszystkich innych kwestii zawartych w *Standardach opieki*, kryteria kwalifikacji do leczenia operacyjnego dysforii płciowej zostały stworzone celem zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentami(-tkami). Choć *Standardy opieki* pozwalają na indywidualne podejście celem spełnienia oczekiwań zdrowotnych pacjenta(-tki), kryterium do przeprowadzenia zabiegów operacyjnych piersi/klatki piersiowej oraz narządów płciowych jest udokumentowanie utrzymującej się dysforii płciowej przez specjalistę(-tkę) obszaru zdrowia psychicznego. Dodatkowe kryteria do niektórych operacji chirurgicznych obejmują stosowanie feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej oraz rok życia w roli płciowej zgodnej z tożsamością płciową.

Kryteria te przedstawiono poniżej. W oparciu o istniejące dane oraz konsensus ekspertów(-tek), opracowano różne rekomendacje dla różnych zabiegów.

Standardy opieki nie określają kolejności wykonywania zabiegów. Liczba i kolejność zabiegów chirurgicznych mogą różnić się między różnymi pacjentami(-tkami), w zależności od wskazań klinicznych.

Kryteria kwalifikacji do zabiegu operacji piersi/klatki piersiowej (jedno skierowanie)

Kryteria do mastektomii i utworzenia męskiej klatki piersiowej
u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M)

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Pełnoletność (jeśli pacjent jest niepełnoletni należy kierować się *Standardami opieki* dla dzieci i młodzieży).
4. W przypadku współistniejących problemów zdrowotnych, muszą one zostać zaopatrzone.

Terapia hormonalna nie jest wymagana.

Kryteria do operacji powiększenia piersi (implanty, lipofilling)
u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K)

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Osiągnięcie pełnoletności (jeśli pacjentka jest niepełnoletnia należy kierować się *Standardami opieki* dla dzieci i młodzieży).
4. W przypadku współistniejących problemów zdrowotnych, muszą one zostać zaopatrzone.

Choć nie jest to wymóg bezwzględny, zaleca się, aby transpłciowe pacjentki (M/K) stosowały feminizującą terapię hormonalną przez minimum 12 miesięcy przed operacją powiększenia piersi. Ma to na celu wywołanie maksymalnego wzrostu piersi w celu osiągnięcia lepszych wyników chirurgicznych (estetycznych).

Kryteria kwalifikacji do zabiegu operacyjnego narządów płciowych (dwa skierowania)

Kryteria kwalifikacji do operacji narządów płciowych zależą od rodzaju zabiegu chirurgicznego:

Kryteria do histerektomii oraz owariektomii u osób dokonujących tranżycji
w kierunku męskim (K/M) oraz orchidektomii u osób dokonujących tranżycji
w kierunku kobiecym (M/K)

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Osiągnięcie pełnoletności w określonych krajach.
4. W przypadku współistniejących problemów zdrowotnych muszą one zostać zaopatrzone.
5. Stosowanie hormonalnej terapii przez okres 12 miesięcy, adekwatnej do oczekiwanych cech płciowych pacjenta(-tki) (poza przypadkami, gdy obecne są do niej przeciwwskazania czy inne powody, dla których pacjent(-tka) nie może lub nie chce przyjmować preparatów hormonalnych).

Celem stosowania terapii hormonalnej przed gonadektomią jest przede wszystkim wprowadzenie odwracalnego stanu zahamowania produkcji estrogenów lub testosteronu przed przejściem przez pacjenta(-tkę) ostatecznej decyzji o poddaniu się nieodwracalnemu zabiegowi chirurgicznemu.

Kryteria te nie dotyczą pacjentów(-tek), którzy(-re) poddają się zabiegom chirurgicznym z innych wskazań niż dysforia płciowa.

Kryteria do metoidioplastyki lub falloplastyki u osób dokonujących tranżycji
w kierunku męskim (K/M) oraz waginoplastyki u osób dokonujących tranżycji
w kierunku kobiecym (M/K)

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Osiągnięcie pełnoletności.
4. W przypadku współistniejących problemów zdrowotnych muszą one zostać zaopatrzone.

5. Stosowanie hormonalnej terapii przez okres 12 miesięcy, adekwatnej do oczekiwanych cech płciowych pacjenta(-tki) (poza przypadkami, gdy obecne są do niej przeciwwskazania czy inne powody, dla których pacjent(-tka) nie może lub nie chce przyjmować preparatów hormonalnych).
6. Okres 12 miesięcy funkcjonowania w roli płciowej, która jest zgodna z tożsamością płciową pacjenta(-tki).

Choć nie jest to wymóg bezwzględny, zaleca się, aby pacjenci(-tki) uczęszczali(-ły) również na regularne wizyty do specjalisty(-tki) obszaru zdrowia psychicznego.

Uzasadnienie doświadczenia dwunastomiesięcznego okresu w roli zgodnej z tożsamością płciową przed zabiegiem operacyjnym

Wyżej wyszczególnione kryterium dla pewnych rodzajów zabiegów operacyjnych narządów płciowych – tj. kryterium doświadczenia 12 miesięcy w roli zgodnej z tożsamością płciową – jest oparte na konsensusie ekspertów(-tek), że tego typu doświadczenie zapewnia mnogość okazji, by pacjenci(-tki) mogli doświadczyć i dostosować się społecznie do swojej pożądanej roli płciowej, przed przejściem nieodwracalnych zabiegów chirurgicznych. Jak podkreślono w rozdziale VII, społeczne aspekty zmiany roli płciowej danej osoby są przeważnie wyzwaniem, często większym niż aspekty fizyczne. Zmiana roli płciowej może mieć głębokie osobiste i społeczne konsekwencje i taka decyzja powinna być dokonywana ze świadomością tego, jak prawdopodobnie będą wyglądać wyzwania rodzinne, interpersonalne, edukacyjne, zawodowe, ekonomiczne i prawne, tak by dana osoba mogła pomyślnie funkcjonować w roli płci odczuwanej. Wsparcie ze strony wykwalifikowanych specjalistów(-tek) zdrowia psychicznego oraz rówieśników może być nieocenione w zapewnieniu udanej adaptacji do roli płciowej (Bockting, 2008).

Okres 12 miesięcy pozwala na szeroki zakres doświadczeń i zdarzeń życiowych w tym okresie (np. spotkania rodzinne, święta, wakacje, prace sezonowe lub doświadczenia szkolne). W tym czasie, pacjenci(-tki) powinni konsekwentnie być, dzień po dniu, we wszystkich warunkach życia w swojej pożądanej roli płciowej. W skład tego wchodzi coming-out²³ przed swoim partnerem(-rką), rodziną, przyjaciółmi(-kami) i członkami(-kiniami) społeczności (np. w szkole, w pracy czy w innych miejscach).

Pracownicy(-ce) ochrony zdrowia powinni w jasny sposób dokumentować doświadczenia pacjenta(-tki) w swojej roli płciowej w jego/jej karcie medycznej, włączając w to datę rozpoczęcia funkcjonowania w pożądanej roli płciowej w pełnym wymiarze czasu, dla tych osób, które przygotowują się do operacji narządów płciowych. W pewnych sytuacjach, jeśli jest ku temu potrzeba, pracownicy(-ce) ochrony zdrowia mogą zażądać weryfikacji spełnienia tego kryterium. Może komunikować się z osobami, które nawiązały kontakt z pacjentem(-tką) funkcjonującym(-cą) w zgodnej z daną tożsamością płciową lub zażądać dokumentacji urzędowego imienia i/lub oznaczenia płci, jeśli zachodzi taka konieczność.

23 Proces wyjścia z ukrycia, odkrywania i ujawnienia otoczeniu swojej tożsamości [przyp. red. wyd. pol.].

Operacje chirurgiczne u pacjentów(-tek) z objawami psychotycznymi lub ciężkimi zaburzeniami psychicznymi

W przypadku zdiagnozowania ciężkich zaburzeń psychicznych u pacjentów(-tek) z dysforią płciową (np. epizody psychotyczne, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, dysocjacyjne zaburzenia osobowości, pograniczne zaburzenia osobowości), należy zadbać o to, by kontrolować te objawy, włączając leki psychotropowe i/lub psychoterapię przed rozważeniem operacji chirurgicznej. Przed operacją powinna być przeprowadzona ponowna ocena dokonana przez specjalistę(-tkę) obszaru zdrowia psychicznego mającego kompetencje w diagnostyce i leczeniu objawów psychotycznych, w czasie której stan psychiczny i gotowość na przeprowadzenie operacji przez pacjenta(-tkę) powinny zostać opisane. Wskazaniem jest, aby prowadzący pacjenta(-tkę) specjalista(-tka) obszaru zdrowia psychicznego był zapoznany z przebiegiem choroby. Nie powinno przeprowadzać się żadnych zabiegów chirurgicznych u pacjenta(-tki) z objawami psychozy (De Cuypere, Vercruysse, 2009).

Kompetencje chirurgów przeprowadzających zabiegi chirurgiczne piersi/klatki piersiowej lub narządów płciowych

Lekarze(-rki) przeprowadzający chirurgiczne zabiegi leczenia dysforii płciowej powinni być urologami(-żkami), ginekologami(-żkami), chirurgami plastycznymi lub chirurgami ogólnymi, a ich kwalifikacje powinny być poświadczone przez odpowiednie krajowe i/lub lokalne stowarzyszenia. Specjaliści(-tki) chirurgii powinni dysponować szczególnymi umiejętnościami w zakresie technik rekonstrukcji narządów płciowych, udokumentowane odbyciem szkoleń z chirurgami posiadającymi odpowiednie kompetencje. Chirurgiczne umiejętności nawet doświadczonych chirurgów powinny być zweryfikowane przez innych/inne specjalistów(-tki). Oficjalny przegląd wyników operacji oraz ich publikacja byłyby bardzo wskazane dla komfortu pracowników(-ic) ochrony zdrowia kierujących na operację pacjentów(-tki). Specjaliści(-tki) chirurgii powinni regularnie uczęszczać na specjalistyczne spotkania, gdzie prezentowane są nowe techniki zabiegów. Internet jest często skutecznie wykorzystywany przez pacjentów(-tki) do dzielenia się informacjami o chirurgach i ich zespołach.

Najlepiej, by specjaliści(-tki) chirurgii byli kompetentni w zakresie więcej niż jednej techniki operacji rekonstrukcji narządów płciowych, tak by po konsultacjach ze swoimi pacjentami(-tkami) mogli wybrać optymalną technikę dla danej osoby. Jeśli tak nie jest i specjalista(-tka) chirurgii jest kompetentny w zakresie wyłącznie jednej techniki oraz jeśli nie nadaje się do zastosowania lub nie jest ona pożądana przez pacjenta(-tkę), specjalista(-tka) chirurgii powinien poinformować o innych technikach oraz zapewnić skierowanie do innego, odpowiednio wyszkolonego chirurga.

Techniki operacji piersi/klatki piersiowej oraz możliwe powikłania

Chociaż wygląd piersi/klatki piersiowej jest ważną drugorzędową cechą płciową, obecność piersi czy ich rozmiar nie są zawarte w prawnej definicji płci (ang. *sex and gender*) i nie są niezbędne dla reprodukcji. Przeprowadzenie operacji piersi/klatki piersiowej w ramach leczenia dysforii płciowej powinno być rozważone z taką samą dbałością, co początek terapii hormonalnej, jako że obie z tych procedur powodują w ciele względnie nieodwracalne zmiany.

Dla osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K), operacje powiększenia piersi (czasami nazywane „rekonstrukcja klatki piersiowej”) nie różnią się od technik używanych w przypadku cisplciowych pacjentek (ang. *natal female patient*). Przeważnie przeprowadza się poprzez wszczepienie protezy piersi, okazjonalnie poprzez technikę lipofillingu. Powikłania związane z mammoplastyką u transpłciowych pacjentek obejmują infekcje oraz obkurczanie się torebki łącznotkankowej (Kanhai, Hage, Karim, Mulder, 1999).

Dla osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) dostępna jest mastektomia czy też konturowanie męskiej klatki piersiowej. Dla wielu osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim jest to jedyna operacja, przez którą przechodzą. W sytuacji, w której ilość usuniętej tkanki piersi wymaga usunięcia skóry, po operacji pozostaje blizna, czego pacjent powinien być świadomy. Powikłania związane z podskórną mastektomią obejmują martwicę sutka, zniekształcenie klatki piersiowej oraz nieestetyczne blizny (Monstrey i in., 2008).

Techniki operacji narządów płciowych oraz możliwe powikłania

Procedury związane z chirurgią narządów płciowych dla osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K) mogą obejmować orchidektomię, penektomię, waginoplastykę, klitoroplastykę oraz labioplastykę. Techniki obejmują inwersję skóry prącia, przeszczep uszypułowany z wyściółki esicy oraz wolne przeszczepy skóry do stworzenia neowaginy. Odczuwanie seksualnej przyjemności jest istotnym celem zabiegu waginoplastyki, razem ze stworzeniem funkcjonalnej pochwy oraz zadowalającego wyglądu.

Powikłania chirurgiczne operacji narządów płciowych u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (M/K) obejmują zupełną lub częściową martwicę pochwy oraz warg sromowych, przetoki między pęcherzem lub jelitami a waginą, zwężenie cewki moczowej oraz utworzenie waginy, która jest zbyt krótka lub zbyt mała, uniemożliwiająca odbycie stosunku płciowego. O ile techniki chirurgiczne tworzenia neowaginy są funkcjonalnie i estetycznie znakomite, odnotowuje się przypadki

anorgazmii w następstwie zabiegu, a drugorzędna labiaplastyka może być potrzebna z powodów kosmetycznych (Klein, Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Procedury związane z operacją narządów płciowych u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) mogą obejmować histerektomię, owariectomię (salpingoowariectomię), waginektomię, metoidioplastykę, skrotoplastykę, uretroplastykę, wszczepienie protez jąder oraz falloplastykę. Dla pacjentów, którzy nie przechodzili wcześniej operacji jamy brzusznej, wskazane jest technika laparoskopowa histerektomii oraz salpingoowariectomia w celu uniknięcia blizny w rejonie podbrzusza. Dostęp do wagiiny może być utrudniony, jako że większość pacjentów nie współżyło. Obecnie istniejące techniki operacyjne falloplastyki są różnorodne. Wybór technik może być ograniczony ze względów anatomicznych lub chirurgicznych oraz finansowych pacjenta. Jeśli cele falloplastyki to: dobrze wyglądający neopenis, oddawanie moczu na stojąco, możliwość doznań seksualnych i/lub możliwość odbywania stosunków seksualnych, pacjenci powinni zostać wyraźnie poinformowani o istnieniu kilku oddzielnych etapów operacji oraz częstych problemów technicznych, które mogą wymagać dodatkowych operacji. Nawet metoidioplastyka, która w teorii jest jednoetapową procedurą utworzenia mikropenisu, często wymaga więcej niż jednej operacji. Cel oddawania moczu na stojąco nie zawsze może być osiągnięty przy używaniu tej techniki (Monstrey i in., 2009).

Powikłania falloplastyki u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) mogą obejmować częste zwężenia oraz przetoki dróg moczowych oraz sporadycznie martwicę neopenisa. Metoidioplastyka daje wynik w postaci mikropenisu, bez możliwości oddawania moczu na stojąco. Falloplastyka przy użyciu uszypułowanego lub wolnego płata skórniego jest długą, wieloetapową procedurą ze znaczącym prawdopodobieństwem powikłań, w tym częstych powikłań układu moczowego oraz nieuniknionych blizn w miejscach poboru przeszczepów skóry. Z tego powodu wiele osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (K/M) nigdy nie przechodzi zabiegów chirurgicznych narządów płciowych poza histerektomią i salpingoowariectomią (Hage, De Graaf, 1993).

Nawet pacjenci, u których doszło do poważnych powikłań chirurgicznych rzadko żałują decyzji poddania się zabiegowi operacyjnemu. Znaczenie tego rodzaju zabiegów chirurgicznych jest docenione, ponieważ ostateczny wynik operacji chirurgicznych jest najlepszym z predyktorów ostatecznego wyniku procesu korekcji płci (Lawrence, 2006).

Inne operacje chirurgiczne

Inne operacje chirurgiczne mające na celu feminizację ciała obejmują chondroplastykę chrząstki tarczowej (zmniejszenie „jabłka Adama”), operacje głosu, wspieraną liposukcją lipoplastyką (modelowanie kształtu) talii, rinoplastykę (korektę nosa), redukcję kości policzkowych, lifting twarzy oraz blefaroplastykę (plastykę powiek). Inne zabiegi chirurgiczne mające na celu maskulinizację ciała obejmują liposukcję, lipofilling oraz implanty klatki piersiowej. Operacje głosu w celu uzyskania

niższego głosu są rzadkie, ale mogą być wskazane w niektórych przypadkach, w których terapia hormonalna okazała się nie przynieść efektów.

Choć te operacje nie wymagają skierowania od specjalistów(-tek) zdrowia psychicznego, mogą oni odgrywać istotną rolę we wsparciu pacjentów(-tek) w podjęciu w pełni świadomej decyzji odnośnie do terminu oraz wpływu tych zabiegów w kontekście tranzycji społecznej.

Chociaż większość z tych zabiegów jest przeważnie określana jako „wyłącznie estetyczne”, w przypadku osób z poważną dysforią płciową mogą one być uznane za niezbędne z medycznego punktu widzenia, w zależności od wyjątkowej sytuacji klinicznej, uwarunkowań danego pacjenta(-tki) oraz jego/jej sytuacji życiowej. Ta niejednoznaczność odzwierciedla rzeczywistość sytuacji klinicznych i pozwala na indywidualne decyzje odnośnie do potrzeb i zasadności tych zabiegów.

XII

Opieka i obserwacja pooperacyjna

Długoterminowa opieka pooperacyjna i obserwacja po chirurgicznych metodach leczenia dysforii płciowej powiązane są z dobrymi wynikami chirurgicznymi i psychospołecznymi (Monstrey i in., 2009). Obserwacja jest istotna dla późniejszego zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta(-tki) oraz dla wiedzy chirurga odnośnie do korzyści i ograniczeń zabiegu chirurgicznego. Specjaliści(-tki) chirurgii, którzy przeprowadzają operacje u pacjentów(-tek) przybywających z daleka, powinni włączyć możliwość osobistej obserwacji pacjenta(-tki) w całociowy plan leczenia oraz podjąć się próby zapewnienia im miejscowej długoterminowej opieki pooperacyjnej w ich regionie geograficznym, na którą będą mogli sobie finansowo pozwolić.

Pacjenci(-tki) po operacji mogą czasami unikać obserwacji prowadzonej przez wyspecjalizowanych dostawców usług medycznych, włączając w to lekarzy(-rki) ordynujących hormony (dla pacjentów(-tek), którzy hormony otrzymują), nie dostrzegając, że te osoby są często najbardziej zdolne do zapobiegania, diagnozowania i leczenia problemów zdrowotnych, które są specyficzne dla pacjentów(-tek) leczonych hormonalnie i operacyjnie. Potrzeba monitorowania obejmuje w równym stopniu specjalistów(-tki) obszaru zdrowia psychicznego, którzy mogli spędzić więcej czasu z pacjentem(-tką) niż jakiegokolwiek inny specjalista(-tka) i tym samym są w doskonałej pozycji, aby pomagać im we wszelkich pooperacyjnych trudnościach adaptacyjnych. Pracownicy(-ce) opieki zdrowotnej powinni kłaść nacisk na konieczność opieki pooperacyjnej i oferować im ciągłość tej opieki.

Pacjenci(-tki) po operacjach powinni przechodzić regularne kontrole medyczne, zgodnie z wytycznymi obowiązującymi dla ich wieku. Przedyskutowano to szerzej w następnym rozdziale.

XIII

Profilaktyka i podstawowa opieka w ciągu całego życia

Osoby transseksualne, transpłciowe i różnorodne płciowo potrzebują opieki zdrowotnej przez całe swoje życie. Na przykład, w celu uniknięcia negatywnych wtórnych efektów przeprowadzania gonadektomii we względnie młodym wieku i/lub otrzymywania długotrwałej wysokodawkowej terapii hormonalnej, pacjenci(-tki) potrzebują gruntownej opieki medycznej od osób świadczących usługi medyczne mające doświadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej i w obszarze zdrowia osób transpłciowych. Jeśli jedna osoba nie jest w stanie zapewnić wszystkich usług, niezbędna jest nieprzerwana kooperacja między różnymi dostawcami usług medycznych.

Podstawowa opieka zdrowotna i działania związane z utrzymaniem zdrowia powinny być zapewniane przed, w czasie i po jakichkolwiek zmianach w roli płciowej oraz po interwencjach medycznych nakierowanych na łagodzenie dysforii płciowej. O ile osoby ordynujące hormony i specjaliści(-tki) chirurgii odgrywają istotną rolę profilaktyczną, każda osoba transseksualna, transpłciowa i różnorodna płciowo powinna współpracować z dostawcą usług medycznych zapewniającym podstawową opiekę zdrowotną w celu zaspokojenia ogólnych potrzeb zdrowotnych (Feldman, 2007).

Profilaktyka ogólna

Zalecenia odnośnie do badań przesiewowych stworzone dla ogólnej populacji mają zastosowanie do tych układów narządów, na które feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna najczęściej nie wywiera wpływu. Jednakże w odniesieniu do takich obszarów jak czynniki ryzyka chorób układu krążenia, osteoporoza i niektóre nowotwory (piersi, szyjki macicy, jajników, macicy i prostaty), ogólne zalecenia mogą przeceniać lub nie doceniać opłacalności badań przesiewowych osób otrzymujących terapię hormonalną.

Część materiałów zapewnia szczegółowe protokoły podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów(-tek) w trakcie feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej, włączając w to terapie prowadzone po operacjach korekty płci (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman, Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, Spade, 2005). Klinicyści powinni uwzględniać krajowe, oparte na badaniach wytyczne i omawiać badania przesiewowe ze swoimi pacjentami(-tkami) w świetle wpływu terapii hormonalnej na wyjściowe ryzyko chorób.

Badania przesiewowe w kierunku raka

Badania przesiewowe w kierunku raka tych narządów, które są związane z płcią, mogą stanowić szczególne medyczne i psychospołeczne wyzwanie dla pacjentów(-tek) transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo, jak i dla ośrodków zapewniających im opiekę medyczną. W obliczu braku prowadzonych na odpowiednio dużą skalę badań prospektywnych dostawcy usług medycznych rzadko będą posiadali wystarczająco dużo danych, by określić odpowiedni rodzaj i częstotliwość badań przesiewowych w kierunku raka dla tej populacji. Zbyt częste badania kontrolne generują wyższe koszty opieki zdrowotnej, wyższe wskaźniki fałszywie dodatnich wyników i często niepotrzebną ekspozycję na promieniowanie i/lub badania diagnostyczne, takie jak biopsje. Zbyt rzadkie badania kontrolne przynoszą opóźnienia w diagnozie potencjalnie uleczalnego raka. Pacjenci(-tki) mogą odbierać badania przesiewowe w kierunku raka jako afirmujące ich płeć (jak w przypadku mammografii dla osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym) lub jako bolesne fizycznie i emocjonalnie (jak w przypadku wymazu z szyjki macicy u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim).

Opieka nad układem moczowo-płciowym

Opieka ginekologiczna może być niezbędna dla transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo pacjentów(-tek) dokonujących tranzycji zarówno w kierunku kobiecym, jak i męskim. Dla osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim, taka opieka jest zazwyczaj potrzebna w wypadku, kiedy nie przeszły operacji narządów płciowych. Dla osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym, taka opieka jest potrzebna po operacji narządów płciowych. Mimo tego, że wielu chirurgów konsultuje pacjentów(-tki) w zakresie opieki pooperacyjnej, lekarze(-rki) pierwszego kontaktu i ginekolodzy(-żki) również powinni być zaznajomieni ze specjalnymi potrzebami tej grupy osób, obejmującymi układ moczowo-płciowy.

Wszystkie osoby dokonujące tranzycji w kierunku kobiecym powinny otrzymać porady odnośnie do higieny narządów płciowych, seksualności i prewencji infekcji przenoszonych drogą płciową; tym pacjentkom, które przeszły operację narządów płciowych powinno się także przedstawić zalecenie odnośnie do potrzeby regularnej dylatacji pochwy lub stosunków płciowych obejmujących penetrację, w celu utrzymania głębokości oraz szerokości pochwy (van Trotsenburg, 2009). Z racji innej anatomii miednicy u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym, oś oraz wymiary neowaginy różnią się znacząco od biologicznej pochwy. Ta anatomiczna różnica może mieć wpływ na stosunki płciowe, jeśli pacjentki dokonujące tranzycji w kierunku kobiecym i ich partnerzy(-rki) nie będą tego świadomi (van Trotsenburg, 2009).

Infekcje dolnych dróg moczowych często przytrafiają się osobom dokonującym tranzycji w kierunku kobiecym, które przeszły operację z racji związanego z rekonstrukcją wymagania skrócenia cewki

moczowej. W dodatku, pacjentki te mogą cierpieć na funkcjonalne zaburzenia dolnych dróg moczowych; zaburzenia te mogą być powodowane przez uszkodzenia autonomicznego unerwienia dna pęcherza moczowego, podczas wykonywania cięcia pomiędzy odbytem a pęcherzem i poprzez zmianę położenia samego pęcherza. Po operacji korekty płci może wystąpić dysfunkcja pęcherza moczowego (np. pęcherz nadreaktywny, wysiłkowe nietrzymanie moczu lub nietrzymanie moczu związane z parciem nagłym) (Hoebeke i in., 2005; Kuhn, Hildebrand, Birkhauser, 2007).

Większość osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim nie przechodzi waginektomii (kolpekto-mii). U pacjentów, którzy przyjmują maskulinizujące hormony, pomimo znaczącej konwersji testosteronu do estrogenów, regularnie obserwuje się atrofię błony śluzowej pochwy, co może prowadzić do świądu lub pieczenia. Badanie może być zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie bolesne, ale brak leczenia może poważnie pogorszyć sytuację. Ginekolodzy(-żki) leczący dolegliwości narządów płciowych ze strony układu moczowo-płciowego u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim powinni być świadomi wrażliwości, jaką pacjenci z męską tożsamością i ekspresją płciową mogą mieć w stosunku do posiadania narządów płciowych kojarzonych z płcią żeńską.

XIV

Zastosowanie *Standardów opieki* dla osób żyjących w środowiskach instytucjonalnych

Standardy opieki, w całości, mają zastosowanie w opiece nad wszystkimi osobami transseksualnymi, transpłciowymi i różnorodnymi płciowo, niezależnie od ich sytuacji mieszkaniowej. Żadna osoba nie powinna być dyskryminowana w dostępie do odpowiedniej opieki zdrowotnej z powodu tego, gdzie mieszka, włączając w to takie instytucjonalne środowiska jak więzienia czy zakłady długo-/średnioterminowej opieki zdrowotnej (Brown, 2009). Opieka zdrowotna dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo, żyjących w środowisku instytucjonalnym, powinna odzwierciedlać tę, która byłaby dla nich dostępna, gdyby mieszkali w warunkach nieinstytucjonalnych w obrębie tej samej społeczności.

Wszystkie elementy oceny i leczenia, tak jak opisano je w *Standardach opieki*, mogą być zapewnione osobom mieszkającym w instytucjach (Brown, 2009). Nie powinno się im odmawiać dostępu do tego niezbędnego medycznie leczenia z powodu instytucjonalizacji lub organizacji warunków mieszkaniowych. Jeśli pracownicy(-ce) ochrony zdrowia bezpośrednio lub pośrednio zatrudnieni w tej instytucji nie mają kompetencji, aby oceniać i/lub leczyć osoby z dysforią płciową, stosowane

jest wtedy uzyskanie konsultacji zewnętrznej od specjalistów(-tek), którzy są kompetentni na tym wyspecjalizowanym polu opieki zdrowotnej.

Osoby z dysforią płciową mieszkające w instytucjach mogą również doświadczać współwystępujących problemów ze zdrowiem psychicznym (Cole i in., 1997). Te problemy powinny zostać ocenione i odpowiednio leczone.

Osoby, które wchodzą do instytucji będąc już w trakcie odpowiednio prowadzonej terapii hormonalnej, powinny ją kontynuować na tych samych lub podobnych zasadach i być monitorowane zgodnie ze *Standardami opieki*. Przerwa w leczeniu (ang. *freeze-frame*) nie jest uznawana za odpowiednią opiekę w większości sytuacji (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). Osoby z dysforią płciową, które zostały dopuszczone do terapii hormonalnej (zgodnie z wytycznymi *Standardów opieki*) powinny taką terapię rozpocząć. Konsekwencje nagłego odstawienia hormonów lub braku rozpoczęcia terapii hormonalnej, gdy jest ona medycznie niezbędna, obejmują znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych rezultatów, takich jak chirurgiczne samoleczenie przez autokastrację, obniżony nastrój, dysforię i/lub myśli oraz zachowania samobójcze (Brown, 2010).

Można dokonywać uzasadnionych adaptacji w zapewnianiu opieki zgodnej ze *Standardami opieki* do środowiska instytucji, o ile adaptacje te nie zagrażają zapewnieniu medycznie niezbędnej opieki osobom z dysforią płciową. Przykładem uzasadnionej adaptacji jest użycie hormonów w postaci iniekcji, jeśli nie ma medycznych przeciwwskazań, w środowisku, w którym przekazywanie preparatów doustnych jest wysoce prawdopodobne (Brown, 2009). Odmawianie potrzebnych zmian w roli płciowej lub dostępu do terapii, włączając w to operacje korekty płci, na podstawie przebywania w instytucji nie są uzasadnionymi adaptacjami w rozumieniu *Standardów opieki* (Brown, 2010).

Kwatery i prysznice/łazienki dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo, które mieszkają w instytucjach, powinny brać pod uwagę ich tożsamość oraz rolę płciową, stan fizyczny, godność i osobiste bezpieczeństwo. Umieszczenie osoby w jednopłciowych pomieszczeniach mieszkalnych czy oddziałach wyłącznie na podstawie wyglądu zewnętrznych narządów płciowych, może nie być odpowiednie i może wystawiać daną osobę na ryzyko wiktymizacji (Brown, 2009).

Instytucje, w których osoby transseksualne, transpłciowe i różnorodne płciowo mieszkają i otrzymują opiekę zdrowotną, powinny dbać o pozytywną i tolerancyjną atmosferę, tak aby chronić pensjonariuszy przed atakami ze strony pracowników(-ic) lub innych mieszkańców(-nek).

XV

Zastosowanie *Standardów opieki* dla osób z zaburzeniami rozwoju płci

Terminologia

Termin *zaburzenia rozwoju płci* (ZRP) (ang. *disorder of sex development*, DSD) odwołuje się do somatycznego stanu atypowego rozwoju układu rozrodczego (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006). ZRP obejmuje stan, który był kiedyś nazywany interplciowością²⁴ (ang. *intersexuality*). Chociaż terminologia została zmieniona na ZRP w czasie międzynarodowej konferencji uzgodnieniowej w 2005 (Hughes i in., 2006), nadal istnieje niezgoda odnośnie do tego, jakiego języka używać. Niektóre osoby zdecydowanie sprzeciwiają się etykietce „zaburzenia”, zamiast tego wolą patrzeć na te wrodzone stany jako na wyraz różnorodności (Diamond, 2009) i w dalszym ciągu używają terminów „interplciowość” (ang. *intersex* & *intersexuality*). W *Standardach opieki WPATH* używa terminu ZRP w sposób obiektywny i pozbawiony wartościowania, tak aby pracownicy(-ce) opieki zdrowotnej zapoznali się z tym medycznym terminem i używali go w celu uzyskania dostępu do odpowiedniej literatury, w miarę jak badania na tym polu będą się rozwijać. WPATH pozostaje otwarte na nową terminologię, która rzuci światło na doświadczenia członków(-kiń) tej różnorodnej populacji oraz doprowadzi do polepszenia się dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości.

Uzasadnienie dodania do *Standardów opieki*

Wcześniej, osoby z ZRP, które spełniały również zawarte w DSM-IV kryteria behawioralne zaburzeń tożsamości płciowej (ang. Gender Identity Disorder, GID) (American Psychiatric Association, 2000) były wykluczone z tej ogólnej diagnozy. Zamiast tego kategoryzowano je jako osoby posiadające „Zaburzenia Tożsamości Płciowej, nieokreślone” (ang. Gender Identity Disorder – Not Otherwise Specified). Były również wykluczane ze *Standardów opieki WPATH*.

Obecna propozycja zmian w DSM-V²⁵ (www.dsm5.org) polega na zastąpieniu terminu zaburzeń tożsamości płciowej terminem dysforii płciowej. Co więcej, proponowane w DSM zmiany uznają,

²⁴ W języku polskim stosowany bywa także termin „interseksualność”. Redakcja wydania polskiego stosuje termin „interplciowość”, gdyż jest on bliższy znaczeniowo terminowi angielskiemu [przyp. red. wyd. pol.].

²⁵ Wydanie siódmej wersji *Standardów opieki* (2012 r.) poprzedziło wydanie DSM-V (2013 r.). Wiele osób pracujących nad *Standardami opieki* partycypowało także w pracach nad rozdziałem dot. dysforii płciowej w DSM-V [przyp. red. wyd. pol.].

że osoby doświadczające dysforii płciowej z ZRP mają podtyp dysforii płciowej. Ta propozycja kategoryzacji – która wyraźnie rozróżnia osoby z dysforią płciową na te z ZRP oraz bez ZRP – jest uzasadniona: dysforia płciowa u osób z ZRP różni się pod względem fenomenologicznej postaci, epidemiologii, trajektorii życiowej i etiologii (Meyer-Bahlburg, 2009).

Dorośli z ZRP i dysforią płciową coraz częściej zwracają uwagę pracowników(-ic) ochrony zdrowia. W związku z tym krótka dyskusja na temat opieki nad tą grupą zawarta jest w tej wersji *Standardów opieki*.

Kwestie związane z historią zdrowotną

Pracownicy(-ce) opieki zdrowotnej opiekujący się pacjentami(-tkami) z ZRP czy też dysforią płciową, powinni być świadomi tego, że medyczny kontekst, w którym ci pacjenci(-tki) dorastali jest przeważnie bardzo różny od tego u osób, które ZRP nie posiadają.

U niektórych osób rozpoznaje się istnienie ZRP poprzez odbywającą się przy urodzinach obserwację atypowych dla danej płci narządów płciowych (coraz częściej ta obserwacja ma miejsce w okresie prenatalnym, w wyniku zastosowania badań obrazowych, takich jak badanie ultrasonograficzne). Te noworodki przechodzą wówczas intensywne procedury diagnostyczne. Po konsultacjach między rodziną a pracownikami(-cami) ochrony zdrowia, w czasie których bierze się pod uwagę: konkretną diagnozę, wyniki badań fizykalnych i hormonalnych oraz wnioski z badań nad odległymi efektami leczenia (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck i in., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, Gearhart, 2004) – noworodkowi przypisuje się płeć, męską lub żeńską.

Inne osoby z ZRP zwracają na siebie uwagę pracowników(-ic) ochrony zdrowia około wieku dojrzewania, poprzez obserwacje atypowego rozwoju drugorzędowych cech płciowych. Ta obserwacja również prowadzi do zapoczątkowania procesu ukierunkowanej medycznej oceny.

Rodzaj ZRP i dotkliwość tego stanu ma znaczące implikacje dla decyzji odnośnie do początkowego przypisania płci pacjentowi(-tce), następującej po tym operacji chirurgicznej narządów płciowych²⁶ i innych kwestii związanych z medyczną i psychospołeczną opieką nad pacjentem(-tką) (Meyer-Bahlburg, 2009). Na przykład, stopień prenatalnej ekspozycji na androgeny u osób z ZRP wykazuje korelację ze stopniem maskulinizacji zachowań związanych z płcią (to jest roli i ekspresji płciowej); jednakże, korelacja ta jest jedynie umiarkowana, a znaczące zróżnicowanie behawioralne nie daje się wyjaśnić prenatalną ekspozycją na androgeny (Jurgensen i in., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal,

26 W 2018 roku Amerykańska Akademia Lekarzy Rodzinnych (American Academy of Family Physicians) przeciwstawiła się przeprowadzaniu tych zabiegów ze względu na ich szkodliwość w późniejszym życiu i kwestionowała etyczność. Zob. AAFP, 2018: <https://www.aafp.org/about/policies/all/genital-surgeries-intersexchildren.html> [przyp. red. wyd. pol.].

Baker, Ehrhardt, New, 2006). Co warto zauważyć, podobna korelacja pomiędzy prenatalną ekspozycją na hormony a tożsamością płciową nie została wykazana (np. Meyer-Bahlburg i in., 2004). Obrazuje to fakt, że ludzie z tą samą (rdzenną) tożsamością płciową mogą znacząco różnić się stopniem maskulinizacji swoich zachowań związanych z płcią.

Ocena i leczenie dysforii płciowej u osób z zaburzeniami rozwoju płci

Bardzo rzadko stawia się rozpoznanie dysforii płciowej u osób z ZRP zanim postawi się rozpoznanie samych ZRP. Nawet w takim przypadku, diagnoza ZRP staje się przeważnie oczywista przy odpowiednim zebraniu wywiadu i badaniu fizykalnym – oba te działania są zaś częściami medycznej oceny pod kątem zasadności włączenia terapii hormonalnej lub chirurgicznych metod leczenia dysforii płciowej. Specjaliści(-stki) z obszaru zdrowia psychicznego powinni prosić swoich klientów(-tki) z dysforią płciową o przejście badania fizykalnego, szczególnie jeśli w danej chwili nie uczęszczają do żadnej osoby świadczącej podstawowe (lub jakiegokolwiek inne) usługi medyczne.

U większości osób z ZRP, która rodzi się z niejednoznacznymi narządami płciowymi, nie rozwija się dysforia płciowa (np. Meyer-Bahlburg i in., 2004; Wisniewski i in., 2004). Jednakże u części osób z ZRP rozwija się chroniczna dysforia płciowa i dokonują one korekty przypisanej im przy urodzeniu płci i/lub roli płciowej (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Jeśli istnieją uporczywe i mocne przesłanki wskazujące na obecność dysforii płciowej, niezbędna jest całościowa ocena dokonana przez lekarzy(-rki) wyszkolonych w ocenie i leczeniu dysforii płciowej, niezależnie od wieku pacjenta(-tki). Opublikowano szczegółowe wytyczne przeprowadzania takiej oceny i podejmowania decyzji odnośnie do leczenia dysforii płciowej w kontekście ZRP (Meyer-Bahlburg, 2011). Kroki w stronę korekty płci przypisanej pacjentowi(-tce) przy urodzeniu lub roli płciowej, powinny zostać powzięte jedynie po dokładnej ocenie.

Klinicyści pomagający tym pacjentom(-tkom) w wyborze opcji łagodzenia dysforii płciowej mogą skorzystać z doświadczeń zebranych z zapewniania opieki pacjentom(-tkom) bez ZRP (Cohen-Kettenis, 2010). Jednakże, pewne kryteria zastosowania leczenia (np. wiek, długość doświadczenia życia w pożądanej roli płciowej) nie są przeważnie rutynowo stosowane względem osób z ZRP; zamiast tego, kryteria te są interpretowane w świetle specyficznej sytuacji pacjenta(-tki) (Meyer-Bahlburg, 2011). W kontekście ZRP, korekta płci przypisanej przy urodzeniu i roli płciowej dokonywana była w okresie pomiędzy wczesną szkołą podstawową a okresem środkowej dorosłości. Nawet operacje narządów płciowych mogą być przeprowadzane znacznie wcześniej w przypadku tych pacjentów(-tek) niż u osób z dysforią płciową bez ZRP, jeśli tylko operacja jest dobrze uzasadniona przez diagnozę, opartą na badaniach naukowych prognozę dla tożsamości płciowej w danym zespole i jego ciężkość oraz przez wolę pacjenta(-tki).

Jednym z powodów tych różnic w leczeniu jest to, że operacje narządów płciowych u osób z ZRP są całkiem powszechne w okresie niemowlęstwa i dojrzewania. Bezpłodność może mieć miejsce w wyniku wczesnej niewydolności gonad lub gonadektomii dokonanej z powodu ryzyka choroby nowotworowej. Pomimo tego, wskazane jest, aby pacjenci(-tki) z ZRP przechodzili pełną społeczną tranzycję do innej roli płciowej, tylko wtedy, jeśli istnieje długotrwała historia zachowań niezgodnych z płcią i jeśli dysforia płciowa i/lub chęć zmiany swojej roli płciowej były nasilone i utrzymywały się uporczywie przez znaczny okres. Do zastosowania diagnozy dysforii płciowej proponowanej w DSM-V potrzebnych jest sześć miesięcy pełnej obecności objawów (Meyer-Bahlburg, 2011).

Dodatkowe źródła

Medyczna historia kwestii związanych z płcią u osób z ZRP jest często złożona. Ich historie mogą obejmować znaczną różnorodność wrodzonych, genetycznych, endokrynologicznych i somatycznych atypowych zjawisk, a także różnych hormonalnych, chirurgicznych i innych metod leczenia. Z tego powodu, wiele dodatkowych kwestii powinno zostać rozpatrzonych przy okazji opieki medycznej i psychospołecznej nad takimi pacjentami(-tkami), niezależnie od obecności dysforii płciowej. Rozważania nad tymi kwestiami wychodzą poza to, co może zostać zawarte w *Standardach opieki*. Zainteresowany czytelnik lub czytelniczka są odsyłani do istniejących publikacji (np. Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Niektóre rodziny i pacjenci(-tki) znajdują również pożytek w konsultowaniu się lub współpracowaniu ze społecznymi grupami wsparcia.

Istnieje bardzo obszerna literatura medyczna odnośnie do leczenia pacjentów(-tek) z ZRP. Jej duża część została opracowana przez wybitnych specjalistów(-tki) endokrynologii i urologii dziecięcej, z udziałem wyspecjalizowanych profesjonalistów(-tki) zdrowia psychicznego, szczególnie na polu płci. Ostatnie międzynarodowe konferencje uzgodnieniowe zajęły się sprawą opartych na badaniach wytycznych opieki (włączając w to kwestie płci i operacji narządów płciowych) odnośnie do ogółu pacjentów(-tek) z ZRP (Hughes i in., 2006) a w szczególności wobec pacjentów(-tek) z wrodzonym przerostem nadnerczy (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group i in., 2002; Speiser i in., 2010). Inni odnosili się do zapotrzebowania na badania ZRP w ogólności i wybranych zespołów, takich jak 46,XXY (Meyer-Bahlburg, Blizzard, 2004) oraz w kwestii wyszczególnionych syndromów takich jak 46,XXY (Simpson i in., 2003).



Bibliografia

- 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 August 10, 2009, <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>.
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08), <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, 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 w: D. Denny (red.), *Current concepts in transgender identity*, 277–296, New York: Garland Publishing, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space w: G. Herdt (red.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*, 285–328, New York: 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 real-life 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 w: R. Ettner, S. Monstrey, A. Eyler (red.), *Principles of transgender medicine and surgery*, 185–208, New York: The 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*, 189–192, New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity w: G. Herdt (red.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*, 447–486, New York: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York: 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 selftreatment 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, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). Transgender health program protocols, http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf.
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols, http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf.
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists, <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–S8.
- Cattrall, 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, <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>.
- Chinas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies w: S. O. Murray (red.), *Latin American male homosexualities*, 293–302, Albuquerque, NM: 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 w: C. Gillberg, R. Harrington, H. C. Steinhausen (red.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry*, 695–725, New York: 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 cross-national, 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 Publications, Inc.
- 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 de Waal, 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 III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E., Colgan, P., Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *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 w: H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, P. R. Larsen (red.), Williams*

- textbook of endocrinology (11th ed.), 615–644, Philadelphia: 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 Phoniatica 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., Carael, 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., Vercruysse, 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.
- de Lignieres, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60, doi: 10.1016/S0149-2918(00)88267-3.
- 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), http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv006no03_02.htm.
- 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. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication, doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.

- 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.
- Derrig-Palumbo, K., Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- 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.
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (2000), American Psychiatric Association.
- 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.
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172, doi: 10.1007/s10508-008-9438-6.
- 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: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., Zucker, K. J. (2008). A followup 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 Publications Ltd.
- 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 III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., Eyler, A. (red.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient w: R. Ettner, S. Monstrey, E. Eyler (red.), *Principles of transgender medicine and surgery*, 15–32, Binghamton, NY: The 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 w: R. Ettner, S. Monstrey, E. Eyler (red.), *Principles of transgender surgery and medicine*, 33–72, Binghamton, NY: The 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 May 24, 2011, https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp.
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy, 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 crosssectional 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 w: R. Green, J. Money (red.), *Transsexualism and sex reassignment*, 383–413, Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Charib, 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.
- Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., Valdes, 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 w: P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed, K. S. Polonsky (red.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed.), 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., Krissinger, 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 III, W. J., 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 gendervariant 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.

- Hoenig, 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., LWPES1/ESPE2 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: The National Academies Press.
- International Classification of Diseases (2007). World Health Organization.
- Jackson, P. A., Sullivan, G. (red.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jockenhovel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324, doi: 10.1080/13685530400016557.
- Johansson, A., Sundbom, E., Hojerback, 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., Lummen, G., Rubben, 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., Birkhauser, 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., Hiltebrand, 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.
- Landen, M., Walinder, J., Lundstrom, 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. *New England 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 Associates, Inc.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional 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 III, W. J. (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: 10.1080/15532730903008065.
- Meyer III, W. J., 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: 10.1007/978-1-4615-0621-812.
- 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.chc.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:AS EB.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: The 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-anoxymoron? *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 Publishing.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- 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). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved April 22, 2010, 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: 10.90-7173/00/1200-0185\$18.00/1.
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Payer, A. F., Meyer III, W. J., 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.
- Pfafflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfafflin, 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*, <http://web.archive.org/web/20070503090247/>, <http://www.symposium.com/ijtpfaefflin/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 w: M. Rottnek (red.), *Sissies and tomboys: Gender noncomformity and homosexual childhood*, 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 & Sons, Inc.
- 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), <http://www.wpath.org>.
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1), http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-

- tomale 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 June 8, 2011, <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 Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org>.
- Ruble, D. N., Martin, C. L., Berenbaum, S. A. (2006). Gender development w: N. Eisenberg, W. Damon, R. M. Lerner (red.), *Handbook of child psychology* (6th ed.), 858–932, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- 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., Jatoti, 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. <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 followup 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., Willemssen, 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* w: J. Epstein, K. Straub (red.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*, 280–304, London: 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)* w: R. Francouer (red.), *International encyclopedia of sexuality*. New York: Continuum.
- The 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.*, <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>.
- 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, <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.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.
- 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.
- Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada. <http://www.vch.ca>.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with prepubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154, doi: 10.1007/s10560-008-0158-5.
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Walinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43 (S203), 255–257.
- Walinder, 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.
- WPATH Board of Directors. (2010). *Depsycho-pathologisation statement released May 26, 2010*, 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, April 2006.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and genderidentity 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 w: R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams, M. Gibbons (red.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2, 321–334, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

- 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: 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, doi: 10.1080/0092623X.2011.611219.
- 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.

ZAŁĄCZNIK A

GLOSARIUSZ

Terminologia w zakresie opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo szybko ewoluuje; wprowadzane są nowe terminy, a definicje istniejących terminów ulegają zmianom. W związku z tym, dochodzi często do nieporozumień, debat czy różnicy zdań odnośnie do języka na tym polu. Terminy, które mogą nie być znane lub które posiadają określone znaczenia w *Standardach opieki* są zdefiniowane poniżej, wyłącznie na użytek tego dokumentu. Inne osoby mogą również przyjmować niniejsze definicje, ale WPATH uznaje fakt, że terminy te mogą być definiowane w różny sposób w różnych kulturach, społecznościach i kontekstach.

WPATH jest również świadome, że wiele z terminów używanych w stosunku do rzeczonyj grupy ludzi nie jest idealnych. Na przykład, terminy **osoba transseksualna** (ang. *transsexual*) oraz **transwestyta** (ang. *transvestite*), a także, zdaniem niektórych, bardziej współczesny termin **osoba transpłciowa** (ang. *transgender*) – zostały zastosowane w stosunku do ludzi w sposób uprzedmiotawiający. Jednakże, te właśnie terminy zostały w większym lub mniejszym stopniu przyjęte przez wiele osób zabiegających o to, aby być zrozumianymi. WPATH stosuje te terminy wyłącznie po to, aby mieć pewność, że omawiane pojęcia i procesy są komunikatywne, w celu ułatwienia dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo. WPATH pozostaje otwarte na nową terminologię, która rzuci światło na doświadczenia osób przynależących do tej różnorodnej populacji i doprowadzi do polepszenia dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości.

Cross-dressing (transwestytyzm) (ang. *crossdressing, transvestism*): noszenie ubrań i przyjmowanie ekspresji płciowej, która w danej kulturze jest bardziej typowa dla innej płci.

Dysforia płciowa (ang. *gender dysphoria*): cierpienie, które jest spowodowane przez niezgodność pomiędzy tożsamością płciową danej osoby a płcią przypisaną jej przy urodzeniu (oraz powiązaną z nią rolą płciową i/lub pierwszorzędowymi i drugorzędowymi cechami płciowymi²⁷) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, Bockting, 2010b).

Genderqueer (ang. *genderqueer*): określenie tożsamości, które może być używane przez osoby, których tożsamość płciowa i/lub rola płciowa nie zawiera się w binarnym spojrzeniu na płeć, jako ograniczoną do kategorii mężczyzn lub kobiet, płci męskiej lub żeńskiej (Bockting, 2008).

27 Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe. [przyp. red. wyd. pol.]

Hormony bioidentyczne (ang. *bioidentical hormones*): hormony, które strukturalnie są identyczne z krążącymi w ludzkim organizmie (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Hormony stosowane w terapii przy użyciu hormonów bioidentycznych zwykle pochodzą ze źródeł roślinnych i strukturalnie są tożsame z hormonami ludzkimi, ale muszą zostać poddane komercyjnemu procesowi przetworzenia, zanim staną się bioidentyczne.

Naturalne hormony (ang. *natural hormones*): hormony pochodzące z naturalnych źródeł roślinnych lub zwierzęcych. Naturalne hormony mogą (ale nie muszą) być bioidentyczne.

Operacja korekty narządów płciowych (ang. *sex reassignment surgery, gender affirmation surgery*): operacja chirurgiczna dokonująca zmian pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płciowych²⁸ w celu afirmacji tożsamości płciowej danej osoby. Operacja korekty narządów płciowych może być ważną częścią medycznie niezbędnego łagodzenia dysforii płciowej.

Osoba dokonująca korekty płci w kierunku kobiecym (M/K) (ang. *male-to-female, MtF*): określenie odnoszące się do osób, którym przypisano płęć męską przy urodzeniu i które dokonują lub dokonały zmian w swoim ciele i/lub męskiej roli płciowej przypisanej przy urodzeniu na bardziej kobiece ciało lub rolę.

Osoba dokonująca korekty płci w kierunku męskim (K/M) (ang. *female-to-male, FtM*): określenie odnoszące się do osób, którym przypisano płęć żeńską przy urodzeniu i które dokonują lub dokonały zmian w swoim ciele i/lub żeńskiej roli płciowej przypisanej przy urodzeniu na bardziej męskie ciało lub rolę.

Osoba transpłciowa (ang. *transgender*): określenie odnoszące się do różnorodnej grupy osób, które przekraczają lub wychodzą poza kulturowo wyznaczone kategorie płci. Tożsamość płciowa osób transpłciowych w różnym stopniu odbiega od płci, która została im przypisana przy urodzeniu (Bockting, 1999).

Osoba transseksualna (ang. *transsexual*): określenie (często używane w profesji medycznej) odnoszące się do osób, które zamierzają zmienić lub zmieniły swoje pierwszorzędowe i/lub drugorzędowe²⁹ cechy płciowe poprzez feminizujące lub maskulinizujące zabiegi medyczne (hormony i/lub operacje chirurgiczne), przeważnie razem z trwałą zmianą roli płciowej.

Osoby różnorodne płciowo (ang. *gender nonconforming*): określenie odnoszące się do osób, których tożsamość, rola lub ekspresja płciowa różnią się od uznawanych za normatywne dla przypisanej im płci w danej kulturze oraz okresie historycznym.

28 Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

29 Tekst *Standardów opieki* odnosi się do klasyfikacji stosowanej w krajach anglojęzycznych. W języku angielskim stosowany jest podział cech płciowych na pierwszo- i drugorzędowe. W Polsce częściej przyjmuje się podział na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe [przyp. red. wyd. pol.].

Płeć (ang. *sex*): płeć przypisywana jest przy urodzeniu jako męska lub żeńska, przeważnie na podstawie wyglądu zewnętrznych narządów płciowych. Kiedy zewnętrzne narządy płciowe są niejednoznaczne, inne cechy płciowe (wewnętrzne narządy płciowe, płeć chromosomalna lub hormonalna) są brane pod uwagę w celu przypisania płci (Grumbach, Hughes, Conte, 2003; MacLaughlin, Donahoe, 2004; Money, Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Dla większości osób tożsamość oraz ekspresja płciowa są spójne z płcią przypisaną im przy urodzeniu. Dla osób transseksualnych, transpłciowych oraz różnorodnych płciowo, tożsamość oraz ekspresja płciowa różnią się od płci przypisanej przy urodzeniu.

Rola płciowa lub ekspresja płciowa (ang. *gender role or expression*): cechy osobowości, wyglądu oraz zachowania, które w danej kulturze oraz okresie historycznym są uznawane jako męskie lub kobiece (tj. bardziej typowe dla męskiej lub kobiecej roli społecznej) (Ruble, Martin, Berenbaum, 2006). Podczas gdy większość ludzi funkcjonuje społecznie w jednoznacznie męskiej lub kobiecej roli płciowej, niektóre osoby funkcjonują w alternatywnych rolach płciowych, jak np. genderqueer. U wszystkich ludzi istnieje tendencja do włączania na różne sposoby oraz w różnym stopniu do swojej ekspresji płciowej zarówno cech męskich, jak i żeńskich (Bockting, 2008).

Tożsamość płciowa (ang. *gender identity*): wewnętrzne poczucie danej osoby dotyczące posiadania płci męskiej (chłopiec, mężczyzna), żeńskiej (dziewczynka, kobieta) lub innej (np. genderqueer, niebinarna płciowo) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Transfobia, zinternalizowana (ang. *transphobia, internalized*): dyskomfort związany z transpłciowymi odczuciami lub z transpłciową tożsamością, będący rezultatem internalizacji oczekiwań społecznych dotyczących normatywnych wzorców płciowych.

Tranzycja (ang. *transition*): okres, w którym dana osoba przechodzi z roli płciowej powiązanej z płcią przypisaną jej przy urodzeniu do innej roli płciowej. Dla wielu osób obejmuje to nauczenie się jak funkcjonować społecznie w innej roli płciowej; dla innych może to oznaczać znalezienie roli płciowej oraz ekspresji, która jest dla nich najbardziej komfortowa. Tranzycja może, choć nie musi, obejmować feminizację lub maskulinizację ciała poprzez hormony lub inne procedury medyczne. Dokładny przebieg oraz czas trwania tranzycji jest zmienny i zindywidualizowany.

Zaburzenia rozwoju płci, ZRP (ang. *disorders of sex development, DSD*): wrodzone stany polegające na atypowym rozwoju płci chromosomalnej, gonadalnej lub anatomicznej. Niektóre osoby zdecydowanie sprzeciwiają się używaniu określenia „zaburzenie”, postrzegając dane stany jako kwestię różnorodności (Diamond, 2009) oraz preferując używanie terminów interpłciowy(-wa)³⁰ (ang. *intersex*) oraz interpłciowość (ang. *intersexuality*).

Zaburzenie tożsamości płciowej (ang. *gender identity disorder, GID*): oficjalna diagnoza przedstawiona w czwartym, poprawionym wydaniu DSM (Diagnostic Statistical Manual of Mental

30 W języku polskim stosowany bywa także termin „interseksualność”. Redakcja wydania polskiego stosuje termin „interpłciowość”, gdyż jest on bliższy znaczeniowo terminowi angielskiemu [przyj. red. wyd. pol.].

Disorders, DSM IV-TR)³¹ (American Psychiatric Association, 2000). Zaburzenie tożsamości płciowej charakteryzuje się silną, utrzymującą się identyfikacją z płcią inną niż przypisana oraz utrzymującym się dyskomfortem związanym z płcią przypisaną danej osobie lub poczuciem nieodpowiedniości roli płciowej związanej z daną płcią. Powoduje to cierpienie o znaczeniu klinicznym lub utrudnienia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym czy na innych istotnych polach.

Złożona terapia hormonami bioidentycznymi (ang. *bioidentical compounded hormone therapy*): stosowanie hormonów, które są przygotowane, zmieszane, złożone i pakowane lub opisane jako lek przygotowany przez farmaceutę(-tkę) według wskazówek lekarza(-rki) i przeznaczone dla konkretnego pacjenta(-tki) [tzw. lek recepturowy – przyp. red.]. Nie jest możliwe zatwierdzanie każdego leku przygotowanego dla indywidualnego klienta(-tki) przez organa dopuszczające leki do obrotu.

ZAŁĄCZNIK B

PRZEGLĄD ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z TERAPIĄ HORMONALNĄ

Zagrożenia przedstawione poniżej są oparte na dwóch obszernych, opartych na dowodach naukowych przeglądach literatury dotyczącej maskulinizującej/feminizującej terapii hormonalnej (Feldman, Safer, 2009; Hembree i in., 2009) oraz szerokim badaniu kohortowym (Asscheman i in., 2011). Przeglądy te mogą służyć jako szczegółowe odnośniki dla świadczących usług medycznych, razem z innymi, ogólnie uznanymi, opublikowanymi materiałami medycznymi (np. Dahl i in., 2006; Ettner i in., 2007).

Zagrożenia związane z feminizującą terapią hormonalną (M/K)

Duże prawdopodobieństwo zwiększonego ryzyka:

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa

- Stosowanie estrogenów zwiększa ryzyko żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ), w szczególności u pacjentek, które są powyżej 40 roku życia, palą papierosy, prowadzą siedzący tryb życia, są otyłe i które chorują na nadkrzepliwość (trombofilię).

31 W kolejnym, piątym wydaniu Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) z 2013 r. termin ten został zastąpiony terminem „Dysforia płciowa” (ang. *gender dysphoria*) [przyp. red. wyd. pol.].

- Ryzyko jest zwiększone przez dodatkowe stosowanie progestagenów trzeciej generacji.
- Ryzyko jest zmniejszone poprzez podawanie estrogenów drogą przezskórną, co jest zalecane u pacjentek z wysokim ryzykiem ŻChZZ.

Choroby układu sercowo-naczyniowego oraz naczyń mózgowych

- Stosowanie estrogenów zwiększa ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentek powyżej 50 roku życia, u których obecne są czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Dodatkowo stosowanie progestagenów może to ryzyko zwiększać.

Lipidy

- Stosowanie doustnych estrogenów może znacznie zwiększyć stężenie triglicerydów, zwiększając ryzyko zapalenia trzustki oraz zdarzeń sercowo-naczyniowych.
- Inne metody podawania estrogenów wywierają odmienny wpływ metaboliczny na stężenie cholesterolu HDL, cholesterolu LDL oraz lipoproteiny (a).
- Ogólnie, dane kliniczne sugerują, że osoby dokonujące tranzycji w kierunku kobiecym z istniejącymi wcześniej zaburzeniami lipidowymi mogą odnieść korzyści ze stosowania przezskórnej estrogenoterapii, w porównaniu do doustnej.

Wątroba/pęcherzyk żółciowy

- Stosowanie estrogenów oraz octanu cyproteronu może być związane z przejściowym podwyższeniem aktywności enzymów wątrobowych oraz rzadko prowadzić do hepatotoksyczności.
- Stosowanie estrogenów drogą doustną zwiększa ryzyko kamicy żółciowej i następnej cholecysektomii (usunięcia pęcherzyka żółciowego).

Możliwe zwiększone ryzyko:

Cukrzyca typu 2

- Feminizująca terapia hormonalna, w szczególności estrogenami, może zwiększać ryzyko cukrzycy typu 2, szczególnie u pacjentek z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku cukrzycy oraz obecnością innych czynników ryzyka tej choroby.

Nadciśnienie tętnicze

- Stosowanie estrogenów może prowadzić do podwyższenia ciśnienia tętniczego krwi, ale częstość występowania nadciśnienia tętniczego jest nieznany.
- Spironolakton zmniejsza ciśnienie tętnicze krwi i jest zalecany dla pacjentek oczekujących feminizacji ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nadciśnienia tętniczego.

Guz prolaktynowy

- Stosowanie estrogenów zwiększa ryzyko hiperprolaktynemii wśród osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym w czasie pierwszego roku terapii, ale ryzyko to potem jest mało prawdopodobne.
- Stosowanie wysokich dawek estrogenów może wypromować wzrost nie wykrytego wcześniej guza prolaktynowego (prolaktynoma).

Niejednoznacznie podwyższone lub brak podwyższonego ryzyka. W tej kategorii znajdują się takie działania, które mogą stanowić ryzyko, ale na które dowody są tak znikome, że nie można wysunąć jednoznacznych wniosków.

Rak piersi

- Osoby dokonujące tranzycji w kierunku kobiecym, które stosowały feminizującą terapię hormonalną także zapadają na raka piersi, ale nie wiadomo jak to ryzyko ma się w porównaniu do cisplciowych kobiet.
- Dłuższy czas ekspozycji na feminizujące hormony (np. liczba lat stosowania preparatów estrogenowych), historia zachorowań na raka piersi w rodzinie, otyłość (BMI > 35) oraz stosowanie progestagenów prawdopodobnie wpływa na poziom ryzyka.

Inne działania niepożądane feminizującej terapii hormonalnej

Następujące działania mogą być postrzegane jako nieistotne lub nawet pożądane, w zależności od pacjentki, ale są bezpośrednio związane z feminizującą terapią hormonalną.

Płodność oraz funkcje seksualne

- Feminizująca terapia hormonalna może upośledzać płodność.

- Feminizująca terapia hormonalna może zmniejszać libido.
- Feminizująca terapia hormonalna zmniejsza liczbę nocnych erekcji oraz ma zmienny wpływ na erekcje wywołane podnieceniem seksualnym.

Zagrożenia związane ze stosowaniem antyandrogenów

Schematy feminizującej terapii hormonalnej często obejmują różnego rodzaju środki, które wpływają na produkcję lub działanie testosteronu. Zaliczają się do nich agoniści gonadotropiny (GnRH), progestageny (w tym octan cyproteronu), spironolakton oraz inhibitory 5-alfa reduktazy. Wyczerpująca dyskusja nad określonym ryzykiem stosowania tych środków wychodzi poza ramy *Standardów opieki*. Jednakże, zarówno spironolakton, jak i octan cyproteronu są szeroko używane i zasługują na komentarz.

Octan cyproteronu jest progestagenem (pochodną progesteronu) o właściwościach antyandrogennych (Gooren, 2005; Levy i in., 2003). Chociaż jest szeroko używany w Europie, nigdy nie został on zarejestrowany do stosowania w Stanach Zjednoczonych ze względu na obawy przed jego działaniem hepatotoksycznym (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, Hidalgo, 2004). Spironolakton jest powszechnie używany jako antyandrogen w feminizującej terapii hormonalnej, w szczególności na obszarach, w których cyproteron nie został dopuszczony do stosowania (Dahl i in., 2006; Moore i in., 2003; Tangpricha i in., 2003). Spironolakton od dawna jest stosowany w leczeniu nadciśnienia tętniczego oraz zastoinowej niewydolności serca. Do jego działań niepożądanych należą hiperkalemia, zawroty głowy oraz objawy żołądkowo-jelitowe (Physicians' Desk Reference, 2007).

Zagrożenia związane z maskulinizującą terapią hormonalną (K/M)

Duże prawdopodobieństwo zwiększonego ryzyka

Nadkrwistość (poliglobulia)

- Maskulinizująca terapia hormonalna przy użyciu testosteronu lub innych steroidów androgennych zwiększa ryzyko nadkrwistości (hematokryt > 50%), w szczególności u pacjentów, u których występują inne czynniki ryzyka.
- Podawanie testosteronu drogą przezskórną i dostosowanie dawki może zmniejszyć to ryzyko.

Zwiększenie masy ciała/trzewnej tkanki tłuszczowej

- Maskulinizująca terapia hormonalna może powodować umiarkowane zwiększenie masy ciała z towarzyszącym zwiększeniem śródbrzuszej (trzewnej) tkanki tłuszczowej.

Możliwie zwiększone ryzyko

Lipidy

- Stosowanie testosteronu zmniejsza stężenie cholesterolu HDL oraz ma różny wpływ na LDL oraz triglicerydy.
- Ponadfizjologiczne (wychodzące poza zakres wartości referencyjnych dla mężczyzn) stężenie testosteronu w surowicy, często spotykane przy długotrwałym podawaniu domięśniowym, może pogarszać profil lipidowy, podczas gdy podawanie przezskórne wydaje się nie mieć na to wpływu.
- Pacjenci z niewykrytym zespołem policystycznych jajników lub dyslipidemią mogą mieć wyższe ryzyko pogorszenia się dyslipidemii w trakcie terapii testosteronem.

Wątroba

- Terapii testosteronem może towarzyszyć przejściowe podwyższenie się aktywności enzymów wątrobowych.
- Obserwowano zaburzenia czynności oraz nowotwory wątroby w trakcie przyjmowania doustnych preparatów metylotestosteronu. Jednakże, metylotestosteron nie jest już dostępny w większości państw i nie powinien być stosowany.

Działania psychiatryczne

Maskulinizująca terapia testosteronem lub innymi steroidami androgennymi może zwiększać ryzyko objawów hipomaniakalnych, maniakalnych lub psychotycznych u pacjentów z występującymi wcześniej zaburzeniami psychicznymi, u których takie objawy już występowały. To niepożądane działanie wydaje się być związane z wysokimi lub ponadfizjologicznymi stężeniami testosteronu we krwi.

Niejednoznacznie podwyższone lub brak podwyższonego ryzyka. W tej kategorii znajdują się takie działania, które mogą stanowić ryzyko, ale na które dowody są tak znikome, że nie można wysunąć jednoznacznych wniosków.

Osteoporoza

- Terapia testosteronem utrzymuje lub zwiększa gęstość mineralną kości u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim przed owariektomią (usunięciem jajników), przynajmniej przez pierwsze trzy lata terapii.
- Istnieje zwiększone ryzyko utraty gęstości kości po owariektomii, szczególnie jeśli doszło do przerwania terapii testosteronem lub jest ona niedostateczna. Dotyczy to pacjentów stosujących wyłącznie testosteron drogą doustną.

Zaburzenia układu sercowo-naczyniowego

- Maskulinizująca terapia hormonalna fizjologicznymi dawkami wydaje się nie zwiększać ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych u zdrowych pacjentów.
- Maskulinizująca terapia hormonalna może zwiększać ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego u pacjentów, u których występują czynniki ryzyka.

Nadciśnienie tętnicze

- Maskulinizująca terapia hormonalna fizjologicznymi dawkami może zwiększać ciśnienie tętnicze krwi, ale nie wydaje się zwiększać ryzyka nadciśnienia tętniczego.
- U pacjentów, u których występują czynniki ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego, takie jak zwiększona masa ciała, dodatni wywiad rodzinny czy zespół policystycznych jajników, może występować zwiększone ryzyko zachorowania.

Cukrzyca typu 2

- Terapia testosteronem nie wydaje się zwiększać całkowitego ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 wśród osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim.
- Terapia testosteronem może dodatkowo zwiększyć ryzyko cukrzycy typu 2 u pacjentów, u których występują inne czynniki ryzyka, takie jak znaczący przyrost masy ciała, dodatni wywiad rodzinny czy zespół policystycznych jajników. Brak jest danych sugerujących lub dowodzących o wzroście ryzyka u osób, u których występują czynniki ryzyka rozwoju dyslipidemii.

Rak piersi

- Terapia testosteronem u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim nie zwiększa ryzyka rozwoju raka piersi.

Rak szyjki macicy

Terapia testosteronem u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim nie zwiększa ryzyka rozwoju raka szyjki macicy, jednakże może zwiększać ryzyko wystąpienia nieprawidłowych wyników wymazów z szyjki macicy z racji zmian atroficzných (zanikowych).

Rak jajników

Analogicznie do cisplciowych kobiet, które mają zwiększone stężenia androgenów, terapia testosteronem transplciowych pacjentów może zwiększyć ryzyko raka jajników, chociaż wskazujące na to dane są ograniczone.

Rak endometrium (trzonu macicy)

- Terapia testosteronem u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim może zwiększyć ryzyko raka endometrium, chociaż dowody na to są ograniczone.

Inne działania niepożądane maskulinizującej terapii hormonalnej

Następujące działania mogą być postrzegane jako nieistotne lub nawet pożądane, w zależności od pacjenta, ale są bezpośrednio związane z maskulinizującą terapią hormonalną.

Płodność i funkcje seksualnej

- Terapia testosteronem u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim zmniejsza płodność, chociaż stopień i odwracalność tego procesu są nieznane.
- Terapia testosteronem może spowodować nieodwracalne zmiany anatomiczne u rozwijającego się embrionu lub płodu.
- Terapia testosteronem prowadzi do powiększenia łechtaczki oraz zwiększenia libido.

Trądzik, łysienie androgenowe

Trądzik oraz łysienie typu męskiego (androgenowe) różnego stopnia są powszechnymi efektami ubocznymi maskulinizującej terapii hormonalnej.

ZAŁĄCZNIK C

PODSUMOWANIE KRYTERIÓW ROZPOCZĘCIA TERAPII HORMONALNEJ ORAZ KWALIFIKACJI DO LECZENIA OPERACYJNEGO

Tak jak we wszystkich poprzednich wydaniach *Standardów opieki*, kryteria rozpoczęcia terapii hormonalnej i kwalifikacji do leczenia operacyjnego dysforii płciowej przedstawione w tym dokumencie są klinicznymi zaleceniami; indywidualne programy czy pracownicy(-ce) ochrony zdrowia mogą je modyfikować. Odejście od zaleceń *Standardów opieki* może mieć miejsce z racji unikatowej anatomicznej, społecznej lub psychologicznej sytuacji pacjenta(-tki); rozwijaniu metod radzenia sobie z częstą sytuacją przez doświadczonych pracowników(-ic) ochrony zdrowia; protokołu badawczego; braku odpowiednich zasobów w różnych częściach świata; lub potrzeby specjalnych strategii ograniczania szkód. Te odstępstwa powinny być postrzegane w ten sposób, wyjaśnione pacjentowi(-tce) oraz udokumentowane wraz z uzyskaniem świadomej zgody w celu wysokiej jakości opieki nad pacjentem(-tką) oraz ochrony prawnej. Ta dokumentacja jest również wartościowa dla zebrania nowych danych, które mogą być potem weryfikowane celem rozwoju opieki zdrowotnej oraz *Standardów opieki*.

Kryteria rozpoczęcia feminizującej/maskulinizującej terapii hormonalnej (jedno skierowanie lub udokumentowana analiza psychosocjalna)

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na leczenie.
3. Osiągnięcie pełnoletności; jeśli pacjent(-tka) jest młodszy(-sza), należy kierować się *Standardami opieki* dla dzieci oraz młodzieży.
4. Jeśli współistnieją inne schorzenia, muszą znajdować się one pod odpowiednią kontrolą.

Kryteria do operacji piersi/klatki piersiowej (jedno skierowanie)

Kryteria do mastektomii i utworzenia męskiej klatki piersiowej u transpłciowych pacjentów

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Osiągnięcie pełnoletności (jeśli pacjent jest młodszy, należy kierować się *Standardami opieki dla dzieci oraz młodzieży*).
4. Jeśli współistnieją inne schorzenia, muszą znajdować się one pod odpowiednią kontrolą.

Terapia hormonalna nie jest obowiązkowa.

Kryteria do powiększenia piersi (implanty, lipofilling) u transpłciowych pacjentek

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Osiągnięcie pełnoletności (jeśli pacjentka jest młodsza, należy kierować się *Standardami opieki dla dzieci oraz młodzieży*).
4. Jeśli współistnieją inne schorzenia, muszą znajdować się one pod odpowiednią kontrolą.

Choć nie jest to bezpośrednim wymogiem, rekomenduje się, by transpłciowe pacjentki stosowały feminizującą terapię hormonalną przez minimum 12 miesięcy przed operacją powiększenia piersi. Służy to maksymalizacji wzrostu piersi w celu osiągnięcia lepszych wyników leczenia chirurgicznego (estetycznych).

Kryteria do chirurgii narządów płciowych (dwa skierowania)

Kryteria do histerektomii oraz ovariectomii u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim oraz orchidektomii u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.

3. Osiągnięcie pełnoletności.
4. Jeśli współistnieją inne schorzenia, muszą znajdować się one pod odpowiednią kontrolą.
5. Stosowanie hormonalnej terapii przez okres 12 miesięcy, adekwatnej do oczekiwanych cech płciowych pacjenta(-tki) (poza przypadkami, gdy obecne są do niej przeciwwskazania czy inne powody, dla których pacjent(ka) nie może lub nie chce przyjmować preparatów hormonalnych).

Celem stosowania terapii hormonalnej przed gonadektomią jest przede wszystkim wprowadzenie stanu odwracalnej supresji produkcji estrogenu lub testosteronu przed przejściem przez pacjenta(-tkę) ostatecznej decyzji o poddaniu się nieodwracalnemu zabiegowi chirurgicznemu.

Kryteria te nie dotyczą pacjentów(-tek), którzy poddają się zabiegom chirurgicznym z innych wskazań niż dysforia płciowa.

Kryteria do metoidioplastyki lub falloplastyki u osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim oraz waginoplastyki u osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym

1. Utrzymująca się, dobrze udokumentowana dysforia płciowa.
2. Zdolność do podjęcia w pełni świadomej decyzji i udzielenia zgody na zabieg.
3. Osiągnięcie pełnoletności.
4. W przypadku współistniejących problemów zdrowotnych, muszą one zostać zaopatrzone.
5. Stosowanie hormonalnej terapii przez okres 12 miesięcy, adekwatnej do oczekiwanych cech płciowych pacjenta(-tki) (poza przypadkami, gdy obecne są do niej przeciwwskazania czy inne powody, dla których pacjent(-tka) nie może lub nie chce przyjmować preparatów hormonalnych).
6. Okres 12 miesięcy funkcjonowania w roli płciowej, która jest zgodna z tożsamością płciową pacjenta(-tki).

Choć nie jest to wymóg bezwzględny, zaleca się, aby pacjenci(-tki) uczęszczali również na regularne wizyty do specjalisty(-tki) zdrowia psychicznego.

Wyżej wyszczególnione kryterium dla pewnych rodzajów zabiegów operacyjnych narządów płciowych – np. kryterium doświadczenia 12 miesięcy w roli zgodnej z tożsamością płciową – jest oparte na konsensusie ekspertów(-tek), że tego typu doświadczenie zapewnia mnogość okazji, by pacjenci(-tki) mogli doświadczyć i dostosować się społecznie do swojej pożądanej roli płciowej, przed przejściem nieodwracalnych zabiegów chirurgicznych.

ZAŁĄCZNIK D

DANE ODNOŚNIE DO WYNIKÓW KLINICZNYCH PODEJŚĆ TERAPEUTYCZNYCH

Jednym z najlepszych uzasadnień dla każdej nowej terapii jest analiza rezultatów. Z powodu kontrowersyjnej natury operacji korekty płci, ten rodzaj analizy stał się bardzo istotny. Niemalże wszystkie badania rezultatów na tym obszarze są retrospektywne.

Jednym z pierwszych badań, które sprawdzało psychospołeczne rezultaty leczenia transseksualnych pacjentów(-tek) zostało wykonane w 1979 w Johns Hopkins University School of Medicine and Hospital (USA) (J. K. Meyer, Reter, 1979). Badanie skupiało się na stabilności zawodowej, edukacyjnej, małżeńskiej i domowej pacjenta(-tki). Badanie pokazało szereg znaczących zmian następujących razem z leczeniem. Zmiany te nie były postrzegane jako pozytywne, a za to pokazały, że wiele osób, które wzięło udział w programie leczenia nie miało się wcale lepiej lub nawet miało się gorzej na wielu polach, po tym jak wzięło udział w programie. Odkrycia te doprowadziły do zamknięcia programu leczenia w szpitalu/szkole medycznej (Abramowitz, 1986).

W następstwie tego znaczna liczba pracowników(-ic) ochrony zdrowia wezwała do stworzenia kryteriów kwalifikacji do operacji korekty płci. Doprowadziło to do sformułowania pierwszych *Standardów opieki* przez Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (obecnie WPATH) w 1979 roku.

W 1981 roku, Pauly opublikował wyniki dużego, retrospektywnego badania osób, które przeszły operację korekty płci. Uczestnicy tego badania mieli znacznie lepsze rezultaty: spośród 83 pacjentów dokonujących tranzycji w kierunku męskim, 80,7% miało satysfakcjonujące rezultaty (pacjenci zgłosili „polepszone społeczne i emocjonalne przystosowanie się”), 6% niesatysfakcjonujące. Spośród 283 pacjentek dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym, 71,4% miało satysfakcjonujące rezultaty, 8,1% niesatysfakcjonujące. Badanie to obejmowało pacjentów(-tki), którzy byli leczeni przed publikacją i zastosowaniem *Standardów opieki*.

Od kiedy *Standardy opieki* są używane, można zaobserwować stabilny wzrost w satysfakcji pacjentów(-tek) oraz spadek w niezadowoleniu z rezultatów operacji korekty płci. Badania przeprowadzone po 1996 roku skupiły się na pacjentach(-tkach) leczonych zgodnie ze *Standardami opieki*. Odkrycia Rehmana i jego zespołu (1999) oraz Krege i jej zespołu (2001) są typowe dla prac tego typu: żaden z pacjentów(-tek) w tych badaniach nie żałował operacji i większość z nich była usatysfakcjonowana jej kosmetycznymi i funkcjonalnymi rezultatami. Nawet pacjenci(-tki), u których doszło do poważnych powikłań chirurgicznych z rzadkością żałują przejścia operacji. Jakość wyników operacji chirurgicznych jest jednym z najlepszych predyktorów ogólnego wyniku operacji korekty płci (Lawrence, 2003). Znacząca większość badań obserwacyjnych pokazała niepodważalny pozytywny

wpływ operacji korekty płci na wyniki pooperacyjne, takie jak samopoczucie, kosmetyka czy funkcje seksualne (De Cuyper i in., 2005; Garaffa, Christopher, Ralph, 2010; Klein, Gorzalka, 2009), chociaż nie można dokładnie określić skali tego efektu na podstawie obecnie dostępnych danych. Jedno z badań (Emory, Cole, Avery, Meyer, Meyer III, 2003) pokazało nawet poprawę w przychodach finansowych pacjenta(-tki).

Jeden martwiący raport (Newfield i in., 2006) dokumentował niższe wskaźniki jakości życia (mierzone SF-36) dla pacjentów dokonujących tranzycji w kierunku męskim niż dla reszty populacji. Słabością tego badania było to, że próbę 384 badanych zebrano poprzez ogólny e-mail, zamiast bardziej systematycznego podejścia oraz to, że nie zarejestrowano zaawansowania i typu zastosowanego leczenia. Uczestnicy badania, którzy przyjmowali testosteron, przeważnie robili to przez mniej niż 5 lat. Zgłaszana jakość życia była wyższa dla pacjentów, którzy przeszli operację piersi/klatki piersiowej niż dla tych, którzy tego nie zrobili ($p < 0,001$) (nie przeprowadzono podobnej analizy dla operacji narządów płciowych). W innym badaniu Kuhn i jego zespół (2009) użyli Kwestionariusza Zdrowia Kingsa do analizy jakości życia 55 transseksualnych pacjentek, 15 lat po operacji. Wyniki zostały porównane do grupy kontrolnej, liczącej 20 zdrowych cis-kobiet, które przeszły w przeszłości operację jamy brzusznej lub w obrębie miednicy. Wskaźniki jakości życia dla pacjentek transseksualnych były takie same lub lepsze od tych z grupy kontrolnej dla części podskal (emocje, sen, nietrzymanie moczu, nasilenie objawów i ograniczenia roli), ale gorsze w innych domenach (ogólne zdrowie, fizyczne ograniczenia, osobiste ograniczenia).

Trudno określić efektywność samych hormonów w leczeniu dysforii płciowej. Większość badań oceniających efektywność maskulinizującej/feminizującej terapii hormonalnej w leczeniu dysforii płciowej przeprowadzono na pacjentach(-tkach), którzy przeszli również operacje korekty płci. Korzystne efekty terapii, które objęły zarówno hormony, jak i operacje zostały przedstawione w obszernym przeglądzie obejmującym ponad 2000 pacjentów(-tek) z 79 badań (w większości obserwacyjnych) przeprowadzonych między 1961 a 1991 rokiem (Eldh, Berg, Gustafsson, 1997; Gijs, Brewaeys, 2007; Murad i in., 2010; Pfäfflin, Junge, 1998). Pacjenci(-tki) operowani po 1986 roku zgłaszali lepsze rezultaty niż ci przed 1986 rokiem; odzwierciedla to znaczącą poprawę w liczbie powikłań chirurgicznych (Eldh i in., 1997). Większość pacjentów(-tek) zgłaszała lepsze rezultaty psychospołeczne od 87% dla pacjentek dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym do 97% dla pacjentów dokonujących tranzycji w kierunku męskim (Green, Fleming, 1990). Podobną poprawę stwierdziło szwedzkie badanie, w którym „prawie wszyscy pacjenci(-tki) byli usatysfakcjonowani z operacji korekty płci w 5 lat po jej przeprowadzeniu, a 86% z nich zostało ocenionych przez klinicystów podczas badania kontrolnego jako stabilni lub w poprawie w zakresie ogólnego funkcjonowania” (Johansson, Sundbom, Hojerback, Bodlund, 2010). Wadą wymienionych dotąd badań jest ich retrospektywny charakter i zastosowanie różnych kryteriów dla oceny wyników.

Badanie prospektywne przeprowadzone w Holandii dokonało analizy 325 kolejnych osób dorosłych i młodzieży, którzy dążyli do operacji korekty płci (Smith, Van Goozen, Kuiper, Cohen-Kettenis, 2005). Pacjenci(-tki), którzy przeszli operację korekty płci (zarówno leczenie hormonalne, jak i chirurgiczne)

wykazali poprawę w średnich wynikach dysforii płciowej, mierzonych skalą Utrecht Gender Dysphoria Scale. Wyniki niezadowolenia z ciała i psychologicznego funkcjonowania również uległy poprawie w większości kategorii. Mniej niż 2% pacjentów(-tek) wyrażało żal po przejściu terapii. Jest to największe prospektywne badania, które potwierdza wyniki badań retrospektywnych, że połączenie terapii hormonalnej oraz operacji chirurgicznych pomaga w dysforii płciowej i na innych polach psychospołecznego funkcjonowania. Istnieje potrzeba dalszych badań odnośnie do efektów terapii hormonalnej bez operacji chirurgicznych i niemającej za cel maksymalnej fizycznej feminizacji lub maskulinizacji.

Generalnie, badania pokazują stabilną poprawę wyników, w miarę rozwoju dziedziny. Badania nad wynikami były w większości skupione na rezultatach operacji korekty płci. Istnieje szereg tożsamości, ról i fizycznych adaptacji, które spotyka się obecnie w codziennej praktyce, które wymagają dalszych badań obserwacyjnych i dotyczących rezultatów leczenia (Institute of Medicine, 2011).

ZAŁĄCZNIK E

PROCES TWORZENIA SIÓDMEGO WYDANIA STANDARDÓW OPIEKI

Proces tworzenia 7 wydania *Standardów opieki* zaczął się, kiedy została powołana początkowa „grupa robocza” w 2006 roku. Członkowie(-kinie) zostali poproszeni o sprawdzenie określonych sekcji 6 wydania *Standardów opieki*. Dla każdej z sekcji, proszono ich o przegląd literatury, wskazanie brakujących, potrzebnych badań oraz rekomendacje dotyczące korekty *Standardów opieki* na podstawie nowych danych. Następujące osoby, poproszone o udział, nadesłały swoje artykuły: 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 oraz Ken Zucker. Część z tych autorów(-rek) zdecydowała się dodać do współpracy inne osoby, które pomagały w projekcie.

Termin złożenia pierwszych szkiców artykułów przypadał na 1 czerwca 2007 roku. Większość tekstów została ukończona we wrześniu 2007 roku, a reszta pod koniec 2007 roku. Artykuły zostały przesłane do czasopisma *International Journal of Transgenderism (IJT)*. Każdy z nich przeszedł przez typowy dla *IJT* proces recenzji. Wersje końcowe zostały opublikowane w wydaniu 11(1–4) w 2009 roku, czyniąc je otwartymi na dyskusję i debatę.

Po publikacji tych artykułów, w 2010 roku Zarząd WPATH (WPATH Board of Directors) ustanowił Komitet Rewizyjny *Standardów opieki*. Komitet Rewizyjny był początkowo odpowiedzialny za debatę i dyskusję za pośrednictwem strony internetowej Google nad artykułami źródłowymi

opublikowanymi w *IJT*. Zarząd wyznaczył też podgrupę Komitetu Rewizyjnego, stanowiącą Grupę Piszącą. Była ona odpowiedzialna za przygotowanie pierwszego szkicu siódmego wydania *Standardów opieki* oraz kontynuację prac nad korektami, które następnie miały zostać rozważone przez pełen skład Komitetu Rewizyjnego. Zarząd powołał również Międzynarodową Grupę Doradczą, składającą się z osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo, które wyrażały swoje opinie dotyczące wprowadzanych rewizji.

Zatrudniono także redaktorkę specjalistyczną, której zadaniem było: (1) przegląd wszystkich zalecanych rewizji – zarówno początkowych rekomendacji, zawarte w artykułach z *IJT*, jak i dodatkowych zaleceń, które pojawiły się w wyniku dyskusji online; (2) utworzenie ankiety, by zasięgnąć dalszych opinii odnośnie do potencjalnych korekt. W oparciu o wyniki ankiety, Grupa Pisząca była w stanie rozpoznać, gdzie – w odniesieniu do zaleceń eksperckich – uzyskano porozumienie, a gdzie jeszcze wymagana jest dalsza dyskusja i debata. Wówczas redaktorka specjalistyczna (3) stworzyła zarys pierwszego szkicu 7 wydania *Standardów opieki*, nad którym Grupa Pisząca mogła pracować dalej.

Grupa Pisząca spotkała się w dniach 4 i 5 marca 2011 roku, na eksperckim spotkaniu konsultacyjnym. Przejrzane zostały wszystkie zalecane zmiany, a po debacie osiągnięto porozumienie odnośnie do rozmaitych, wzbudzających kontrowersje, obszarów. Decyzje były podejmowane na podstawie możliwie najlepiej wypracowanego konsensusu badań naukowych oraz opinii eksperckich. Decyzje te zostały uwzględnione w szkicu, a dodatkowe sekcje zostały opracowane przez Grupę Piszącą przy wsparciu redaktorki specjalistycznej.

Szkic, który powstał podczas spotkania konsultacyjnego został następnie rozprowadzony pośród członków(-kiń) Grupy Piszącej oraz ukończony z pomocą redaktorki specjalistycznej. Kiedy wstępny szkic został już ukończony, został przekazany reszcie Komitetu Rewizyjnego *Standardów opieki* oraz Międzynarodowej Grupie Doradczej. Otwarto dyskusję za pośrednictwem strony Google oraz zwołano telekonferencję, aby rozwiązać problematyczne kwestie. Uzyskane w ten sposób informacje zwrotne zostały wzięte pod uwagę przez Grupę Piszącą, która poczyniła kolejne korekty. Powstały dwa dodatkowe szkice, które umieszczono na stronie Google do wglądu dla Komitetu Rewizyjnego *Standardów opieki* oraz Międzynarodowej Grupy Doradczej. Po zakończeniu owych trzech kolejnych cykli recenzji i nanoszenia poprawek końcowy dokument został przekazany do akceptacji Zarządowi WPATH. Zarząd zaakceptował tę wersję 14 września 2011 roku.

Planowane jest rozpowszechnianie tego wydania *Standardów opieki* oraz zasięgania opinii w celu dalszych korekt. Zarząd WPATH ustala terminy kolejnych rewizji *Standardów opieki*³².

32 W chwili przygotowywania polskiego przekładu siódmej wersji *Standardów opieki* prace nad ósmą wersją są już wysoce zaawansowane [przyp. red. wyd. pol.].

Finansowanie

Proces rewizji *Standardów opieki* był możliwy dzięki hojnemu grantowi udzielonemu przez Fundację Tawani oraz dotacji od anonimowej osoby. Fundusze te pozwoliły na sfinansowanie:

1. Kosztów opłacenia profesjonalnej redaktorki specjalistycznej.
2. Procesu pozyskiwania międzynarodowego odniesienia w stosunku do proponowanych zmian ze strony specjalistów(-tek) zajmujących się kwestią tożsamości płciowej oraz społeczności osób transpłciowych.
3. Spotkania roboczego Grupy Piszącej.
4. Procesu zbierania dodatkowych informacji zwrotnych oraz dochodzenia do końcowego konsensusu eksperckiego ze strony grona specjalistów(-tek) i społeczności osób transpłciowych, Komitetu Rewizyjnego 7 wydania *Standardów opieki* i Zarządu WPATH.
5. Kosztów wydania i dystrybucji 7 wersji *Standardów opieki* oraz umieszczenie darmowej, możliwej do pobrania kopii na stronie internetowej WPATH.
6. Sesji plenarnej, na której zaprezentowano 7 wydanie *Standardów opieki*, podczas Biennale WPATH w 2011 roku, w Atlancie (Georgia, USA).

Członkowie(-kinie) Komitetu Rewizyjnego *Standardów opieki*³³

Eli Coleman, PhD (USA)* – Przewodniczący
Richard Adler, PhD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*
George Brown, MD (USA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Holandia)*
Griet DeCuypere, MD (Belgia)*
Aaron Devor, PhD (Kanada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)

Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Kanada)*
Arlene Istar Lev, LCSW (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgia)*

³³ Asterysk oznacza członka(-kinie) Grupy Piszącej. Wszystkie osoby wchodzące w skład Komitetu Rewizyjnego poświęciły swój wolny czas, by pracować nad kolejnym wydaniem.

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Niemcy)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)

Mick van Trotsenburg, MD (Holandia)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Kanada)

Komitety Wyborczy Międzynarodowej Grupy Doradczej

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Kanada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)

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

Międzynarodowa Grupa Doradcza

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela
(Wenezuela)
Craig Andrews, FTM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual
Women's Rights in the Philippines (Filipiny)

Tone Marie Hansen, Harry Benjamin
Resource Center (Norwegia)
Rupert Raj, Shelburne Health Center (Kanada)
Masae Torai, FTM Japan (Japonia)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Redaktorka specjalistyczna

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Pomoc redakcyjna

Heidi Fall (USA)

Tłumaczenie oraz redakcja naukowa wydania polskiego

Koordynacja prac zespołu i tłumaczenie

Dr hab. Anna M. Kłonkowska, prof. UG
(socjolożka, psycholożka; Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego)

Tłumaczenie

Dr n. med. Bartosz Grabski
(specjalista psychiatrii i seksuologii, psychoterapeuta; kierownik Pracowni Seksuologii
Katedry Psychiatrii UJ CM, Poradnia Seksuologiczna Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie)

Tłumaczenie

Prof. dr hab. n. med. Dominik Rachoń
(specjalista chorób wewnętrznych i endokrynologii; kierownik Zakładu
Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego)

Tłumaczenie

Nina Kuta
(aktywistka środowiskowa)

Konsultacja przekładu polskiego

Mgr Wiktor Dynarski
(Ośrodek Badań Społecznych Nad Seksualnością,
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski)

Skład i łamanie: Michał Janczewski

Redakcja: Zespół Wydawnictwa Uniwersytetu Gdańskiego

Publikacja sfinansowana przez WPATH (World Professional Association for Transgender Health)

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot
tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206
e-mail: wydawnictwo@ug.edu.pl
www.wyd.ug.edu.pl
Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

