

SOCIETATEA INTERNAȚIONALĂ DE ENDOCRINOLOGIE
ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ MONDIALĂ PENTRU SĂNĂTATEA PERSOANELOR TRANSGEN

**STANDARDE MEDICALE
INTERNAȚIONALE PENTRU
ÎNGRIJIREA PERSOANELOR
TRANSGEN**

COLECȚIA EDITATĂ DE
A.YU. BABENKO, D.Ș.M. ȘI D.D. ISAEV, C.Ș.M.

TRADUCERE ÎN LIMBA ROMÂNĂ
COORDONATĂ DE AO „GENDERDOC-M”
A TREIA EDIȚIE

UDK 616.89-008.442+616.43+615.357

BBK 54.15+57.05

M 43 Int

Standarde medicale internaționale pentru îngrijirea persoanelor transgen/Edit. A.Yu. Babenko, D.D. Isaev. – ed. 3, St.Pet.: grupul de inițiativă «T-Acțiune», 2018. - 260 p.

Prima parte a cărții prezintă cea mai recentă versiune a recomandărilor clinice practice „Terapia endocrină pentru persoanele cu disforie de gen/incongruență de gen”, elaborată de Societatea Internațională de Endocrinologie, publicată în 2017 și tradusă pentru prima dată în limba rusă. Sub redacția științifică a lui A.Yu. Babenko, d.ș.m.

A doua parte a cărții include „Standarde de îngrijire pentru persoanele, transgen și neconforme de gen”, versiunea a 7-a, elaborată de Asociația Profesională Mondială Pentru Sănătatea Persoanelor Transgen în 2010. Sub redacția științifică a lui D.D. Isaev, c.ș.m.

Cartea este adresată specialiștilor medicali de diferite profiluri care pot întâlni în practica medicală zilnică nevoia de a oferi îngrijiri medicale calificate persoanelor transgen; profesorilor și studenților ai instituțiilor de învățământ medical, precum și persoanelor transgen și apropiaților lor.

Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons:
An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

© The Endocrine Society, 2017

***Standards of Care for the Health of Transsexual,
Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7***

© World Professional Association for Transgender Health, 2011

Tradus în română de TRADUC/EVCOM-GRUP SRL

Traducerea coordonată de AO "GENDERDOC-M"

Editarea traducerii: Maxim Cuclev

Finanțat de Coaliția Euroasiatică a Populațiilor Cheie (EKPC)



ISBN 978-5-86741-102-8

CUPRINS

Terapia endocrină pentru persoanele cudisforie/incongruență de gen	5
Prefață lui A.Yu. Babenko, d.ș.m.	7
Adnotare	11
Corpusul de recomandări	13
Modificările față de recomandările anterioare.....	18
Elaborarea recomandărilor clinice practice bazate pe dovezi	19
Prezentarea generală sistematică efectuată a cercetării.....	21
Introducere	22
Factorii biologici care afectează dezvoltarea identității de gen.....	29
Istoria naturală a copiilor cu disforie/incongruență de gen.....	31
1.0 Examinarea diagnostică a tinerilor și adulților	32
2.0 Terapia adolescenților	42
3.0 Terapia hormonală pentru adulții transgen	56
4.0 Prevenirea efectelor adverse și supravegherea pe termen lung.....	65
5.0 Reconfigurarea genitaliilor și intervenții chirurgicale afirmative de gen	75
Bibliografie	81
Anexa A. Protocol: bărbații transgen.....	104
Anexa B. Protocol: femeile transgen	108

Standarde de îngrijire pentru persoanele transgen și neconforme de gen	112
Prefață a lui D.D. Isaev, c.ș.m.	114
Prefață a editorului la ediția 2018.....	116
Glosar	118
I. Scopul și utilizarea standardelor de îngrijire	123
II. Aplicabilitatea la nivel mondial a standardelor de îngrijire	126
III. Diferența dintre neconformitatea de gen și disforia de gen	128
IV. Incidența transgenerității și neconformității de gen	130

V. Prezentarea generală a abordărilor terapeutice pentru disforia de gen.....	132
VI. Evaluarea stării și terapia copiilor și adolescenților cu disforie de gen.....	135
VII. Sănătatea mintală	147
VIII. Terapia hormonală	162
IX. Sănătatea reproductivă	181
X. Antrenamentul vocal și terapia de comunicare	183
XI. Intervenții chirurgicale	186
XII. Monitorizarea postoperatorie	197
XIII. Prevenirea și îngrijirea medicală primară pe tot parcursul vieții	198
XIV. Aplicabilitatea standardelor de îngrijire pentru persoanele care trăiesc în centre instituționalizate.....	201
XV. . Aplicabilitatea standardelor de îngrijire pentru persoanele cu tulburări de dezvoltare a sexului	203
Bibliografie	207
Anexa 1. Prezentarea generală a riscurilor medicale ale terapiei hormonale	228
Anexa 2. Rezumatul criteriilor pentru terapia hormonală și intervenții chirurgicale	234
Anexa 3. Datele referitor la rezultatele clinice ale abordărilor terapeutice.....	237
Anexa 4. Procesul dezvoltării standardelor de îngrijire, versiunea 7	240

SOCIETATEA INTERNAȚIONALĂ DE ENDOCRINOLOGIE

TERAPIA ENDOCRINĂ PENTRU
PERSOANELE CU DISFORIE DE
GEN/INCONGRUENȚĂ DE GEN:

RECOMANDĂRILE CLINICE PRACTICE ALE
SOCIETĂȚII ENDOCRINOLOGICE

TRADUCEREA ÎN LIMBA ROMÂNĂ COORDONATĂ DE AO „GENDERDOC-M”

Prefață

Vă aducem la cunoștință Recomandările clinice practice revizuite și actualizate ale Societății Internaționale de Endocrinologie privind terapia endocrină pentru persoanele cu disforie de gen. Aceste linii directoare bazate pe dovezi rezumă mulți ani de experiență a comunității medicale globale în diagnosticul eficient, terapia și urmărirea pe termen lung a acestei categorii de pacienți, precum și în reducerea riscurilor și minimizarea daunelor. Versiunea anterioară a Recomandărilor a fost publicată în 2009; noua versiune ia în considerare cele mai recente schimbări științifice și terminologice care au avut loc în acest domeniu de dezvoltare rapidă al medicinei de la publicarea versiunii anterioare.

În special, termenul „transsexualism” din noile recomandări a fost înlocuit cu termenul „disforie de gen/incongruență de gen”, luând în considerare viitoarea ICD-11 [Clasificarea Internațională a Bolilor] (textul a fost publicat în iunie 2018), potrivit căruia condiția de incongruență al autoidentificării de gen a unei persoane cu cea atribuită la naștere este denumită „incongruență de gen” și a fost mutată din secțiunea „Tulburări mintale și comportamentale” în secțiunea „Condițiile care afectează sănătatea sexuală” - adică condiții care nu sunt tulburări mintale. Termenul „disforie de gen” se referă la disconfortul psihologic rețrăit în această condiție. Pacienții cu această condiție sunt denumiți „persoane transgen” (anterior - „persoane transsexuale”), „bărbați transgen” (anterior - „transsexuali FTM”) și „femei transgen” (anterior - „transsexuali MTF”). De asemenea, termenul „corecția sexului” se schimbă în „îngrijirea afirmativă de gen”: astfel, se pune accentul pe „afirmarea” identității de gen a pacientului, spre deosebire de conceptul de „corectare” a sexului inadecvat; această schimbare se datorează respingerii abordării patologizante a variabilității de gen. Glosarul acestor Recomandări reflectă, de asemenea, alte modificări terminologice legate de acest subiect.

Ceea ce este, de asemenea, nou în această versiune a Recomandărilor este că la stabilirea criteriilor pentru prescrierea îngrijirii afirmative de gen, precum și la descrierea schemelor tipice de terapie hormonală, sunt luate în considerare nevoile unui număr de persoane transgen, a căror identitate de gen este nu „masculin” sau „feminin” și cine ar putea dori să facă așa-numita tranziție transgen „parțială”. În ciuda faptului că nu au fost elaborate încă recomandări bazate pe dovezi pentru acest grup de pacienți transgen, se

propune posibilitatea adaptării protocoalelor de terapie existente la nevoile individuale ale acestor pacienți. de gen la o persoană și influența diverșilor factori asupra formării acesteia.

Recomandările sunt precedate de o notă scurtă a istoriei studiului incongruenței de gen ca fenomen și dezvoltării metodelor de acordare a asistenței în această condiție; se iau în considerare și dezvoltarea identității cunoscut specialiștilor moldoveni precum terapia adolescenților cu disforie de gen. Inițierea terapiei înainte de dezvoltarea ireversibilă a caracteristicilor sexuale secundare poate fi mai adecvată și mai eficientă pentru bunăstarea psihologică și socială a acestor pacienți, precum și pentru a evita intervenții medicale suplimentare ulterior. Astfel, posibilitatea de a oferi asistență endocrinologică adolescenților transgen sub vârsta de 18 ani (conform legislației Republicii Moldova, numai după obținerea consimțământului părinților sau tutelor adolescentului) nu ar trebui exclusă din considerație.

- Recomandările subliniază natura interdisciplinară a întregului complex de îngrijirea afirmativă de gen și necesitatea Partea principală a publicației evidențiază obiectivele și posibilitățile îngrijirii endocrinologice pentru persoanele cu disforie de gen, abordările privind prescrierea și gestionarea terapiei hormonale, precum și monitorizarea stării pacienților înainte de începerea tratamentului, în timpul terapiei și pe termen lung; oferă o justificare științifică a adecvabilității abordărilor terapeutice și a strategiilor propuse pentru a evita dauna. Mai insistent, în comparație cu versiunea anterioară, se remarcă importanța conservării potențialului reproductiv al pacienților și necesitatea de a-i informa cu privire la oportunitățile reproductive disponibile. Probabilitatea de a dezvolta efecte secundare negative și modalitățile de reducere a acestor riscuri sunt luate în considerare în detaliu. În partea finală sunt evidențiate procedurile chirurgicale moderne afirmative de gen cu criteriile de prescriere, oportunitățile și riscurile lor.

- O atenție considerabilă în această publicație este acordată unui domeniu al medicinei transgen atât de puțin cooperării între specialiștii medicali de diferite profiluri atunci când însoțesc pacienții la orice etapă a tranziției transgen, precum și după finalizarea acesteia. O mare importanță este acordată calificărilor adecvate ale specialiștilor care lucrează cu persoane transgen, cunoștințele lor suficiente în domeniul diagnosticării disforiei de gen, precum și asupra diferitelor aspecte ale tranziției transgen.

În lumina Recomandărilor, necesitatea unei astfel de publicații este evidentă în contextul rusesc, unde conștientizarea medicală a disforiei de gen și abordările terapiei sale este încă scăzută, iar numărul medicilor

de profil potrivit, care nu numai posedă un volum suficient de cunoștințe și abilități medicale pentru a oferi îngrijirile necesare pacienților transgen, dar și respectă pe deplin principiile deontologiei și eticii medicale, lasă mult de dorit. În același timp, este important să precizăm faptul că cunoștințele despre disforia de gen, caracteristicile fiziologice ale pacienților transgen, precum și principiile tratamentului discret al acestor pacienți sunt necesare nu numai pentru specialiști care însoțesc tranziția transgen, ci și pentru medicii de

de practică generală: și anume lipsa conștientizării medicale, precum și anticiparea unei atitudini negative, impune persoanele transgen să evite solicitarea asistenței medicale zilnice și examinării medicale preventive, ceea ce duce adesea la rezultate dezastruoase.

Sperăm din toată inima că această publicație îi va ajuta pe medici de diferite specialități în activitatea lor cu această categorie de pacienți care au nevoie extrem de mare nu numai de îngrijiri medicale de înaltă calitate, dar și de înțelegere din partea comunității medicale și a societății în ansamblu.

Acei profesioniști din domeniul medical care doresc să-și îmbunătățească cunoștințele în domeniul îngrijirii endocrinologice pentru pacienții transgen se pot înscrie la ciclul „Tulburări de formare a sexului la adulți. Disforie de gen - aspecte endocrine ale problemei” pe site-ul web al CFCMNV V.A. Almazov [Centrul Federal de Cercetare Medicală Nord-Vest V.A. Almazov].

A.Yu. Babenko

Medic endocrinolog de categorie superioară, doctor în științe medicale, Șef al Laboratorului de Cercetare Științifică în Diabetologie al Institutului de Endocrinologie al CFCMNV, Director adjunct pentru lucrul academic al Institutului de Endocrinologie, Profesor asociat al Departamentului de Boli Interne la Institutul de Învățământ Postuniversitar al CFCMNV V.A. Almazov.

Terapia endocrină pentru persoanele cu disforie de gen/ incongruență de gen: Recomandările clinice practice ale Societății de Endocrinologie*

Wylie C. Hembree (1), Peggy T. Cohen-Kettenis (2), Lewis Guren (3), Sabine Hannema (4), Walter J. Meyer (5), M. Hassan Murad (6), Stephen M. Rosenthal (7), Joshua D. Seifer (8), Vin Tengprich (9) și Guy G. T'Shyun (10)

1. Spitalul Presbiterian din New York, Centrul Medical al Universității Columbia, New York, NY 10032 (pensionar);
2. Centrul Medical Universitar Gratuit din Amsterdam, 1007 MB, Amsterdam, Olanda (pensionar);
3. Centrul Medical Universitar Gratuit din Amsterdam, 1007 MB, Amsterdam, Olanda (pensionar);
4. Centrul Medical al Universității Leiden 2300 RC Leiden, Olanda
5. Universitatea Medicală din Texas, Galveston, TX 77555;
6. Centrul de Practică Bazată pe Dovezi al Clinicii Mayo, Rochester, Minnesota 55905;
7. Spitalul pentru Copii Benioff pe lângă Universitatea din California, San Francisco, California, 94143;
8. Facultatea de Medicină a Universității din Boston, Boston, MA 02118;
9. Facultatea de Medicină a Universității Emory și Centrul Medical al Biroului pentru Afacerile
10. Veteranilor, Atlanta, GA 30322 și
11. Spital pe lângă Universitatea din Ghent, 9000 Ghent, Belgia

*Organizațiile co-sponsorizatori: Asociația Americană a Endocrinologilor Clinici, Societatea Andrologică Americană, Societatea Europeană de Endocrinologi Pediatrici, Societatea Europeană de Endocrinologie, Societatea Endocrinologilor Pediatrici, Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen.

Adnotare

Scop: actualizarea publicației „Terapia endocrină a persoanelor trans: recomandările clinice practice ale Societății Endocrinologice”, publicată de Societatea Endocrinologică în 2009.

Participanți: un grup de lucru din 9 experți, un metodolog și un scriitor medical numit de Societatea Endocrinologică.

Dovezi: Aceste recomandări bazate pe dovezi au fost elaborate folosind sistemul de notare GRADE pentru a descrie puterea recomandării și calitatea dovezilor. Două revizuri sistematice au fost efectuate la comanda grupului de lucru și s-au utilizat datele din alte revizuri sistematice publicate și studii separate.

Procesul de reconciliere: Opiniile au fost coordonate prin organizarea sesiunilor de grup, teleconferințelor și schimburilor de mesaje e-mail. Variantele preliminare ale recomandărilor au fost evaluate și comentate de comitetele Societății Endocrinologice, de membrii acesteia și de organizațiile co-sponsorizatori.

Concluzie: Îngrijirea medicală afirmativă de gen necesită o abordare interdisciplinară, în care endocrinologia joacă un rol important. Persoanele cu disforie/incongruență de gen apelează, se adresează la endocrinologi pentru a forma caracteristicile fizice ale genului pentru afirmare. Acestea necesită scheme de terapie hormonală sigure și eficiente pentru (1) suprimarea secreției de hormoni endogeni corespunzători sexului genetic/gonadal și (2) menținerea nivelurilor de hormoni sexuali în intervalul normal pentru genul în afirmare al pacientului. Administrarea terapiei hormonale pentru copiii cu disforie/incongruență de gen care nu au ajuns la pubertate nu este recomandată. Medici care prescriu terapie endocrină afirmativă de gen - medici instruiți pentru a face un diagnostic (obligatoriu), specialiști în sănătate mintală pentru adolescenți (obligatoriu) și specialist în sănătate mintală pentru adulți (recomandat) - trebuie să posede cunoștințele necesare privind criteriile de diagnostic și criteriile pentru prescrierea măsurilor de terapie afirmativă de gen, să aibă calificări și experiență suficiente în domeniul evaluării psihopatologiei și să fie gata să însoțească tranziția endocrină transgen. Recomandăm suprimarea cu administrarea antagoniștilor ai hormonului de eliberare a gonadotropinei pentru adolescenții cu disforie/incongruență de gen care au atins etapa de pubertate 2 pe scara Tanner. Medicii pot prescrie terapia hormonală

afirmativă de gen după ce o echipă medicală multidisciplinară confirmă persistența disforiei/incongruenței de gen și a capacității pacientului de a da consimțământul informat pentru această terapie parțial ireversibilă. Majoritatea adolescenților ating această capacitate până la vârsta de 16 ani. Admitem posibilitatea existenței a motivelor convingătoare pentru începerea terapiei cu hormoni sexuali înainte de vârsta de 16 ani, în ciuda faptului că există foarte puține date publicate despre această terapie la adolescenții cu vârsta sub 13,5-14 ani. Recomandăm ca terapia pentru adolescenții care intră în pubertate și adolescenții mai în vârstă să fie însoțită de o echipă interdisciplinară compusă din specialiști medicali și din domeniul sănătății mintale. Medicul curant trebuie să valideze criteriile de prescriere a terapiei utilizate de specialistul din domeniul sănătății mintale și trebuie să colaboreze cu acesta în luarea deciziilor cu privire la intervenția chirurgicală afirmativă de gen pentru adolescenții mai în vârstă. În cazul îngrijirii adulților cu disforie/incongruență de gen, medicii curanți (în general) trebuie să fie calificați în domeniul de aplicare a criteriilor de diagnostic specifice pentru transgeneritate, sănătatea mintală, asistența primară, terapia hormonală și intervențiile chirurgicale, după cum este adecvat nevoilor pacientului. Vă sugerăm să mențineți nivelurile hormonale adecvate genului pacientului în cadrul normei fiziologice, precum și să monitorizați posibilele riscuri și complicații. În cazurile în care sunt necesare doze mari de steroizi sexuali pentru a suprima steroizii sexuali endogeni și la vârsta înaintată, medicilor li se recomandă să ia în considerare posibilitatea îndepărtării chirurgicale a glandelor sexuale în combinație cu o scădere a dozelor de steroizi sexuali administrați. Medicii trebuie să monitorizeze riscurile de apariție a cancerului organelor de reproducere neexcizate la bărbații transgen (cu sexul feminin atribuit la naștere) și femeile transgen (cu sexul masculin atribuit la naștere). În plus, medicii trebuie să monitorizeze îndeaproape efectele secundare adverse ale terapiei cu steroizi sexuali. La efectuarea intervențiilor chirurgicale afirmative de gen la adulți, medicul curant trebuie să coopereze cu medicul care a îndreptat pacientul și să valideze criteriile pentru prescrierea intervenției. Medicii trebuie să evite dăunarea (prin organizarea terapiei hormonale) persoanelor condiția cărora nu este disforie/incongruență de gen și cărora nu sunt recomandate modificările fizice asociate acestei terapii.

Corpusul de recomandări

1.0 Examinarea diagnostică a tinerilor și adulților

1.1. Recomandăm ca diagnosticul “disforie/incongruență de gen” la adulți să fie pus numai de către specialiști instruiți din domeniul sănătății mintale care îndeplinesc următoarele criterii: (1) competență în utilizarea Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor mintale (DSM) și/sau Clasificarea Internațională a Bolilor și a Problemelor Conexede de Sănătate (ICD) în scopuri diagnostice, (2) capacitatea de a pune diagnostic “disforie/incongruență de gen” și a efectua diagnosticul diferențial cu alte condiții care prezintă simptome similare (de exemplu, dismorfofobia), (3) instruirea în diagnosticarea bolilor psihiatrice, (4) capacitatea de a oferi asistență sau de a îndrepta pacienții pentru îngrijire, (5) capacitatea din punct de vedere psihosocial de a evalua nivelul de înțelegere și sănătatea mintală a persoanei, precum și condițiile sociale care pot afecta terapia hormonală afirmativă de gen și (6) participarea regulată la conferințe oficiale în acest domeniu. (Recomandare de bune practici fără evaluare)

1.2. Recomandăm ca diagnosticul “disforie/incongruență de gen” la copii și adolescenți să fie pus numai de către specialiști instruiți în sănătate mintală care îndeplinesc următoarele criterii: (1) formare în domeniul psihologiei și psihopatologiei a dezvoltării copilului și adolescentului, (2) competență în utilizarea DSM și/sau ICD în scopuri diagnostice, (3) capacitatea de a pune diagnostic “disforie/incongruență de gen” și a efectua diagnosticul diferențial cu alte condiții care au simptome similare (de exemplu, dismorfofobia), (4) instruirea în diagnosticarea bolilor psihiatrice, (5) capacitatea de a oferi asistență sau de a îndrepta pacienții pentru îngrijire, (6) capacitatea din punct de vedere psihosocial de a evalua nivelul de înțelegere și sănătatea mintală a persoanei, precum și condițiile sociale care pot afecta terapia hormonală afirmativă de gen, (7) participarea regulată la conferințe oficiale în acest domeniu, (8) cunoașterea criteriilor de prescriere a terapiei hormonale supresive a pubertății și afirmative de gen la adolescenți. (Recomandare de bune practici fără evaluare)

1.3. Recomandăm ca deciziile privind tranziția socială a copiilor prepubertali cu disforie/incongruență de gen să fie luate cu implicarea unui specialist în sănătate mintală sau a altui profesionist cu experiență. (Recomandare de bune practici fără evaluare)

1.4. Nu recomandăm prescrierea terapiei supresive a pubertății și a

terapii hormonale afirmative de gen la copiii prepubertali cu disforie/incongruență de gen. (1 |**)

1.5. Recomandăm ca medicul să informeze și să sfătuiască toate persoanele care se adresează pentru proceduri medicale afirmative de gen cu privire la posibilitățile de menținere a potențialului reproductiv înainte de începutul suprimării a pubertății la adolescenți și înainte de inițierea terapiei cu hormoni ai genului pentru afirmare la adolescenți și adulți. (1 |***)

2.0 Terapia adolescenților

2.1. Sugerăm ca adolescenții care îndeplinesc criteriile de diagnostic al „disforiei/incongruenței de gen” și condițiile pentru efectuarea terapiei, precum și cei care doresc să efectueze terapie, să treacă terapie pentru suprimarea pubertății. (2 |**)

2.2. Sugerăm să fie începută terapia hormonală care suprimă pubertatea după apariția primelor modificări pubertare la fete și băieți. (2 |**)

2.3. Recomandăm să fie utilizați analogi GnRH pentru a suprima hormonii care cauzează pubertatea. (1 |**)

2.4. La adolescenții care sunt gata să înceapă terapia cu hormoni sexuali (luând în considerare ireversibilitatea parțială a rezultatelor sale), recomandăm începerea terapiei cu doze în creștere treptată după ce o echipă interdisciplinară de specialiști medicali și de sănătate mintală confirmă persistența „disforiei/incongruenței de gen” și prezența unei capacități mintale suficiente pentru a da consimțământul informat, pe care majoritatea adolescenților îl ating spre vârsta de 16 ani. (1 |**)

2.5. Recunoaștem posibilitatea existenței unor motive puternice pentru inițierea terapiei cu hormoni sexuali înainte de vârsta de 16 ani la unii adolescenți cu disforie/incongruență de gen, în ciuda faptului că au fost publicate foarte puține cercetări privind utilizarea terapiei hormonale afirmative de gen la adolescenții cu vârsta sub 13.5-14 ani. La fel ca în cazul adolescenților care au atins 16 ani, recomandăm ca decizia de a iniția această terapie să fie luată de o echipă interdisciplinară de specialiști din domeniul sănătății mintale și medicale. (1 |*)

2.6. Sugerăm să fie evaluată dezvoltarea clinică a pubertății la fiecare 3-6 luni și să măsoarați valorile de laborator la fiecare 6-12 luni în timpul terapiei cu hormoni sexuali. (2 |**)

3.0 Terapia hormonală pentru adulții transgen

3.1. Recomandăm ca medicii curanți să confirme criteriile de diagnostic pentru „disforie/incongruență de gen”, precum și criteriile de admitere și pregătire a pacientului pentru faza endocrină a tranziției transgen, înainte de începerea terapiei. (1 |***)

3.2. Recomandăm ca medicii curanți să efectueze o examinare și să ia măsuri în condițiile care pot fi agravate de lipsa hormonilor sexuali și a terapiei cu hormoni sexuali de genul pentru afirmare înainte de a începe terapia. (1 |***)

3.3. Sugerăm ca medicii curanți să măsoare nivelul hormonilor în timpul terapiei pentru a asigura suprimarea steroizilor sexuali endogeni și pentru a menține nivelurile de steroizi sexuali injectați în cadrul normei fiziologice pentru genul afirmat. (2 |**)

3.4. Invităm endocrinologii să informeze persoanele transgen care urmează terapie cu privire la momentul apariției și dezvoltarea modificărilor fizice cauzate de terapia cu hormoni sexuali. (2 |*)

4.0. Prevenirea efectelor adverse și supravegherea pe termen lung

4.1. Propunem să fie efectuată o evaluare clinică regulată a modificărilor fizice și a unei posibile reacții negative a organismului la administrarea de hormoni steroizi sexuali, precum și controlul de laborator al nivelului de steroizi sexuali la fiecare 3 luni în primul an de terapie hormonală și apoi o dată sau de două ori pe an. (2 |**)

4.2. Sugerăm să fie monitorizat periodic nivelul de prolactină la femeile transgen în terapia cu estrogeni. (2 |**)

4.3. Sugerăm ca medicii curanți să evalueze riscul apariției bolilor cardiovasculare la pacienții transgen care administrează hormoni, cu ajutorul analizei a profilurilor lipidice pe nemâncate, screening al diabetului și/sau altor instrumente de diagnostic. (2 |**)

4.4. Recomandăm ca medicii curanți să măsoare densitatea minerală osoasă (DMO) dacă există factori de risc pentru osteoporoză, în special la pacienții care au întrerupt terapia hormonală sexuală după îndepărtarea gonadelor. (1 |**)

4.5. În absența datelor despre un risc înalt de a dezvolta cancer de sân,

sugerăm ca femeile transgen să fie supuse unui screening al patologiei glandelor mamare în conformitate cu recomandările pentru femeile care nu sunt transgen. (2 |**)

4.6. Sugerăm ca femeile transgen să fie supuse unui screening pentru bolile de prostată în funcție de riscul individual de a dezvolta patologie și cancer de prostată. (2 |***)

4.7. Recomandăm ca medicii curanți să determine necesitatea medicală de efectuare a histerectomiei și ooforectomiei complete. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

5.0 Reconfigurarea genitaliilor și intervenții chirurgicale afirmative de gen

5.1. Recomandăm ca o intervenție chirurgicală afirmativă de gen să fie luată în considerare numai după ce specialistul în sănătatea mintală și medicul care supraveghează tranziția endocrină transgen sunt de acord cu necesitatea medicală a intervenției chirurgicale și probabilitatea unui rezultat favorabil pentru sănătatea generală și bunăstarea pacientului. (1 |**)

5.2. Sugerăm ca problema intervenției chirurgicale afirmative de gen la organele genitale să fie luată în considerare nu mai devreme de peste 1 an de terapie hormonală continuă și efectuată corespunzător, cu excepția cazului în care pacientul nu dorește terapia hormonală sau are contraindicații medicale pentru ea. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

5.3. Recomandăm ca medicul care efectuează terapie endocrină, împreună cu medicul curant, să confirme că nu există contraindicații medicale pentru efectuarea operației și să coordoneze cu chirurgul administrarea hormonilor în timpul intervenției și în perioada postoperatorie. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

5.4. Recomandăm ca medicii curanți să trimită persoanele transgen supuse terapiei hormonale la intervenții chirurgicale genitale atunci când: (1) a avut loc o schimbare reușită a rolului social al pacientului, (2) pacientul este mulțumit de efectele terapiei hormonale și, (3) pacientul dorește modificări chirurgicale ireversibile. (1 |*)

5.5. Sugerăm medicilor curanți să nu trimită pacienții la intervenții chirurgicale care implică îndepărtarea gonadelor și/sau histerectomia până când pacientul nu împlinește vârsta de 18 ani sau vârsta majoratului legal în

țară. (2 |**)

5.6. Sugerăm ca medicii curanți, atunci când stabilesc disponibilitatea pentru intervenția chirurgicală a sânilor la bărbații transgen, să se bazeze pe nivelul de sănătate fizică și mintală a acestora din urmă. Nu există dovezi suficiente pentru a susține cerința ca un pacient să atingă o anumită vârstă. (2 |*)

Modificările față de recomandările anterioare

Recomandările date și Recomandările emise în 2009 conțin capitole similare. În continuare sunt enumerate capitolele incluse în Recomandările date și numărul corespunzător de recomandări:

Introducere,
examinarea diagnostică a tinerilor și adulților (5),
terapia adolescenților (6),
terapia hormonală pentru adulții transgen (4),
prevenirea efectelor adverse și observație pe termen lung (7) și
reconfigurarea genitaliilor și intervenții chirurgicale afirmative de gen (6).

Introducerea Recomandărilor date actualizează clasificarea diagnostică a disforiei/incongruenței de gen. De asemenea, se examinează dezvoltarea „identității de gen” și se oferă o scurtă descriere a formării sale naturale. Capitolul privind examinarea clinică a tinerilor și adulților detaliază calificările profesionale necesare pentru diagnosticarea și terapia adolescenților și adulților. Recomandăm ca deciziile privind tranziția socială transgen a copiilor care n-au atins vârsta de pubertate să fie luate cu participarea unui specialist în sănătate mintală sau a unui specialist cu experiență profesională similară.

Nu recomandăm efectuarea terapiei hormonale de blocare a pubertății urmată de terapia hormonală afirmativă de gen la copiii sub pubertate. Medicii curanți ar trebui să informeze copiii sub pubertate, adolescenții și adulții care se adresează pentru terapie afirmativă de gen despre posibilitățile de conservare a potențialului reproductiv. Înainte de începerea terapiei, medicii curanți trebuie să efectueze o examinare a prezenței unor afecțiuni care se pot agrava din cauza lipsei hormonilor sexuali și/sau a terapiei. Terapia trebuie supravegheată de o echipă interdisciplinară de specialiști din domeniul sănătății mintale și medicale. Medicii care examinează adulții transgen înainte de a începe terapia endocrină trebuie să confirme diagnosticul de disforie /incongruență de gen persistentă. Medicii ar trebui, de asemenea, să ofere persoanelor transgen informații cu privire la momentul apariției și dezvoltarea modificărilor induse de steroizi. Terapia trebuie să includă monitorizarea periodică a nivelurilor hormonilor și a parametrilor metabolici, precum și o evaluare a densității osoase și a efectelor asupra prostatei, gonadelor și uterului. De asemenea, oferim recomandări persoanelor transgen care planifică o intervenție chirurgicală afirmativă de gen.

Elaborarea recomandărilor clinice practice bazate pe dovezi

Subcomitetul pentru Recomandări Clinice al Societății Endocrinologice a identificat diagnosticul și terapia persoanelor cu disforie/incongruență de gen ca domeniu prioritar pentru revizuire și a numit un grup de lucru pentru a formula recomandări bazate pe dovezi. Grupul de lucru a urmat abordarea recomandată de GRADE (Grupul pentru Gradarea Estimării, Dezvoltării și Evaluării ale Recomandărilor), grupului internațional specializat în elaborarea și aplicarea recomandărilor bazate pe dovezi (1). O descriere detaliată a schemei de evaluare este publicată aici (2). Grupul de lucru a folosit datele din cele mai bune cercetări disponibile pentru a-și dezvolta recomandările. Grupul de lucru a folosit, de asemenea, însemnări lingvistice și grafice specifice în funcție de puterea recomandării și de calitatea dovezilor. Referitor la puterea recomandărilor, în recomandările puternice se folosește formularea „recomandăm” și cifra 1, în timp ce în recomandările slabe se folosește formularea „sugerăm” și cifra 2. Asteriscurile indică calitatea dovezilor, astfel * denotă date de calitate foarte scăzută; ** - de calitate scăzută, *** - de calitate medie; și **** - de calitate înaltă. Membrii grupului de lucru sunt convinși că aderarea la recomandări puternice în timpul terapiei va aduce, în medie, mai mult beneficiu pacienților decât rău. Recomandările slabe implică luarea deciziilor bazate pe o analiză detaliată a situației, intereselor și preferințelor personale ale pacientului. Fiecare recomandare este însoțită de o descriere a datelor disponibile și a evaluărilor care au ghidat grupul de lucru în elaborarea recomandării. În unele cazuri, sunt atașate comentariile membrilor grupului de lucru cu privire la condițiile de testare, dozele și monitorizarea. Aceste note tehnice oferă cele mai cuprinzătoare dovezi disponibile pentru pacientul tipic. Adesea aceste date se bazează pe observații ad hoc ale membrilor echipei și preferințele lor personale; astfel, aceste comentarii trebuie considerate doar ca sugestii.

În Recomandările date au fost incluse câteva sugestii cu privire la importanța luării deciziilor în colaborare, măsurile generale preventive și principiile de bază ale terapiei pentru persoanele transgen. Aceste propuneri au fost etichetate ca „Recomandare de bună practică fără evaluare”. Nu au existat dovezi care să susțină aceste sugestii sau ele nu au fost evaluate în mod sistematic datorită depășirii sferei acestor Recomandări. Aceste propuneri au fost incluse pentru a atrage atenția asupra principiilor de mai sus.

Societatea Endocrinologică controlează strict situațiile de conflicte de interese atunci când elaborează recomandările practice clinice. Toți

membrii echipei sunt obligați să raporteze despre eventualele conflicte de interese atunci când completează formularul de notificare a conflictului de interese. Subcomitetul pentru Recomandările Clinice examinează toate conflictele de interese înainte de aprobarea candidaturilor ale participanților de către Consiliul Societății și periodic pe parcursul dezvoltării ghidului. Restul participanților la procesul de elaborare a recomandărilor trebuie, de asemenea, să dezvăluie orice conflict de interese cu privire la domeniu în cauză, iar prezența conflictelor de interese între aceștia ar trebui să fie minimă. Toate rapoartele privind conflictele de interese referitoare la aceste Recomandări date au fost revizuite și orice conflicte de interese găsite au fost rezolvate sau reglate de către Subcomitetul pentru Recomandările Clinice și grupul de lucru.

Este considerată drept conflict de interese orice sumă de remunerare primită de la structurile comerciale; granturi; fonduri de finanțare a cercetării; onorarii pentru consultații; salariu; interese de proprietate [cum ar fi acțiuni și opțiuni pe acțiuni (cu excepția fondurilor investiționale mutuale diversificate)]; onorarii și alte plăți pentru participarea la birourile oratorilor, consiliile consultative sau consiliile de administrație; precum și alte beneficii financiare. Formularele completate sunt disponibile la biroul Societății Endocrinologice.

Dezvoltarea acestor Recomandări a fost finanțată de Societatea Endocrinologică; grupul de lucru nu a primit finanțare sau remunerare de la organizații comerciale sau de altă natură.

Prezentarea generală sistematică efectuată a cercetării

Două prezentări generale sistematice ale cercetării în sprijinul Recomandărilor date au fost efectuate la indicația grupului de lucru. Scopul primei prezentări a fost să rezumăm datele disponibile cu privire la efectul steroizilor sexuali asupra parametrilor lipidici și asupra sistemului cardiovascular al pacienților transgen. În prezentare au fost selectate 29 de cercetări cu un risc moderat de părtinire. La bărbații transgen (cu sexul feminin atribuit la naștere, female to male) a fost identificată o asociere între terapia cu steroizi sexuali și creșterea statistic semnificativă a nivelurilor trigliceridelor în serul sanguin și ale lipoproteinelor cu densitate mică. Nivelurile de lipoproteine cu densitate mare au scăzut semnificativ în toate cazurile ale urmăririi ulterioare. La femeile transgen (cu sexul masculin atribuit la naștere, male to female) nivelul trigliceridelor serice a fost semnificativ crescut fără modificări ale altor parametri. Au fost puține raportări despre infarct miocardic, accident vascular cerebral, tromboembolism venos și deces. Incidența acestor evenimente a fost mai mare la femeile transgen. Cu toate acestea, calitatea datelor a fost destul de scăzută. În a doua prezentare generală au fost generalizate dovezile disponibile cu privire la efectele steroizilor sexuali asupra sănătății țesutului osos la pacienții transgen pe baza a 13 studii selectate. La bărbații transgen nu a fost identificată o diferență statistic semnificativă între valorile DMO ale coloanei lombare, ale colului femural sau ale articulației șoldului la 12 și 24 de luni după începerea terapiei și aceiași indicatori înainte de începerea terapiei hormonale masculinizante. Femeile transgen au arătat o creștere statistic semnificativă a densității țesutului osos la nivelul coloanei lombare la 12 și 24 de luni comparativ cu cele dinainte de începerea terapiei hormonale feminizante. Au fost foarte puține informații cu privire la incidența fracturilor. Calitatea datelor a fost, de asemenea, scăzută.

Introducere

De-a lungul istoriei cunoscute a omenirii au existat bărbați și femei care au simțit (în absența tulburării endocrine) confuzie și suferință în legătură cu plasarea dură și forțată în cadrul dimorfismului sexual. Numeroase discuții sunt în curs de desfășurare în domeniile biologiei, psihologiei, culturii, politicii și sociologiei cu privire la diferite aspecte ale variabilității de gen. Secolul XX a fost marcat de trezirea socială a bărbaților și femeilor care se considerau „încuiați” în corpul strain (3). Magnus Hirschfeld și Harry Benjamin au fost printre primii care au oferit răspunsuri medicale acestor persoane care căutau izbăvire de disconfortul lor profund. Deși termenul „transsexual” a devenit cunoscut pe scară largă după publicarea „Fenomenului transsexualității” lui Benjamin (4), acesta a fost inventat de Hirschfeld în 1923 pentru a descrie persoanele care doreau să trăiască în funcție de identitatea lor de gen simțită spre deosebire de genul atribuit lor (5). Magnus Hirschfeld (6) și alții (4, 7) au descris și alte tipuri de transgeneritate, pe lângă transsexualism. Acești cercetători de mai devreme au sugerat că identitatea de gen a astfel de oameni ocupă o poziție pe un spectru unidimensional, care se întinde de la identitatea complet masculină prin „ceva neutru” la complet feminin. Totuși, această clasificare nu ia în considerare faptul că identitatea de gen a unor persoane poate fi în afară acestui spectru. De exemplu, unii oameni își percep identitatea atât ca feminină, cât și masculină, în timp ce alții resping complet orice clasificare de gen (8, 9). Există, de asemenea, rapoarte despre oameni care se confruntă cu schimbări involuntare continue și rapide ale identității masculine și feminine (10) sau despre bărbați care nu se simt bărbați, dar nu vor să trăiască ca femei (11, 12). În unele țări (de exemplu, Nepal, Bangladesh și Australia) aceste genuri non-masculine și non-feminine sunt recunoscute oficial (13). Cu toate acestea, nu au fost încă elaborate protocoale specifice de terapie pentru aceste grupuri de oameni.

În prezent, în locul termenului „transsexualism” din sistemul de clasificare al Asociației Americane de Psihiatrie, termenul „disforie de gen” este utilizat atunci când se diagnostică persoane care nu sunt de acord cu genul atribuit la naștere (14). Cea mai recentă ediție a ICD-10 a Organizației Mondiale a Sănătății folosește în continuare termenul „transsexualism” atunci când diagnostichează adolescenți și adulți. Cu toate acestea, la dezvoltarea ICD-11, Organizația Mondială a Sănătății a propus termenul „incongruență de gen” (15).

Asistența medicală pentru persoanele cu disforie/incongruență de gen (15) se limitase anterior la utilizarea de tincturi și creme relativ ineficiente. Cu toate acestea, terapia endocrină a atins un nou nivel de eficacitate după sinteza cu succes a testosteronului (în 1935) și dietilstilbestrolului (în 1938). Primele rapoarte despre persoanele cu disforie/incongruență de gen care au suferit terapie hormonală și intervenții chirurgicale afirmative de gen au apărut în presă în a doua jumătate a secolului XX. Asociația Internațională de Disforie de Gen a lui Harry Benjamin (HBIGDA) a fost fondată în 1979 și este acum numită Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen (WPATH). Primele Recomandări WPATH au fost publicate în 1979. Aceste standarde au fost ulterior revizuite de mai multe ori și reprezintă un ghid pentru a ajuta persoanele cu disforie/incongruență de gen (16).

Până în 1975 au fost publicate foarte puține lucrări științifice recenzate privind terapia endocrină pentru persoanele transgen. De atunci, au fost publicate peste două mii de articole despre diferite aspecte ale ajutorării pacienților transgen. Scopul Recomandărilor date este de a formula recomandări și sugestii detaliate pe baza literaturii medicale disponibile și a experienței clinice care le va permite practicienilor să maximizeze beneficiile și să reducă la minimum riscurile în îngrijirea persoanelor cărora li s-a diagnosticat disforie/incongruență de gen.

- O evaluare mai riguroasă a eficacității și siguranței protocoalelor endocrinologice și chirurgicale va fi necesară în viitor. În special, protocoalele de tratament pentru disforie/incongruență de gen ar trebui să includă o evaluare atentă a următoarelor aspecte:
- Efectul supresiei prelungite a pubertății la adolescenți asupra stării țesutului osos, funcției gonadelor și a creierului (inclusiv efectul asupra dezvoltării cognitive, sociale și sexuale); (2) efectul terapiei asupra nivelului de hormoni sexuali endogeni la adulți; (3) criteriile de prescriere și efectul progestinelor și altor substanțe utilizate pentru suprimarea steroizilor sexuali endogeni în timpul terapiei; și (4) riscurile și beneficiile terapiei hormonale afirmative de gen la persoanele transgen mai în vârstă.

Dezvoltarea și implementarea cu succes a acestor protocoale necesită un angajament de colaborare pe termen lung din partea cercetătorilor în sănătate mintală și endocrinologie, studii la scară largă care acoperă diferite țări, utilizând aceleași criterii pentru diagnosticarea și selecția participanților, medicamente, metode de testare și instrumente de evaluare (de exemplu,

Rețeaua Europeană pentru Studiul Incongruenței de Gen) (17, 18).

Terminologia și utilizarea sa variază și continuă să evolueze. Tabelul 1 oferă definiții ale termenilor utilizați în Recomandările date.

Tabelul 1. Definițiile terminologiei utilizate în aceste recomandări

<p>Sex biologic, bărbat și femeie biologică: termenii se referă la caracteristicile fizice ale bărbatului sau femeii. Deoarece aceste trăsături pot să nu coincidă (de exemplu, o persoană cu set cromozomial XY poate avea organe genitale feminine), termenii „sex biologic” și „bărbat/femeie biologică” nu sunt suficient de exacti și ar trebui evitați.</p>
<p>Terapia de afirmare a genului (hormonală): a se vedea Procedurile afirmative de gen.</p>
<p>Disforie de gen: reprezintă disconfortul și anxietatea pe care o persoană o experimentează atunci când identitatea de gen a unei persoane și sexul atribuit persoanei nu se potrivesc complet (vezi Tabelul 2). În 2013, Asociația Americană de Psihiatrie a lansat a cincea ediție a DSM-5, care a înlocuit termenul „tulburare de identitate de gen” cu termenul „disforie de gen” și a schimbat criteriile de diagnostic.</p>
<p>Expresie de gen: se referă la expresia externă a genului exprimată prin nume, pronume utilizate, îmbrăcăminte, coafură, comportament, voce și caracteristici corporale. De obicei, persoanele transgen încearcă să-și alinieze expresia de gen cu identitatea lor de gen, mai degrabă decât cu genul atribuit.</p>
<p>Identitatea de gen/simțul de sine al genului: se referă la simțul interior și profund al identității de gen. Identitatea de gen a persoanelor transgen nu se potrivește cu genul atribuit lor la naștere. Majoritatea persoanelor au identitatea de gen a unui bărbat sau a unei femei (băiat sau fată). Identitatea de gen a unor persoane nu se încadrează în aceste două opțiuni. Spre deosebire de expresia de gen (a se vedea mai sus), identitatea de gen nu este vizibilă pentru alții.</p>

Tulburare de identitate de gen: termenul a fost folosit pentru a desemna disforie /incongruență de gen în edițiile anterioare ale DSM (vezi Disforia de gen). Acest termen este încă folosit în ICD-10 la diagnosticarea copiilor, dar în ediția viitoare a ICD-11 se propune înlocuirea acestuia cu „incongruență de gen la copii”.

Incongruență de gen: un termen umbrelă pentru cazurile în care identitatea de gen și/sau expresia de gen sunt incompatibile cu sexul atribuit. De asemenea, se sugerează utilizarea termenului „incongruență de gen” pentru a face referire la diagnosticile legate de identitatea de gen în ICD-11. Nu toate persoanele cu incongruență de gen experimentează disforie de gen sau caută terapie.

Variabilitatea de gen: a se vedea Incongruență de gen.

Proceduri afirmative de gen: se referă la procedurile medicale care vizează alinierea corpului la simțul de sine al genului prin terapie hormonală sau intervenție chirurgicală. Se mai numește și “terapia afirmativă de gen”

Chirurgie afirmativă de gen: se referă la aspectele chirurgicale ale terapiei afirmative de gen.

Rolul de gen: denotă comportamentul, atitudinile și trăsăturile de personalitate percepute de societate (într-o anumită cultură și la un anumit interval istoric) ca masculine sau feminine, considerate tipice unui rol social masculin sau feminin sau asociate acestuia.

Sex atribuit la naștere: termenul se referă la sexul atribuit unei persoane la naștere, de obicei pe baza structurii organelor genitale externe.

Sex: Termenul se referă la caracteristicile biologice caracteristice bărbaților sau femelelor. Cele mai cunoscute dintre aceste trăsături sunt genele care determină sexul, cromozomii sexuali, gena anti-HY, glandele sexuale, hormonii sexuali, organele genitale interne și externe și caracteristicile sexuale secundare.

Orientare sexuală: termenul descrie o atracție fizică și emoțională susținută față de o altă persoană. Identitatea de gen și orientarea sexuală sunt fenomene diferite. Indiferent de identitatea de gen, persoanele transgen pot fi atrase de femei (ginefile) sau bărbați (androfile), pot fi bisexuale, asexuale sau se autoidentifică ca queer.

Transgen: un termen umbrelă pentru persoanele a căror identitate de gen și/sau expresie de gen diferă de cele asociate în mod obișnuit cu sexul atribuit lor la naștere. Nu toate persoanele transgen au nevoie de terapie.

Bărbat trans (de asemenea: FtM - feminin-la-masculin): se referă la persoanele cu un sex feminin atribuit la naștere care au o identitate masculină și trăiesc ca bărbați.

Femeie trans (de asemenea: MtF - masculin-la-feminin): se referă la persoanele cu sex masculin atribuit la naștere care au o identitate feminină și trăiesc ca femeile.

Tranziția transgen: se referă la procesul unei persoane transgen care își schimbă caracteristicile fizice, sociale și/sau juridice în conformitate cu identitatea de gen declarată. Copiii sub pubertate pot face o tranziție socială transgen.

Transsexual: un termen timpuriu care a provenit din comunitatea medicală și psihologică și a fost folosit pentru a se referi la persoanele care au făcut o tranziție transgen prin intervenție medicală sau care doresc să o facă.

Cisgender: termenul înseamnă „nu transgen”. Persoanele care nu sunt transgen pot fi, de asemenea, denumite „netransgen”.

Tabelul 2. Criteriile de diagnostic pentru disforia de gen/incongruența de gen la adolescenți și adulți conform DSM-5

A. Discrepanță severă între conștiința de sine/expresia de gen și genul nașterii timp de cel puțin 6 luni, manifestată în cel puțin două dintre următoarele caracteristici:
1. Nepotrivire marcată între simțul/expresia de gen și caracteristicile sexuale primare și/sau secundare (sau, la începutul pubertății, apariția preconizată a caracteristicilor sexuale secundare)
2. O dorință puternică de a scăpa de caracteristicile sexuale primare și/sau secundare datorită inconsistenței lor pronunțate cu simțul/expresia de gen (sau, la începutul pubertății, dorința de a preveni dezvoltarea caracteristicilor sexuale secundare așteptate)
3. Dorință puternică de a dobândi caracteristici sexuale primare și/sau secundare ale unui gen diferit
4. Dorință puternică de a aparține unui gen diferit (sau unui gen diferit de cel atribuit)
5. O dorință puternică de a fi perceput ca membru al unui gen diferit (sau altui gen decât cel atribuit)
6. Credință puternică în a avea sentimente și reacții tipice de alt gen (sau altui gen decât cel atribuit)
B. Această condiție este asociată cu suferințe semnificative clinic sau deteriorări ale calității vieții în domeniul social, profesional sau în alte domenii.
Clarificați dacă:
1. Condiția este însoțită de o încălcare a formării sexului.
2. Condiția este prezentă după tranziția transgen, adică pacientul trăiește permanent în conformitate cu sexul dorit (care a fost sau nu a fost modificat legal) și a finalizat (sau intenționează să treacă) cel puțin o intervenție medicală sau curs de terapie legați de apartenență la un sex, cum ar fi terapia regulată cu hormoni sexuali sau intervenția chirurgicală pentru afirmarea genului dorit (de exemplu, penectomie, vaginoplastie la născuți ca bărbați; mastectomie sau faloplastie la născute ca femei).
Referință: Asociația Americană de Psihiatrie (14)..

Tabelul 3. Criterii pentru transsexualism conform ICD-10

Transsexualism (F64.0) are trei criterii:
1. Dorința de a trăi și de a fi acceptat de societate ca persoană de sex opus, adesea însoțită de dorința de a-și aduce corpul în conformitate maximă cu genul dorit prin intervenții chirurgicale și terapie hormonală;
2. Identificarea cu sexul biologic opus este menținută timp de cel puțin 2 ani;
3. Această afecțiune nu este un simptom al oricărei tulburări mintale, anomalii genetice sau cromozomiale, sau o trăsătură a sexului intersex.

Factorii biologici care afectează dezvoltarea identității de gen

Simțul de sine al unei persoane ca bărbat sau femeie se schimbă treptat pe parcursul copilăriei. Acest proces de cunoaștere cognitivă și emoțională are loc în interacțiunea cu părinții, colegii și mediul. Cursul acestui proces are un interval de timp destul de clar (9). Cu toate acestea, literatura normativă psihologică nu reflectă termenii și factorii consolidării finale a identității de gen, precum și factorii dezvoltării identității de gen în cazurile de incongruență cu genul educației. Rezultatele studiilor din diferite domenii biomedicale - genetică, endocrinologie și neuroanatomie - indică faptul că identitatea de gen și/sau expresia de gen (20) este cel mai probabil rezultatul unei interacțiuni complexe de factori biologici, influențe de mediu și factori culturali (21, 22).

Au fost făcute observații similare cu privire la efectul potențial al androgenilor asupra dezvoltării identității de gen la persoanele cu alte tipuri de tulburări de formare a sexului. De exemplu, un studiu efectuat pe două grupuri de persoane cu un set de cromozomi de 46,XY și sinteza androgenilor afectați, crescut la un gen feminin, a arătat că proporția celor care aveau o identitate masculină transgen în aceste grupuri variază de la 56% la 63% și de la 39% la 64%, respectiv. De asemenea, printre persoanele cu un set de cromozomi de 46,XY, născut cu extrofie cloacală și ageneză a penisului, crescute la genul feminin, proporția bărbaților transgen a fost semnificativ mai mare decât media din populație (30, 31). Cu toate acestea, faptul că o proporție semnificativă a persoanelor cu această afecțiune nu au abandonat genul atribuit sugerează că și factorii culturali joacă un rol.

În ceea ce privește relația dintre genetică și identitate de gen, mai multe studii indică posibila ereditare a disforiei/incongruenței de gen (32, 33). În special, un studiu realizat de Haylens și colab. (33) a demonstrat un grad de concordanță de 39,1% în 23 de perechi de gemeni monoziгоți în ceea ce privește tulburarea de identitate de gen (pe baza criteriilor DSM-IV), dar nu a fost găsită nicio concordanță în 21 de perechi de gemeni dizigotici de același sex și 7 perechi de gemeni dizigotici de sex opus. În ciuda încercărilor unor numeroși cercetători de a identifica relația dintre disforia/incongruența de gen și genele specifice, studiile nu au fost reproductibile și nu au dezvăluit modele statistice semnificative (34-38).

În studiile axate pe structurile creierului, s-au găsit diferențe între structura cerebrală a persoanelor cu disforie/incongruență de gen și grupuri de control de bărbați și femei pentru diferiți parametri, cu toate acestea, nu s-a găsit inversarea sexuală completă a structurilor creierului (39).

Rezumând cele de mai sus, în ciuda lacunelor semnificative în înțelegerea factorilor care influențează formarea identității de gen și exprimarea acesteia, există dovezi puternice că atât factorii biologici, cât și cei externi influențează acest aspect fundamental al dezvoltării umane.

Istoria naturală a copiilor cu disforie de gen/incongruență de gen

Nivelul actual de cunoaștere nu ne permite să prezicem rezultatul dezvoltării psihosexuale a unui anumit copil. Studiile longitudinale prospective arată că disforia/incongruența de gen din copilărie nu persistă întotdeauna în adolescență și la maturitate (așa-numiți „încetați”). Rezumând cercetările disponibile, se poate concluziona că disforia/incongruența de gen care a apărut în perioada prepubertară persistă în adolescență într-o minoritate de cazuri (20, 40). Un număr semnificativ de adolescenți „încetați” se definesc ca fiind homosexuali sau bisexuali. Este posibil ca, din cauza amplitudinii suficiente a criteriilor de diagnostic DSM-IV, copiii care au prezentat doar unele caracteristici neconforme genului să fi fost incluși în cadrul studiilor pe termen lung. Cu toate acestea, pare mai probabil ca manifestările disforiei/incongruenței de gen să persiste până la adolescență dacă acestea au fost exprimate sever în copilărie (41, 42). Este posibil ca studiile viitoare care utilizează noile criterii DSM-5 mai stricte să demonstreze diferiți indicatori de rezistență.

1.0 Examinarea diagnostică a tinerilor și adulților

Asistența medicală pentru persoanele cu disforie/incongruență de gen este o sarcină interdisciplinară. După examinarea și informarea pacientului și stabilirea unui diagnostic, terapia poate include psihoterapia și consilierea psihologică, terapia hormonală și/sau intervenții chirurgicale. În colaborare cu profesioniștii din domeniul sănătății mintale, medicii care prescriu hormoni, trebuie evaluat impactul psihosocial al potențialelor schimbări asupra vieții pacienților, inclusiv asupra sănătății lor mintale, a prieteniei, a mediului familial, a muncii și a statutului social. Medicii ar trebui să încurajeze persoanele transgen să încerce noi roluri de gen pentru a înțelege cum acest lucru va duce la o îmbunătățire a calității vieții. Deși acest ghid se concentrează pe terapia hormonală afirmativă de gen, colaborarea cu profesioniștii care însoțesc alte aspecte ale tranziției transgen vor contribui la un rezultat de succes.

Examen diagnostic și psihoterapie

Disforia/incongruența de gen poate fi însoțită de probleme psihologice sau psihiatrice (43-51). Prin urmare, este imperativ ca medicii care prescriu hormonii implicați în diagnostic și evaluarea psihosocială să îndeplinească următoarele criterii: (1) Competență în utilizarea Manualului de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (DSM) și/sau a Clasificării internaționale a bolilor și problemelor de sănătate (ICD) în scopuri diagnostice, (2) capacitatea de a diagnostica disforia/incongruența de gen și diagnosticul diferențiat cu alte afecțiuni care au simptome similare (de exemplu, tulburare dismorfică a corpului), (3) instruire în diagnosticul psihiatric, (4) capacitatea de a oferi îngrijire sau de a îndruma pacienții pentru îngrijire, (5) capacitatea de a evalua psihosocial nivelul de înțelegere și sănătatea mintală a unei persoane, precum și condițiile sociale care pot afecta desfășurarea terapiei hormonale afirmative de gen și (6) participarea regulată la conferințe profesionale în acest domeniu.

Având în vedere vulnerabilitatea psihosocială a multor persoane cu disforie/incongruență de gen, este important să ne asigurăm că consilierea și psihoterapia sunt disponibile înainte și în timpul tranziției transgen și, uneori, după finalizarea acesteia. Diagnosticul copiilor și adolescenților trebuie efectuat de un specialist cu pregătire/experiență profesională în dezvoltarea sexuală a copilului și adolescentului (precum și psihopatologia copilului și adolescentului), deoarece evaluarea disforiei/incongruenței de gen la copii

și adolescenței este adesea extrem de dificilă.

În procesul de diagnostic, medicul colectează informații de la persoana care a aplicat pentru terapie afirmativă de gen. La diagnosticarea adolescenților, medicul colectează, de asemenea, informații de la părinți sau tutori cu privire la diferite aspecte ale dezvoltării generale și psihosexuale a copilului și a stării sale actuale. Pe baza informațiilor primite, medicul:

- determină dacă pacientul îndeplinește criteriile pentru numirea în terapie (vezi tabelele 2 și 3) pentru disforia/incongruența de gen (DSM-5) sau transsexualismul (DSM-5 și/sau ICD-10);

- informează pacientul despre posibilitățile și limitările diferitelor tipuri de terapie (hormonală/chirurgicală și non-hormonală) și, dacă pacientul este pregătit pentru terapie, oferă informații fiabile pentru a preveni așteptările supraestimate;

- evaluează posibilitatea unui rezultat psihologic și social nefavorabil al intervențiilor medicale pentru pacient.

În cazul în care psihopatologia gravă, circumstanțele concomitente sau ambii factori complică diagnosticul sau reduc probabilitatea succesului terapiei, medicul trebuie să asiste pacientul în soluționarea acestor probleme. Pe baza cazurilor de dezamăgire postoperatorie descrise în literatură, se poate concluziona că, pe lângă calitatea slabă a intervențiilor chirurgicale, bolile psihiatrice grave concomitente și lipsa de sprijin pot preveni un rezultat reușit (52-56).

Procedura de diagnostic la adolescenți include, de obicei, psihodiagnostic complet (57), precum și o evaluare a capacității lor de a lua decizii. În plus, etapa de diagnostic ar trebui să includă o evaluare a toleranței la stres a membrilor familiei pacientului, precum și disponibilitatea acestora de a oferi sprijin și de a participa la rezolvarea dificultăților asociate cu situația pacientului (58).

Tranziția socială transgen

Schimbarea expresiei și rolului de gen (care poate include trăirea în concordanță cu identitatea de gen o parte din timp sau în mod constant) poate fi un test serios pentru hotărârea unei persoane și capacitatea sa de a funcționa în conformitate cu genul aprobat, precum și pentru puterea a suporturilor sale sociale, economice și psihologice. Această experiență ajută

pacientul și medicul său să ia o decizie cu privire la acțiuni ulterioare (16). De-a lungul tranziției sociale, sentimentele unei persoane în legătură cu schimbările din viața sa socială (inclusiv reacțiile altora la aceste schimbări) ar trebui să fie în centrul consilierii psihologice. Momentul optim pentru a începe o tranziție socială depinde de individ. Unii oameni anticipează inițierea terapiei hormonale afirmative de gen pentru a facilita procesul de tranziție socială transgen, dar din ce în ce mai mult, tranziția socială începe cu mult înainte de a fi supusă terapiei hormonale afirmative de gen supravegheată de către medic.

Criterii

Adolescenții și adulții care caută terapie hormonală afirmativă de gen și intervenție chirurgicală trebuie să îndeplinească anumite condiții (16). Condițiile pentru prescrierea terapiei hormonale afirmative de gen la adulți sunt prezentate în Tabelul 4, pentru adolescenți - în Tabelul 5. Studiile pe termen lung în rândul adulților care îndeplinesc aceste criterii au arătat un grad ridicat de satisfacție cu rezultatele (59). Cu toate acestea, calitatea dovezilor este în general scăzută. Mai multe studii pe termen lung la adolescenți au arătat, de asemenea, rezultate bune ale tratamentului (60-63).

Recomandări pentru specialiștii care însoțesc terapia hormonală afirmativă de gen la persoanele cu disforie de gen/incongruență de gen

1.1. Recomandăm ca diagnosticul disforiei/incongruenței de gen la adulți să fie pus numai de către profesioniști instruiți din domeniul sănătății mintale care îndeplinesc următoarele criterii: (1) competență în utilizarea Manualului de diagnosticare și statistic al tulburărilor mintale (DSM) și/sau Clasificarea internațională a bolilor și a problemelor de sănătate conexe (ICD) în scopuri diagnostice, (2) capacitatea de a diagnostica disforia/incongruența de gen și diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni care au simptome similare (de exemplu, tulburarea dismorfică a corpului), (3) formare în diagnosticul bolilor psihiatrice, (4) capacitatea de a oferi îngrijire sau de a îndruma pacienții pentru îngrijire, (5) capacitatea de a evalua psihosocial nivelul de înțelegere și sănătate mintală al unei persoane, precum și condițiile sociale care pot influența terapia hormonală afirmativă de gen și (6) participarea

Таблица 4. Condiții pentru prescrierea terapiei hormonale afirmative de gen la adulți

1. Disforie/incongruență de gen persistentă documentată
2. Abilitatea de a lua decizii complet informate și de a consimți la procedurile medicale
3. Vârsta majoratului în țara dată (dacă pacientul este minor, trebuie utilizate criteriile pentru adolescenți)
4. Condițiile de sănătate mintală, dacă există, ar trebui gestionate corespunzător
Adaptat de la Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen (16)

Таблица 5. Condiții pentru prescrierea terapiei hormonale afirmative de gen la adolescenți

Un adolescent poate fi tratat cu analogi GnRH dacă:
1. Un profesionist calificat din domeniul sănătății mintale a confirmat că: adolescentul a arătat o tendință pronunțată spre neconformitate de gen sau disforie de gen (suprimată sau evidentă) pentru o lungă perioadă de timp, disforia de gen s-a agravat odată cu apariția pubertății, au fost luate măsuri pentru toate probleme concomitente psihologice, medicale sau sociale care pot interfera cu procesul terapeutic (de exemplu, interferând cu aderarea la regimul de tratament), astfel încât situația vieții și starea adolescentului să fie suficient de stabile pentru a începe tratamentul, adolescentul are și capacitate mintală suficientă pentru a da un consimțământ informat pentru acest tip de tratament (reversibil),
2. și adolescentul: a fost informat cu privire la efectele directe și secundare ale terapiei (inclusiv posibila pierdere a fertilității dacă ulterior este supus terapiei cu hormoni sexuali) și posibilitățile de menținere a potențialului reproductiv și a dat consimțământul informat și (mai ales dacă adolescentul are neatinsă vârsta consimțământului medical legal, în funcție de legislația actuală) părinții sau alte tutele au fost de acord cu terapia și sunt pregătiți să sprijine adolescentul pe tot parcursul procesului terapeutic,
3. și un endocrinolog pediatric sau alt medic cu experiență în evaluarea etapelor pubertății: sunt de acord cu numirea terapiei analogice GnRH, a confirmat că pubertatea la acest adolescent a început (etapa 2 pe scara Tanner) și a confirmat că contraindicațiile medicale la terapie GnRH nu există.
Un adolescent poate primi terapie cu hormoni sexuali dacă:

1. Un profesionist calificat în sănătate mintală a confirmat: persistența disforiei de gen, că s-au luat măsuri în legătură cu toate problemele psihologice, medicale sau sociale care pot interfera cu procesul terapeutic (de exemplu, interferând cu aderarea la tratament), astfel încât situația vieții și starea adolescentului suficient de stabile pentru a iniția terapia cu hormoni sexuali, încât adolescentul are suficientă capacitate mintală (pe care majoritatea adolescenților o ating până la vârsta de 16 ani) pentru a evalua consecințele acestui tip de tratament (parțial) ireversibil,

2. și adolescentul: a fost informat cu privire la efectele (ireversibile) directe și secundare ale terapiei (inclusiv posibila pierdere a fertilității și posibilitatea menținerii potențialului reproductiv) și a dat consimțământul informat și (mai ales dacă adolescentul nu a atins vârsta de consimțământ medical legal, în funcție de legislația actuală) părinții sau alte tutele au fost de acord cu terapia și sunt gata să sprijine adolescentul în timpul procesului terapeutic,

3. și un endocrinolog pediatric sau alt medic cu experiență în stimularea pubertății: sunt de acord cu numirea terapiei cu hormoni sexuali și a confirmat că nu există contraindicații medicale pentru terapia cu hormoni sexuali.

Adaptat de la Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen (16)

regulată la conferințe profesionale în acest domeniu. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

1.2. Recomandăm ca diagnosticul de disforie/incongruență de gen la copii și adolescenți să fie prezentat numai de specialiști instruiți în sănătate mintală care îndeplinesc următoarele criterii: (1) formare în psihologie și psihopatologie a dezvoltării copilului și adolescentului, (2) competență în utilizarea DSM și/sau ICD în scopuri diagnostice, (3) capacitatea de a diagnostica disforia/incongruența de gen și diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni care au simptome similare (de exemplu, tulburarea dismorfică a corpului), (4) instruirea în diagnosticul bolilor psihiatrice, (5) capacitatea de a oferi îngrijire sau de a îndruma pacienții pentru îngrijire, (6) capacitatea de a evalua psihosocial nivelul de înțelegere și sănătate mintală al unei persoane, precum și condițiile sociale care pot afecta livrarea terapiei hormonale afirmative de gen și (7) regulat participarea la conferințe profesionale în domeniu și (8) cunoașterea criteriilor de prescriere a terapiei hormonale de suspendare a pubertății și afirmative de gen la adolescenți. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

Dovezi

Persoanele cu dificultăți de identitate de gen pot avea alte probleme psihologice sau psihiatrice (43-48, 50, 51, 64, 65). Din acest motiv, este imperativ ca medicii de diagnostic să poată face diferența între disforia/incongruența de gen și afecțiunile care au simptome similare. Exemple de afecțiuni cu simptome similare pot fi dismorfofobia, tulburarea percepției corpului (o afecțiune în care o persoană percepe o configurație anatomică sănătoasă a corpului său ca fiind incorectă sau inacceptabilă) (66) sau unele forme de eunucism (în care o persoană este bântuită de dorința de castrare și/sau penectomie din motive care nu au legătură cu identitatea de gen) (11). Medicii ar trebui să poată diagnostica corect bolile psihiatrice și să ofere un tratament adecvat, mai ales în cazurile în care aceste condiții pot complica terapia, pot afecta rezultatul terapiei afirmative de gen sau se pot agrava sub influența hormonilor.

Evaluare și priorități

Grupul de lucru a apreciat importanța evitării daunelor cauzate de terapia hormonală la pacienții a căror afecțiune nu este disforia/incongruență de gen și poate să nu se îmbunătățească ca urmare a modificărilor fizice asociate acestei terapii, în timp ce beneficiile potențiale ale terapiei hormonale pentru acești pacienți au fost evaluate scăzut. Aceasta este baza acestei recomandări pentru bune practici.

1.3. Recomandăm ca deciziile privind tranziția socială a copiilor prepubertari cu disforie/incongruență de gen să fie luate cu participarea unui specialist în sănătate mintală sau a unui alt profesionist cu experiență. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

1.4. Nu recomandăm prescrierea terapiei de supresie a pubertății și a terapiei hormonale afirmative de gen la copiii prepubertari cu disforie/incongruență de gen. (1|**)

Dovezi

La majoritatea copiilor, disforia/incongruența de gen diagnosticată în copilărie nu persistă în adolescență. Diferențele în procente de la studiu la studiu pot fi atribuite versiunii DSM utilizate, vârstei pacienților, criteriilor de selecție a studiului și posibil factorilor culturali. În orice caz, în marea majoritate (aproximativ 85%) dintre copiii prepubertari diagnosticați în copilărie, disforia/incongruența de gen nu a persistat în adolescență (20). Copiii care au făcut o tranziție socială completă transgen pot avea dificultăți în a reveni la rolul lor original de gen la intrarea în pubertate (40).

Tranziția socială transgen în copilărie este de obicei asociată cu persistența disforiei/incongruenței de gen pe măsură ce intră în adolescență. Persistența disforiei/incongruenței de gen la debutul pubertății este posibil cel mai devreme semn de transgeneritate în adolescență și maturitate (20). Cu toate acestea, s-a constatat că tranziția socială transgen (pe lângă disforia/incongruența de gen) ca atare poate fi un factor în disforia/incongruența de gen persistentă.

Cu toate acestea, această recomandare nu înseamnă că comportamentul variativ de gen la copii ar trebui suprimat sau pedepsit. În unele cazuri, o

tranziție socială transgen completă la o vârstă fragedă poate duce la un rezultat mai favorabil, dar criteriile de selecție pentru copiii cu disforie/incongruență de gen, cărora li se aplică o astfel de abordare, nu sunt disponibile în prezent. În acest moment, experiența clinică arată că este posibil să se determine în mod fiabil persistența disforiei/incongruenței de gen numai după apariția primelor semne de pubertate.

Evaluare și priorități

Grupul de lucru a apreciat importanța evitării daunelor cauzate de terapia hormonală afirmativă de gen pentru copiii prepubertali cu disforie/incongruență de gen. Acest lucru explică această recomandare puternică, având în vedere calitatea scăzută a dovezilor.

1.5 Recomandăm ca medicul să sfătuiască toate persoanele care solicită proceduri medicale afirmative de gen cu privire la posibilitățile de menținere a potențialului reproductiv înainte de debutul suprimării pubertății la adolescenți și înainte de a începe terapia cu hormoni de gen aprobat la adolescenți și adulți. (1|***)

Observații

Pentru a lua o decizie în cunoștință de cauză și echilibrată, persoanele care iau în considerare posibilitatea de a lua medicamente hormonale cu un scop afirmativ de gen au nevoie de informații fiabile despre acest tip de terapie în general și despre efectul terapiei hormonale asupra fertilității în special (67, 68). Deoarece adolescenții în pubertate timpurie pot să nu fie pregătiți psihologic pentru a lua decizii privind fertilitatea și să înțeleagă consecințele potențiale ale intervențiilor hormonale, părinții lor și alți susținători și specialiștii din domeniul sănătății mintale ar trebui să fie implicați în consimțământul informat. Din câte știm, nu există ajutoare de decizie aprobate oficial care să poată fi utilizate pentru a discuta și lua decizii cu privire la fertilitatea viitoare a adolescenților și adulților care încep terapia hormonală afirmativă de gen.

Utilizarea analogilor GnRH la adolescenți la începutul pubertății va duce la o supresie temporară a spermatogenezei și maturării ovocitelor. Cu un număr tot mai mare de adolescenți transgen care declară dorința de a menține potențialul reproductiv, întârzierea sau oprirea terapiei analogice cu GnRH

pentru a promova maturizarea gameților poate fi o soluție adecvată. Această opțiune este rareori preferată datorită faptului că spermatogeneza matură este asociată cu stadiile tardive ale pubertății și dezvoltarea semnificativă a caracteristicilor sexuale secundare.

La persoanele cu disforie/incongruență de gen și bărbați atribuiți la naștere, care se află în stadiile incipiente ale pubertății, spermatogeneza și dezvoltarea tractului reproductiv sunt insuficiente pentru crioconservarea spermei. Cu toate acestea, suprimarea pe termen lung a pubertății de către analogii GnRH este complet reversibilă, iar medicii ar trebui să informeze aceste persoane despre posibilitatea reluării spermatogenezei după suprimarea prelungită a gonadotropinei. Acest lucru se poate datora restaurării spontane a producției de gonadotropină după întreruperea analogilor GnRH sau ca urmare a terapiei cu gonadotropină și este probabil să fie însoțit de manifestări fizice ale producției de testosteron, în conformitate cu cele de mai sus. Este important de reținut că până în prezent nu există informații despre cât timp este necesar pentru spermatogeneză suficient pentru a asigura reproducerea viitoare în acest grup de populație. La persoanele supuse tratamentului pentru pubertate precoce, spermatogeneza a fost observată între 0,7 și 3 ani după întreruperea analogilor GnRH (69). La bărbații adulți cu deficit de gonadotropină, spermatozoidii din lichidul seminal sunt detectați după 6-12 luni de terapie cu gonadotropină, deși numărul de spermatozoizi la astfel de pacienți în timpul fertilizării este mult mai mic decât nivelul normal (70, 71).

La fete, nu au fost identificate efecte adverse pe termen lung ale terapiei anti-pubertate asupra funcției ovariene (72, 73). Medicii trebuie să le informeze că nu există date cu privire la momentul specific al ovulației spontane sau la răspunsul la stimularea ovulației după suprimarea prelungită a secreției de gonadotropină.

La persoanele cu disforie/incongruență de gen și sex masculin atribuit la naștere, care încep terapia într-un stadiu ulterior al pubertății sau la maturitate, spermatogeneza este deja suficient de matură pentru a fi înghețată. Spermatogeneza în laborator este în prezent studiată. Recuperarea spermatogenezei după expunerea prelungită la estrogen nu a fost studiată.

Nu există claritate în ceea ce privește efectul terapiei pe termen lung cu testosteron exogen asupra funcției ovariene la persoanele cu disforie/incongruență de gen și sex feminin atribuit la naștere. Există dovezi ale unei incidențe mai mari a bolii ovarelor polichistice la bărbații transgen,

atât înainte, cât și după terapia cu androgeni (74-77), deși alte studii nu au confirmat această constatare (78). Există, de asemenea, dovezi ale sarcinii la bărbații transgen care urmează terapie pe termen lung cu androgeni după întreruperea tratamentului cu medicamente pentru testosteron, în cazurile în care organele de reproducere nu au fost îndepărtate (79, 80). Se recomandă consultarea cu un ginecolog-endocrinolog/reproductolog cu privire la posibila conservare a potențialului reproductiv înainte de a începe terapia hormonală afirmativă de gen sau de a efectua intervenții chirurgicale (81). Tehnologiile pentru crioconservarea ovocitelor, embrionilor și țesutului ovarian continuă să se dezvolte și se studiază și maturizarea ovocitelor din țesutul ovarian imatur în condiții de laborator (82).

2.0 Terapia adolescenților

În ultimul deceniu, suferința adolescenților cu disforie/incongruență de gen a câștigat o recunoaștere din ce în ce mai mare din partea comunității medicale. Pentru unele forme de disforie/incongruență de gen, consilierea cu un psiholog este suficientă. Cu toate acestea, pentru mulți adolescenți cu disforie/incongruență de gen, schimbările fizice asociate cu pubertatea sunt insuportabile. Deoarece intervenția medicală timpurie poate preveni vătămarea psihologică, multe clinici au început să practice terapia analogică GnRH pentru a suprima pubertatea la adolescenții cu disforie/incongruență de gen. Comparativ cu cazurile în care terapia afirmativă a genului începe mult mai târziu de apariția modificărilor pubertare, suprimarea pubertății într-un stadiu incipient poate duce la rezultate psihologice și fizice mai favorabile.

La fete primul semn al pubertății este debutul dezvoltării sânilor urmat de o creștere a țesutului glandular și adipos. Dezvoltarea sânilor este, de asemenea, asociată cu creșterea înălțimii de adolescență, iar prima perioadă menstruală are loc aproximativ 2 ani mai târziu. La băieți modificările fizice încep cu creșterea testiculelor. Realizarea unui volum de aproximativ 4 ml de către testicule este considerată începutul pubertății fizice. În stadiile incipiente ale pubertății, nivelurile de estradiol și testosteron rămân scăzute; acestea sunt cel mai bine măsurate dimineața devreme folosind analize ultrasunet. Când volumul testicular atinge 10 ml, nivelul zilnic de testosteron crește, determinând virilizarea organismului (83). Trebuie avut în vedere faptul că apariția părului pubian și/sau a părului și a mirosului la subsuori nu indică neapărat începutul funcției gonadelor; se poate vorbi doar de o creștere a funcției glandelor suprarenale.

2.1. Sugerăm ca adolescenții care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru „disforie/incongruență de gen” și condițiile pentru terapia hormonală (Tabelul 5), precum și cei care doresc să urmeze terapie, să urmeze terapie de supresie preadolescentă. (2 |**)

2.2. Vă sugerăm să începeți terapia hormonală care suprimă pubertatea după primele modificări pubertale la fete și băieți (etapa 2 pe scara Tanner). (2 |**)

Tabelul 6. Etapele de dezvoltare ale glandelor mamare și ale organelor genitale externe masculine conform Tanner

Descrierea etapelor de dezvoltare a glandelor mamare conform Tanner:
1. Dezvoltarea sexuală nu a început
2. Glanda mamară și mamelonul sunt crescute sub forma unui tubercul mic; diametrul areolei este mărit
3. Glanda mamară și areola sunt mărite, conturul este comun
4. Areola și mamelonul formează un tubercul separat
5. Glanda mamară matură; mamelonul iese înainte, areola face parte din conturul general al sânului
Penisul și testiculele:
1. Dezvoltarea sexuală nu a început, volumul testiculelor este de aproximativ 4 ml
2. Mărire ușoară a penisului; scrotul este mărit, de culoare roz, cu textura pielii modificată, volumul testiculelor este de aproximativ 4-6 ml
3. Penisul este prelungit, testiculele sunt mărite (8-12 ml)
4. Penisul și glandul sunt mărite, inclusiv în grosime; testiculele sunt mărite scrotul este întunecat
5. Penis de dimensiuni adulte; volum testicular aproximativ 15 ml
Adaptat din Lawrence (56)..

Dovezi

Suprimarea pubertății poate prelungi semnificativ faza de diagnostic, oferind pacientului posibilitatea de a explora opțiuni și de a experimenta viața în concordanță cu percepția de sine a genului înainte de a fi supus terapiei hormonale afirmative de gen și/sau intervențiilor chirurgicale, dintre care unele sunt ireversibile (84, 85).

Inhibarea pubertății este complet reversibilă, permițând reluarea dezvoltării în funcție de sexul atribuit la naștere la întreruperea tratamentului, dacă este necesar. Trăirea până la pubertate deplină în conformitate cu starea hormonală endogenă este nedorită pentru persoanele cu disforie/incongruență de gen și poate avea consecințe negative grave pentru o funcționare mintală sănătoasă și bunăstare. Există dovezi că terapia cu analogi GnRH la adolescenți cu disforie/incongruență de gen îmbunătățește starea psihologică a pacienților în diferite moduri (86).

Un alt argument în favoarea apariției suprimării secreției hormonilor sexuali endogeni în stadiile incipiente ale pubertății este o îmbunătățire semnificativă a performanței fizice comparativ cu tranziția fizică transgen care a început după sfârșitul pubertății (60, 62). Aspectul care nu corespunde genului în care trăiește o persoană creează obstacole grave și plasează o persoană în condiții nefavorabile pentru tot restul vieții sale. Prin urmare, recomandăm începerea suprimării la începutul pubertății pentru a preveni dezvoltarea ireversibilă a caracteristicilor sexuale secundare nedorite. Cu toate acestea, adolescenții cu disforie/incongruență de gen ar trebui să experimenteze primele semne de dezvoltare sexuală endogenă, deoarece răspunsul lor emoțional la aceste prime modificări fizice are valoare diagnostic pentru confirmarea persistenței disforiei/incongruenței de gen (85). Astfel, atingerea etapei 2 pe scara Tanner este momentul optim pentru a începe suprimarea pubertății. Cu toate acestea, suprimarea pubertății în stadiile incipiente va duce la subdezvoltarea penisului și a scrotului, care poate avea implicații pentru o intervenție chirurgicală viitoare (87).

Terapia de supresie a pubertății poate fi, de asemenea, utilizată la adolescenți din etapele ulterioare ale pubertății pentru a opri menstruația la bărbați transgen și a preveni creșterea părului facial la femei transgen. Cu toate acestea, spre deosebire de efectele terapiei la începutul adolescenței, dezvoltarea caracteristicilor sexuale fizice (cum ar fi dezvoltarea semnificativă a sânilor la băieți transgen, scăderea vocii și creșterea mandibulei și sprâncenelor la fete transgen) este ireversibilă.

Evaluare și priorități

Aceste orientări apreciază foarte mult importanța prevenirii rezultatelor fizice nesatisfăcătoare atunci când caracteristicile sexuale secundare apar în dezvoltare ireversibilă, iar importanța realizării bunăstării psihologice este evaluată ca fiind mai semnificativă decât importanța prevenirii posibilelor vătămări prin suprimarea timpurie a pubertății.

Observații

Tabelul 6 prezintă etapele de dezvoltare a glandelor mamare și a organelor genitale masculine conform scalei Tanner. Monitorizarea atentă a semnelor dezvoltării sexuale va oferi o determinare exactă a timpului adecvat pentru a începe supresia după intrarea în

pubertate. Se recomandă măsurarea nivelurilor de LH și de steroizi sexuali înainte de începerea terapiei pentru a confirma o dezvoltare sexuală suficientă (88). Valorile de referință pentru nivelurile de hormoni sexuali corespunzătoare diferitelor etape pe scara Tanner pot diferi în funcție de metoda de măsurare. Analizele extrem de sensibile ale nivelurilor de steroizi sexuali și gonadotropină vor permite medicilor să determine apariția modificărilor pubertare.

Caracteristicile sexuale ireversibile și, pentru adolescenții cu disforie/incongruență de gen, nedorite care se dezvoltă în timpul dezvoltării sexuale feminine, sunt glandele mamare, tipul corpului feminin și, în unele cazuri, statura destul de scurtă. În dezvoltarea sexuală de tip masculin, acesta este un măr de Adam proeminent, o voce scăzută, o dezvoltare scheletică de tip masculin, incluzând o maxilară inferioară mai mare, mâini și picioare mai mari, statură înaltă și creșterea părului cu model masculin pe față și membre.

2.3. Vă recomandăm să utilizați analogi GnRH pentru a suprima hormonii pubertății. (1 |**)

Dovezi

Pubertatea și funcția gonadală pot fi suprimate în mod eficient prin suprimarea secreției de gonadotropină folosind analogi GnRH. Analogii GnRH sunt agoniști cu acțiune îndelungată, suprimând secreția de gonadotropină prin sibilizarea gingivală a receptorilor GnRH după o creștere inițială a nivelurilor de gonadotropină la aproximativ 10 zile după prima și (într-o măsură mai mică) a doua injecție (89). Antagoniștii duc la suprimarea imediată a secreției de gonadotropină hipofizară (90, 91). Analogii GnRH cu acțiune îndelungată sunt în prezent opțiunea terapeutică preferată. Antagoniștii GnRH cu acțiune îndelungată pot fi considerați o alternativă odată ce sunt disponibile date privind eficacitatea și siguranța lor la adolescenți.

Ca urmare a terapiei cu analogi GnRH, este posibilă inversarea dezvoltării caracteristicilor sexuale secundare apărute recent, în timp ce într-un stadiu ulterior al pubertății, dezvoltarea lor ulterioară se va opri. La fete, țesutul mamar va deveni atrofic, iar menstruația se va opri. La băieți, virilizarea se va

întrerupe și volumul testicular poate scădea (92).

Avantajul utilizării analogilor GnRH este reversibilitatea acestei intervenții. Dacă, după reconsiderarea dorinței sale de a face o tranziție transgen, adolescentul renunță la această intenție, suprimarea pubertății poate fi oprită.

La persoanele cu pubertate prematură, dezvoltarea sexuală spontană reia după retragerea analogilor GnRH (93). Recomandările 2.1 - 2.3 sunt susținute de un studiu longitudinal prospectiv din Olanda. În cadrul acestui studiu, starea psihologică a 55 de adolescenți/tineri transgen (22 fete/fete transgen și 33 băieți/băieți transgen) a fost evaluată în trei etape: (1) înainte de începerea terapiei cu agonist GnRH (vârsta medie la inițierea terapiei 14, 8 ani), (2) la începutul terapiei hormonale afirmative de gen (vârsta medie la inițierea terapiei 16,7 ani) și (3) 1 an după intervenția chirurgicală afirmativă de gen (vârsta medie 20,7 ani) (63). În ciuda scăderii depresiei și a îmbunătățirii sănătății mintale generale, disforia/incongruența de gen a rămas consecventă pe tot parcursul suprimării pubertății, după cum sa raportat anterior (86). Cu toate acestea, după terapia cu hormoni sexuali și intervenția chirurgicală, disforia/incongruența de gen a fost rezolvată și starea psihologică a continuat să se îmbunătățească (63). Mai mult, bunăstarea acestor persoane a fost aceeași sau mai mare decât cea a colegilor medii și niciunul dintre participanții la studiu nu a regretat terapia. Acest studiu este primul studiu pe termen lung al persoanelor tratate în conformitate cu ghidurile actuale de practică clinică pentru tratamentul adolescenților transgen și evidențiază beneficiile abordării multidisciplinare inițiate de Țările-de-Jos; cu toate acestea, astfel de studii ar trebui să continue.

Efecte secundare

Principalele riscuri ale suprimării pubertății la adolescenții cu disforie/incongruență de gen includ efecte negative asupra mineralizării osoase (care, teoretic, poate fi depășită cu terapia cu hormoni sexuali), pierderea fertilității dacă ulterior persoana trece prin terapia cu hormoni sexuali și efecte necunoscute asupra dezvoltarea creierului. Există puține date despre efectul analogilor GnRH asupra DMO la adolescenții cu disforie/incongruență de gen. Datele inițiale pentru persoanele cu disforie/incongruență de gen nu au arătat modificări ale DMO locală absolută și au scăzut scorurile Z după 2 ani de terapie analogică GnRH (85). Cercetări recente sugerează, de asemenea,

o posibilă deficiență în procesul de mineralizare osoasă în timpul terapiei analogice cu GnRH. Acest studiu a arătat o scădere a scorurilor Z locale pentru BMD, precum și scorurile Z relative pentru BMD (luând în considerare dimensiunea osoasă) la 19 băieți transgen tratați cu analogi GnRH, a căror vârstă medie a fost de 15 ani (deviație standard = 2 ani) pentru o medie de 1,5 ani (de la 0,3 la 5,2 ani) și la 15 fete transgen care au primit terapie de la 14,9 (\pm 1,9 ani) timp de 1,3 ani (de la 0,5 la 3,8 ani), deși nu toate modificările au fost semnificative statistic (94).

Unii dintre participanții la studiu au fost examinați ulterior la vârsta de 22 de ani după ce au urmat terapie cu hormoni sexuali, începând de la vârsta de 16,6 (\pm 1,4) ani pentru o medie de 5,8 ani (de la 3,0 la 8,0 ani) la femeile tinere transgen și vârsta de 16,4 (\pm 2,3) ani pentru 5,4 ani (de la 2,8 la 7,8 ani) la bărbății transgen tineri. Există foarte puține date despre utilizarea pe termen lung a analogilor GnRH. Se raportează despre o persoană în vârstă de 35 de ani care fusese tratată anterior cu analogi GnRH de la 13,7 ani la 18,6 ani înainte de începerea terapiei cu hormoni sexuali, ale cărei criterii BMD Z se încadrau în intervalul normal (65).

Informații suplimentare despre această problemă pot fi obținute din experiența persoanelor cu pubertate târzie sau care urmează tratament cu analogi GnRH din alte motive. Mai multe studii au arătat scăderea DMO la bărbății adulți cu debut spontan al pubertății târzii (95). Cu toate acestea, conform altor studii, DMO al acestor bărbăți se încadrează în intervalul normal

(96, 97). Terapia la adulți cu analogi GnRH duce la o scădere a DMO (98). La copiii cu debut prematur al pubertății, sa constatat că terapia cu analogi GnRH a fost însoțită de o scădere a DMO (99), cu toate acestea, alte studii nu au confirmat aceste rezultate (100). Conform studiilor, întreruperea tratamentului duce la restabilirea DMO normală (69, 72, 73, 101, 102). La adolescenții născuți cu greutate corporală insuficientă, cu debut normal al pubertății, supuși terapiei cu hormoni de creștere, terapia cu analogi GnRH timp de 2 ani nu a avut un efect negativ asupra DMO (103). Suplimentele de calciu pot contribui la îmbunătățirea sănătății oaselor la persoanele supuse terapiei analogice cu GnRH (104). Suplimentarea cu vitamina D nu a fost studiată în acest context, dar medicii ar trebui să sugereze aceste suplimente adolescenților cu deficiențe de vitamina D. Activitatea fizică, în special în timpul creșterii, este importantă pentru sănătatea oaselor la persoanele

sănătoase și, prin urmare, poate avea un efect pozitiv asupra condiției țesutului osos la persoanele supuse terapiei cu analogi GnRH.

Terapia cu analogi GnRH nu a provocat modificări ale deviației standard a indicelui de masă corporală la adolescenții cu disforie/incongruență de gen (94), dar a dus la o creștere a proporției țesutului adipos și la o scădere a masei musculare (92).

Studiile au arătat că la fetele cu debut prematur al pubertății, coeficientul de deviație standard al indicelui de masă corporală nu s-a modificat în timpul terapiei (72), indicele de masă corporală și raportul dintre grăsime și masa musculară au fost, de asemenea, comparabile cu martorii la sfârșitul terapiei (73).

Există dovezi ale creșterii tensiunii arteriale la unele fete tratate cu analogi GnRH din cauza debutului prematur/precoce al pubertății (105, 106). Din acest motiv, se recomandă monitorizarea tensiunii arteriale înainte și în timpul terapiei. Există, de asemenea, probabilitatea apariției simptomelor, cum ar fi bufeurile, slăbiciunea și modificările dispoziției ca urmare a suprimării pubertății. Nu există un consens cu privire la tratamentul acestor reacții adverse în acest context.

În contextul terapiei cu blocante ale pubertății, se recomandă o discuție preliminară a efectului acestora (precum și a utilizării ulterioare a hormonilor sexuali, vezi mai jos) asupra fertilității (vezi recomandarea 1.3). Adolescenții transgen pot fi interesați să păstreze potențialul reproductiv, care se va pierde dacă suprimarea pubertății începe în primele etape, iar tranziția fizică transgen se termină cu utilizarea hormonilor sexuali.

Datele disponibile cu privire la efectele analogilor GnRH asupra dezvoltării creierului sunt limitate. Singurul studiu transversal nu a arătat niciun efect negativ asupra funcției executive (107), dar studiile pe animale sugerează un posibil efect al analogilor GnRH asupra funcției cognitive (108).

Evaluare și priorități

Recomandările noastre pentru analogii GnRH apreciază foarte mult importanța eficacității, siguranței și reversibilității superioare a inhibării pubertății realizate astfel (comparativ cu alternativele), în timp ce importanța limitării costului terapiei a fost evaluată scăzută. Alternativele eficiente disponibile includ depozit și progestine orale. Acestea din urmă au fost

utilizate pentru tratarea pubertății precoce înainte de apariția analogilor GnRH, după cum se reflectă în studiile din anii 1960 și începutul anilor 1970 (109-112). Aceste medicamente sunt în general sigure, dar au unele efecte secundare (113-115). Doar două studii recente au inclus adolescenți transgen (116, 117). Unul dintre aceste studii descrie utilizarea linestrenolului oral urmat de suplimentarea cu testosteron la băieții transgen care se aflau în stadiul 4 pe scara Tanner la momentul inițierii terapiei (117). Cercetările au arătat că linestrenolul este destul de sigur, dar nu permite suprimarea completă a gonadotropinelor. Sângerările uterine au fost observate la aproximativ jumătate dintre participanții la studiu, în principal în primele 6 luni. Acneea, durerile de cap, bufeurile și oboseala au fost reacții adverse frecvente. Un alt progestin, medroxiprogesteron, a fost studiat și în Statele Unite. Această substanță este mai puțin eficientă în suprimarea hormonilor sexuali endogeni decât analogii GnRH și poate avea efecte secundare (116). Medicamentele cu progestin sunt o alternativă acceptabilă dacă nu există acces la analogii GnRH sau este frică de injecții. Dacă terapia analogică GnRH nu este disponibilă (din cauza refuzului unei companii de asigurări de sănătate, a costurilor extrem de ridicate și din alte motive), antiandrogenii pot fi folosiți la femeile transgen tinere mature sexual, care suprimă direct sinteza androgenilor sau efectul acestora (vezi terapia pentru adulți).

Observații

Modificările nivelului gonadotropinelor și ale hormonilor sexuali oferă informații exacte cu privire la eficacitatea supresiei axei gonadale, în ciuda faptului că nu există date suficiente cu privire la un regim specializat de monitorizare pe termen lung pentru copiii supuși terapiei analogice GnRH (88). Dacă axa gonadică nu este suficient suprimată - după cum se poate demonstra, de exemplu, prin menstruație, erecții sau creșterea părului - intervalul dintre injecțiile analogilor GnRH poate fi scăzut sau doza poate fi crescută. În timpul terapiei, este necesar să se monitorizeze efectele negative ale întârzierii pubertății, inclusiv creșterea scăzută și creșterea insuficientă a masei minerale osoase. Protocolul clinic propus este prezentat în Tabelul 7.

Tabelul 7. Examinarea înainte și în timpul inhibării pubertății

La fiecare 3-6 luni	Antropometrie: înălțime, greutate, înălțime de ședere, tensiune arterială, stadiul Tanner
La fiecare 6-12 luni	Laborator: LH, FSH, Estradiol / Testosteron, 25-hidroxi vitamina D
La fiecare 1-2 ani	BMD prin raze X cu energie duală absorptiometrie (DXA) Vârsta osoasă, radiografia stângă (dacă este indicată) BMD prin raze X cu energie duală
Adaptat de la Hembree și colab. (118)	

Măsurătorile antropometrice și radiografiile din stânga pentru monitorizarea vârstei osoase sunt informative pentru evaluarea creșterii. Se propune determinarea DMO prin absorptiometrie cu raze X cu energie duală.

2.4. La adolescenții care sunt gata să înceapă terapia cu hormoni sexuali (dată fiind ireversibilitatea parțială a rezultatelor sale), recomandăm începerea terapiei cu doze crescând treptat după ce o echipă interdisciplinară de specialiști în sănătate mintală și medicală confirmă sustenabilitatea disforiei/ incongruenței de gen” și prezența unei capacități mintale suficiente pentru a da consimțământul informat, pe care majoritatea adolescenților îl ating până la vârsta de 16 ani (Tabelul 5). (1 |**).

2.5. Recunoaștem că există un caz puternic pentru inițierea terapiei cu hormoni sexuali înainte de vârsta de 16 ani la unii adolescenți cu disforie/ incongruență de gen, în ciuda faptului că cercetări privind utilizarea terapiei hormonale afirmative de gen la adolescenții cu vârsta sub 13,5-14 ani au fost publicate foarte puțin. La fel ca în cazul adolescenților cu vârsta peste 16 ani, recomandăm ca decizia de a iniția această terapie să fie luată de o echipă interdisciplinară de profesioniști din domeniul sănătății mintale și medicale. (1 |*)

2.6. Propunem evaluarea dezvoltării clinice a pubertății la fiecare 3-6 luni și măsurarea parametrilor de laborator la fiecare 6-12 luni în timpul terapiei cu hormoni sexuali. (2 |**).

Dovezi

Capacitatea de a lua decizii se dezvoltă la un ritm individual la adolescenți. În mod ideal, medicul observator ar trebui să evalueze această capacitate în mod individual, deși în prezent nu există instrumente obiective pentru o astfel de evaluare.

La mulți adolescenți, această capacitate este suficient dezvoltată până la vârsta de 15-16 ani (119), iar în multe țări, tinerii de 16 ani au puterea de a lua decizii cu privire la intervențiile medicale (120). Cu toate acestea, se crede că, în ciuda dezvoltării suficiente a unor abilități până la vârsta de 16 ani, alte abilități (cum ar fi abilitatea de a evalua în mod adecvat riscurile) ating o dezvoltare suficientă mult mai târziu de vârsta de 18 ani (121). Se propune clasificarea procedurilor medicale în funcție de riscul lor relativ, astfel încât adolescenții mai tineri să poată lua decizii cu privire la procedurile cu risc scăzut, cum ar fi testele de diagnostic și procedurile medicale de rutină, dar nu și cu privire la procedurile cu risc ridicat, cum ar fi cele mai multe proceduri chirurgicale (121).

Datele disponibile susțin inițierea terapiei cu hormoni sexuali la adolescenții transgen după vârsta de 16 ani (63, 122). Cu toate acestea, în unele cazuri, așteptarea vârstei de 16 ani poate fi asociată cu riscuri potențiale, cum ar fi riscul pentru sănătatea oaselor dacă pubertatea este suprimată cu 6-7 ani înainte de începerea terapiei cu hormoni sexuali (de exemplu, dacă o persoană atinge stadiul 2 pe o scară Tanner în vârstă de 9-10 ani). În plus, există considerații privind statura scurtă și potențialele daune pentru sănătatea mintală (izolare emoțională și socială), amânând în același timp dezvoltarea caracteristicilor sexuale secundare până la vârsta de 16 ani. Cu toate acestea, datele disponibile cu privire la inițierea mai timpurie a terapiei afirmative de gen cu hormoni sexuali la adolescenții transgen sunt minime (63). Există o nevoie clară de studii pe termen lung pentru a determina vârsta optimă pentru inițierea terapiei cu hormoni sexuali la adolescenții cu disforie/incongruență de gen.

Un rol important în determinarea capacității adolescentului de a lua o decizie de inițiere a terapiei cu hormoni sexuali aparține specialistului în sănătate mintală care monitorizează adolescentul în cursul terapiei analogice cu GnRH (Tabelul 5). Sprijinul pentru familie și comunitate este, de asemenea, extrem de important. Înainte de a începe terapia cu hormoni sexuali, medicul trebuie să discute cu pacientul efectul acestei proceduri asupra fertilității (vezi recomandarea 1.5).

Un specialist din domeniul sănătății mintale, împreună cu un endocrinolog pediatric (sau alt medic competent în evaluarea și promovarea pubertății), ar trebui să monitorizeze adolescentul în timpul inducerii pubertății. În plus față de monitorizarea progresului terapiei, este de asemenea important să se monitorizeze alte probleme de sănătate ale adolescenților, inclusiv alegerile stilului de viață, cum ar fi renunțarea la fumat, utilizarea contraceptivelor și vaccinarea în timp util (cum ar fi împotriva papilomavirusului uman).

Pentru a stimula pubertatea la adolescenții cu insuficiență gonadică și disforie/incongruență de gen, se recomandă utilizarea dozelor similare cu cele utilizate pentru alte persoane cu hipogonadism, cu o monitorizare atentă a efectelor dorite și nedorite (Tabelul 8). La fetele transgen, o alternativă la 17 β -estradiol oral poate fi 17 β -estradiol transdermic. Acest medicament este utilizat din ce în ce mai mult pentru a stimula pubertatea la fetele cu hipogonadism. Cu toate acestea, problema poate apărea în absența plasturilor de estrogen transdermic cu doze mici. Ca rezultat, devine necesar să tăiați plasturile în mai multe părți pentru a obține doza necesară (123). Pentru bărbății tineri transgen, sunt disponibile injecții de testosteron intramuscular sau subcutanat (124,125).

Atunci când se stimulează pubertatea cu utilizarea dozelor crescând treptat de hormoni sexuali, nivelul acestora din urmă la începutul terapiei va fi insuficient pentru a suprima complet secreția de steroizi sexuali endogeni. Secreția de gonadotropină și secreția endogenă de testosteron la fetele transgen se pot relua, reducând eficacitatea terapiei cu estrogeni (126,127). Astfel, se recomandă continuarea terapiei cu analogi GnRH până la eliminarea gonadelor. Având în vedere că adolescenții cu disforie/incongruență de gen pot refuza eliminarea gonadelor, sunt necesare studii pe termen lung pentru a clarifica riscurile terapiei analogice GnRH pe termen lung. În schimb, la bărbății tineri transgen, terapia cu analog GnRH poate fi întreruptă după ce se ajunge la doza de testosteron la adulți și corpul este suficient de virilizat. Dacă sângerările uterine continuă, poate fi prescris progestin. Cu toate acestea, combinația de terapie analogică GnRH (pentru a suprima funcția ovariană) și testosteron poate atinge caracteristicile fizice dorite folosind o doză mai mică de testosteron comparativ cu monoterapia cu testosteron. Dacă fetele transgen nu doresc să continue terapia cu analogi GnRH, pot fi folosiți antiandrogeni care suprimă direct sinteza sau acțiunea androgenilor (vezi 3.0, „Terapia hormonală pentru adulții transgen”).

Evaluare și priorități

La formularea recomandării de a nu iniția stimularea pubertății până când pacientul nu a ajuns la capacitatea (la aproximativ 16 ani) de a consimți la această procedură parțial ireversibilă, importanța capacității adolescentului de a înțelege și anticipa consecințele parțial ireversibile ale hormonilor sexuali și pentru a da consimțământul informat, a fost foarte apreciat. Importanța posibilelor efecte negative ale pubertății întârziate este slab evaluată. În prezent, nu avem instrumente pentru a compara potențialele beneficii ale așteptării la vârsta de 16 ani înainte de a începe terapia cu hormoni sexuali cu potențialele riscuri/daune pentru DMO și sentimentul de izolare socială din cauza unei nepotriviri între momentul pubertății proprii și dezvoltarea sexuală a colegilor (128).

Observații

Înainte de a începe terapia cu hormoni sexuali, este necesar să discutați cu pacientul efectul său asupra fertilității și posibilitatea menținerii potențialului reproductiv. Înălțimea poate fi, de asemenea, un factor important pentru adolescenții transgen. La fetele transgen, medicul poate lua în considerare utilizarea unei doze mai mari de estrogen sau o creștere mai rapidă a dozei în timpul stimulării pubertății. Pentru tinerii transgen cu glande pineale încă deschise, nu au fost dezvoltate metode care să influențeze creșterea viitoare în procesul de stimulare a pubertății. Nu este neobișnuit ca adolescenții transgen să caute ajutor târziu la pubertate sau după pubertate. În astfel de cazuri, stimularea pubertății cu hormoni sexuali se poate face într-un timp mai scurt (vezi Tabelul 8). În plus, doza de testosteron la adulți la bărbații transgen este de obicei suficientă pentru suprimarea axei gonadale fără utilizarea de medicamente suplimentare. O echipă interdisciplinară de specialiști pregătește adolescentul pentru trecerea la supraveghere ca adult.

Tabelul 8. Protocol pentru inducerea pubertății

<p>Stimularea pubertății feminine cu 17β-estradiol oral, creșterea dozei la fiecare 6 luni:</p> <p>5 mkg/kg/zi 10 mkg/kg/zi 15 mkg/kg/zi 20 mkg/kg/zi Doza la adulți = 2-6 mg/zi La fetele transgen mature doza de 17β-estradiol poate crește mai repede: 1 mg/zi în primele 6 luni 2 mg/zi</p>
<p>Stimularea pubertății feminine utilizând 17β-estradiol transdermic, cu o creștere a dozei la fiecare 6 luni (plasturele se schimbă la fiecare 3-5 zile):</p> <p>6,25-12,5 mkg/zi (tăiați 25 mkg plasture în sferturi, apoi înjumătățiți) 25 mkg/zi 37,5 mkg/zi Doza la adulți = 50-200 mkg/zi Alternative la atingerea dozei pentru adulți, vezi Tabelul 11 Doza de întreținere a adulților pentru a imita nivelurile fiziologice de estradiol, vezi Tabelul 15</p>
<p>Stimularea pubertății de tip masculin utilizând esteri de testosteron, crescând doza la fiecare 6 luni (intramuscular sau subcutanat):</p> <p>25 mg/m²/2 săptămâni (sau jumătate din această doză o dată pe săptămână sau doză dublă la fiecare 4 săptămâni) 50 mg/m²/2 săptămâni 75 mg/m²/2 săptămâni 100 mg/m²/2 săptămâni</p> <p>Doza pentru adulți 100-200 mg la fiecare 2 săptămâni La bărbații transgen maturi sexual, doza de testosteron poate crește mai rapid: 75 mg/2 săptămâni în primele 6 luni 125 mg/2 săptămâni Alternative la atingerea dozei pentru adulți, vezi Tabelul 11 Doza de întreținere a adulților pentru a imita nivelurile fiziologice de estradiol, vezi Tabelul 15.</p>
<p>Adaptat de la Hembree și colab. (118)</p>

Tabelul 9. Examinarea înainte și în timpul inducerii pubertății

La fiecare 3-6 luni	Antropometrie: înălțime, greutate, înălțime de ședere, tensiune arterială, stadiul Tanner
La fiecare 6-12 luni	Băieți transgen: hemoglobină/hematocrit, lipide, testosteron, 25-hidroxitamină D Fete transgen: prolactină, estradiol, 25-hidroxitamină D
În fiecare an	Prin Absorptiometrie BMD cu raze X cu energie duală (DXA) Vârsta osoasă, radiografia stângă (dacă este indicată)
Adaptat de la Hembree și colab. (118)	

* DMO ar trebui să fie monitorizată în continuare până la vârsta adultă (până la 25-30 de ani sau până la atingerea masei osoase maxime).

Pentru recomandări pentru monitorizarea postpubertară, a se vedea **tabelele 14 și 15**.

3.0 Terapia hormonală pentru adulții transgen

Terapia hormonală are două obiective principale: (1) reducerea nivelului hormonilor sexuali endogeni și, astfel, reducerea manifestării caracteristicilor sexuale secundare ale sexului atribuit persoanei și (2) recreerea nivelului hormonilor sexuali în în conformitate cu identitatea de gen a persoanei, urmând principiile terapiei hormonale substitutive la pacienții cu hipogonadism. Perioada de timp pentru atingerea acestor obiective și vârsta de inițiere a terapiei cu hormoni sexuali pentru sexul selectat se determină în consultare cu tranziția transgen și specialiștii din domeniul medical. Specialiștii ar trebui să includă un medic care este competent în administrarea terapiei hormonale pentru persoanele transgen, un profesionist în sănătate mintală care este competent în disforia/incongruența de gen și probleme de sănătate mintală asociate tranziției transgen și un medic care este competent să ajute persoanele transgen. Schimbările fizice provocate de terapia cu hormoni sexuali sunt de obicei însoțite de o îmbunătățire a stării psihologice (129, 130).

3.1. Recomandăm ca medicii curanți să confirme criteriile de diagnostic pentru „disforia/incongruența de gen”, precum și criteriile de selecție și pregătirea pacientului pentru faza endocrină a tranziției transgen înainte de inițierea terapiei. (1 |***).

3.2. Recomandăm medicilor curanți să examineze și să întreprindă măsuri pentru condițiile care pot fi agravate de lipsa hormonilor sexuali și a terapiei cu hormoni sexuali de sex aprobat, înainte de a începe terapia (Tabelul 10). (1 |***).

Tabelul 10. Riscuri medicale în legătură cu terapia cu hormoni sexuali

Femeile transgen: estrogeni
Risc ridicat de rezultat negativ:
- Boala tromboembolică
Riscul moderat de rezultat negativ:
<ul style="list-style-type: none"> • Macroprolactinom • Cancerul mamar • Ischemie cardiacă • Boala cardiovasculară • Colelitiiza • Hipertrigliceridemie
Bărbați transgen: testosteron
Risc crescut de rezultat negativ:
- Eritrocitoză (hematocrit peste 50%)
Riscul moderat de rezultat negativ:
<ul style="list-style-type: none"> • Disfuncție hepatică severă (transaminaze de 3 ori nivelul maxim) • Ischemie cardiacă • Boala cardiovasculară • Hipertensiune • Cancer de sân și uter

3.3. Vă sugerăm ca medicii curanți să măsoare nivelul hormonilor pe tot parcursul terapiei pentru a asigura suprimarea steroizilor sexuali endogeni și pentru a menține nivelul steroizilor sexuali injectați în cadrul normei fiziologice pentru genul aprobat. (2 |**).

Dovezi

Este responsabilitatea medicului curant să se asigure că pacientul îndeplinește criteriile de selecție pentru terapie. Acesta din urmă ar trebui să fie familiarizat cu condițiile și criteriile prezentate în tabelele 1-5, precum și cu istoricul medical al pacientului, în care alți membri ai echipei de tratament ar trebui să-l asiste. Este responsabilitatea medicului curant să se asigure că dorința pacientului de tranziție transgen este adecvată; că pacientul este

conștient de consecințele, riscurile și beneficiile terapiei; și, de asemenea, că dorința de tranziție transgen este durabilă. De asemenea, este necesar să se discute cu pacientul posibilitatea conservării potențialului reproductiv (a se vedea recomandarea 1.3) (67, 68).

Bărbați transgen

Studiile clinice au arătat eficacitatea mai multor medicamente androgenice în realizarea masculinizării la bărbații transgen (Anexa A) (113, 114, 131-134). Regimurile de dozare respectă principiul general al terapiei de substituție hormonală pentru hipogonadismul masculin (135). Medicii pot utiliza atât medicamente parenterale, cât și medicamente transdermice pentru a atinge niveluri de testosteron care corespund normelor fiziologice masculine (în funcție de tipul testului, dar de obicei 320-1000 ng/dL) (Tabelul 11) (136). Expunerea prelungită a nivelului de testosteron în afara intervalului fiziologic superior crește riscul reacțiilor adverse (vezi 4.0 „Prevenirea efectelor adverse și urmărirea pe termen lung”) și ar trebui evitată.

Similar cu modul în care se întâmplă la bărbații cu hipogonadism, terapia cu testosteron la bărbații transgen duce la creșterea masei musculare și la reducerea țesutului adipos, creșterea părului facial, acnee, chelie la bărbați la cei cu predispoziție genetică, precum și creșterea dorinței sexuale (137).

La bărbații transgen testosteronul provoacă clitoromegalie, o scădere permanentă sau temporară a fertilității, o scădere a înălțimii și a modificărilor vocii, încetarea menstruației (de obicei) și o creștere semnificativă părului corpului, în special pe față, piept și abdomen. Menstruația se poate opri la câteva luni după începerea terapiei cu testosteron fără adăugarea altor medicamente, dar aceasta poate necesita doze mai mari. Dacă sângerările uterine continuă, medicul poate lua în considerare adăugarea de progestine sau ablația endometrului (138). Analogii GnRH sau depozitul de medroxiprogesteronă pot fi folosiți pentru a opri sângerarea menstruală înainte de inițierea terapiei cu testosteron.

Femei transgen

Regimul de terapie hormonală pentru femeile transgen este mai complex decât pentru bărbații transgen (Anexa B). Monoterapia cu doze fiziologice de estrogen este insuficientă pentru a suprima secreția de testosteron la un nivel corespunzător normei fiziologice feminine (139). Majoritatea studiilor clinice publicate raportează necesitatea terapiei adjuvante pentru a atinge

nivelurile de testosteron fiziologic feminin (21, 113, 114, 132-134, 139, 140).

Progesteronele antiandrogenice și agoniștii GnRH sunt disponibili ca medicamente pentru terapie adjuvantă (141). Spironolactona acționează prin blocarea androgenilor direct în timpul interacțiunii lor cu receptorii androgeni (114, 133, 142). Poate avea, de asemenea, unele efecte estrogenice (143). Acetat de ciproteronă, un medicament progestogen (113, 132, 144), este utilizat pe scară largă în Europa. Blocanții 5 α -reductazei nu scad nivelul de testosteron și au efecte secundare (145).

Dittrich și colab. (141) au raportat că administrarea lunară a agonistului GnRH acetat de goserelină în combinație cu estrogeni a scăzut efectiv nivelul de testosteron, având în același timp o incidență scăzută a reacțiilor adverse, la 60 de femei transgen. Eficacitatea leuprolidei în asociere cu estrogeni transdermici nu a diferit de eficacitatea ciproteronului în combinație cu estrogeni transdermici într-un studiu retrospectiv comparativ (146).

Estrogenii pot fi luați ca estrogeni conjugați oral sau 17 β -estradiol sau transdermic 17 β -estradiol. Printre medicamentele disponibile, riscul crescut de tromboembolism asociat cu estrogeni în general este cel mai frecvent întâlnit cu etinilestradiol (134, 140, 141), motiv pentru care descurajăm puternic utilizarea acestui medicament pentru terapie la persoanele transgen. Datele privind diferențele dintre alte preparate de estrogen sunt mai puțin sigure, dar se crede că calea de administrare orală are proprietăți trombogene mai pronunțate datorită „efectului de primă trecere” comparativ cu căile de administrare transdermice și parenterale și că riscul de tromboembolism depinde de doza luată. Injecția și căile sublinguale de administrare a estrogenului eludează efectul de primă trecere, dar pot provoca creșteri mai dramatice ale concentrației medicamentelor cu o frecvență globală mai mare și, astfel, complică monitorizarea (147, 148). Cu toate acestea, nu există date despre alte consecințe negative ale unei frecvențe mai mari.

Nivelurile serice de estradiol pot fi utilizate pentru a monitoriza aportul de estradiol oral, transdermic și intramuscular. Un test de sânge nu poate fi utilizat pentru a monitoriza aportul de estrogeni conjugați și sintetici. Medicii trebuie să măsoare nivelurile serice de estradiol și testosteron, menținându-le în intervalul normal pentru femeile aflate în premenopauză (100-200 pg/ml și, respectiv, 50 ng/dl). Cipionatul de estradiol transdermic și injectabil și valeratul de estradiol pot fi preferați pentru tratamentul femeilor transgen în vârstă cu un posibil risc crescut de boală tromboembolică (149).

Evaluare

Când am formulat recomandarea de a menține nivelurile hormonale în terapia afirmativă de gen în cadrul normei fiziologice pentru adulți, am apreciat foarte mult importanța evitării complicațiilor întârziate asociate cu dozele farmacologice. Riscurile și beneficiile terapiei ar trebui discutate în detaliu cu pacienții pe terapie endocrină care au contraindicații relative la utilizarea hormonilor pentru a lua o decizie echilibrată.

Observații

Medicii trebuie să-i educe pe toți oamenii cu privire la terapia endocrină cu privire la riscurile și beneficiile terapiei hormonale afirmative de gen înainte de a o iniția. Medicii ar trebui, de asemenea, să insiste asupra renunțării la fumat la femeile transgen pentru a reduce riscul de tromboembolism și complicații cardiovasculare. Descurajăm puternic terapia hormonală fără supraveghere medicală (150).

Nu toate persoanele cu disforie/incongruență de gen doresc terapie conform schemei de mai sus (de exemplu, persoanele care doresc să facă o tranziție parțială transgen). Adaptarea protocoalelor existente la nevoile individuale poate fi realizată în cadrul unor principii de siguranță bine stabilite, utilizând o abordare interdisciplinară care ia în considerare, printre altele, sănătatea mintală. Nu există protocoale bazate pe dovezi pentru aceste populații (151). Sunt necesare studii prospective pentru a înțelege potențialul terapeutic pentru acești indivizi.

Tabelul 11. Regimuri de terapie hormonală pentru persoanele transgen

Femei transgen (a)	
Estrogen	
Oral: Estradiol	2,0-6,0 mg/zi
Transdermic: Plasture transdermic	0,025-0,2 mg/zi (plasturele este înlocuit la fiecare 3-5 zile)
Parenteral: Valerat de estradiol sau cipionat	5-30 mg intramuscular la fiecare 2 săptămâni 2-10 mg intramuscular în fiecare săptămână

Antiandrogeni	
Spironolactonă	100-300 mg/zi
Acetat de ciproteronă	25-50 mg/zi
GnRH agonist	3,75 mg subcutanat o dată pe lună 11,25 mg subcutanat la fiecare 3 luni
Bărbați transgen	
Testosteron	
Parenteral: Testosteron enantat sau cipionat	100-200mg(IM) la fiecare 2 săptămâni sau subcutanat 50% în fiecare săptămână
Parenteral: Undecanoat de testosteron (b)	1000 mg la fiecare 12 săptămâni
Transdermic: Gel de testosteron 1,6% (c)	50-100 mg/zi
Transdermic: Plasturele transdermic de testosteron	2,5-7,5 mg/zi

- a) Estrogeni luați în combinație cu antiandrogeni sau un agonist GnRH sau separat;
b) Prima injecție de 1000 mg, apoi reinjecție după 6 săptămâni, apoi injecții la fiecare 12 săptămâni;
c) Evitați transferul testosteronului către alte persoane prin contactul cu pielea.

3.4. Invităm endocrinologii să informeze persoanele transgen care urmează terapie cu privire la momentul apariției și dezvoltarea modificărilor fizice cauzate de terapia cu hormoni sexuali. (2 |*).

Dovezi

Bărbații transgen

Modificările fizice așteptate în primele 6 luni de terapie cu testosteron includ încetarea menstruației, creșterea dorinței sexuale, intensificarea creșterii părului corporal și facial, creșterea grăsimii pielii, creșterea masei musculare și redistribuirea grăsimii corporale. Modificările care apar în primul an de terapie includ o scădere a înălțimii și o schimbare a timbrului vocii, a clitoromegaliei și a cheliei tiparului masculin (în unele cazuri) (114, 144, 154, 155) (Tabelul 12).

Femeile transgen

Modificările fizice care pot apărea la femeile transgen în primele 3 până la 12 luni de terapie cu estrogen și antiandrogen includ scăderea pulsionii sexuale, scăderea erecțiilor spontane, scăderea creșterii părului facial și corporal (de obicei minoră) și scăderea grăsimii pielii, creșterea sânilor și redistribuirea grăsime corporală (114, 139, 149, 154, 155, 161) (Tabelul 13). Dezvoltarea glandelor mamare, de regulă, atinge nivelul maxim cu doi ani de la începutul terapiei (114, 139, 149, 155). La o dată ulterioară, apare atrofia prostatei și a testiculelor.

Deși a fost studiat momentul dezvoltării sânilor la femeile transgen (150), nu există informații suficiente despre alte modificări care apar sub influența hormonilor sexuali (141). Ca și în cazul pubertății normale, există o gamă largă de variații individuale. Se știe că dezvoltarea sânilor este un factor important pentru femeile transgen. Rezultatele monoterapiei cu estrogeni pot să nu îndeplinească așteptările pacientului.

În același timp, există dovezi ale unor cazuri individuale de dezvoltare mai satisfăcătoare a glandelor mamare, precum și o îmbunătățire a stării emoționale și a dorinței sexuale la femeile transgen care au luat progestativi. Cu toate acestea, studiile privind rolul progestogenilor în terapia hormonală feminizantă nu au fost efectuate în mod corespunzător, astfel încât această întrebare rămâne deschisă.

Cunoștințele noastre despre natura și impactul diferitelor regimuri de terapie cu hormoni sexuali asupra dezvoltării sânilor la femeile transgen sunt extrem de fragmentate și se bazează pe date slab fiabile. Dovezile disponibile nu indică nici un efect pozitiv al progestogenilor asupra dezvoltării glandelor mamare, nici absența acestora. Astfel, în acest moment, nu putem trage concluzii clare în acest sens și sunt necesare cercetări suplimentare pentru a clarifica aceste probleme clinice importante (162).

Evaluare și priorități

În general, persoanele transgen au așteptări foarte mari pentru modificările fizice cauzate de terapia hormonală și sunt conștiente de posibilitățile de îmbunătățire chirurgicală a anumitor caracteristici fizice (cum ar fi dimensiunea și forma sânilor, trăsăturile feței și forma corpului). O înțelegere clară a amplitudinii și a calendarului modificărilor induse de hormonii sexuali poate ajuta la prevenirea potențialelor daune și costuri ale

tratamentelor inutile.

Tabelul 12. Efectele terapiei masculinizante pentru bărbații transgen

Efecte	Început	Maximum
Grăsimia pielii/acnee	1-6 luni	1-2 a.
Creșterea părului pe față și corp	6-12 luni	4-5 a.
Chelie de tip masculin	6-12 luni	- (a)
Creșterea masei musculare/forței	6-12 luni	2-5 a.
Redistribuirea grăsimii corporale	1-6 luni	2-5 a.
Încetarea menstruațiilor	1-6 luni	- (b)
Mărirea clitorisului	1-6 luni	1-2 a.
Atrofia vaginală	1-6 luni	1-2 a.
Reducerea vocii	6-12 luni	1-2 a.

Estimat pe baza observațiilor clinice: Toorians și colab. (149) Asscheman și colab. (156), Gooren și colab. (157), Wierckx și colab. (158).

Prevenirea și tratamentul recomandat bărbaților cisgen.

b) Sângerea uterină necesită diagnostic și tratament de către un ginecolog

Tabelul 13. Efectele terapiei feminizante pentru femeile transgen

Efecte	Început	Maximum
Redistribuirea grăsimii corporale	3-6 luni	2-3 a.
Scăderea masei musculare și a forței	3-6 luni	1-2 a.
Înmuierea pielii/reducerea grăsimii	3-6 luni	necunoscut
Scăderea dorinței sexuale	1-3 luni	3-6 luni
Reducerea numărului de erecții spontane	1-3 luni	3-6 luni
Încetarea funcției sexuale masculine	individual	individual
Dezvoltarea sânilor	3-6 luni	2-3 a.
Scăderea volumului testicular	3-6 luni	2-3 r.
Scăderea producției de spermă	necunoscut	3 a.
Slăbirea creșterii părului terminal	6-12 luni	3 a.(a)
Creșterea părului nou pe cap	individual	- (b)
Schimbarea vocii	nu	- (c)

Estimat pe baza observațiilor clinice: Toorians și colab. (149) Asscheman și colab. (156), Gooren și colab. (157), Wierckx și colab. (158).

- a) Pentru epilarea completă în stil masculin, cu laser sau electroliza sau combinația lor.
- b) Căderea părului se poate relua atunci când terapia cu estrogeni este întreruptă.
- c) Pregătirea vocală cu un logoped este cea mai eficientă.

4.0 Prevenirea efectelor adverse și supravegherea pe termen lung

Multe dintre riscurile asociate terapiei de substituție hormonală pentru bărbați și femei transgen sunt similare cu cele asociate terapiei de substituție hormonală la persoanele netransgen. Riscurile apar și sunt exacerbate de aportul accidental sau deliberat de doze suprafiziologice de hormoni sexuali sau de doze care sunt insuficiente pentru a menține nivelurile hormonale în cadrul normei fiziologice (131, 139).

4.1. Vă propunem să efectuați o evaluare clinică regulată a modificărilor fizice și a unei posibile reacții negative a organismului la administrarea de hormoni steroizi sexuali, precum și monitorizarea de laborator a nivelului de steroizi sexuali la fiecare 3 luni în primul an de terapie hormonală și ulterior - o dată sau de două ori pe an (2 | **).

Dovezi

Se recomandă screening-ul înainte de inițierea terapiei, precum și monitorizarea medicală periodică adecvată pentru bărbații și femeile transgen în timpul tranziției endocrine transgen, precum și periodic după finalizarea acestuia (26, 155). Medicii trebuie să monitorizeze modificările greutății și tensiunii arteriale, să efectueze examinări fizice și să monitorizeze factorii de sănătate zilnici ai pacienților, cum ar fi fumatul de tutun și simptomele depresive, precum și riscul de tromboză venoasă profundă/ tromboembolism pulmonar și alte efecte secundare ale steroizilor sexuali.

Bărbați transgen

Tabelul 14 prezintă un plan standard de monitorizare pentru bărbații transgen care primesc terapie cu testosteron (154,159). Problemele cheie sunt menținerea nivelului de testosteron în cadrul normei fiziologice masculine, precum și evitarea efectelor negative ale dozei excesive, în special a eritrocitozei, apnee în somn, hipertensiune arterială, creștere excesivă în greutate, retenție de sare, modificări ale profilurilor lipidice și acnee excesivă sau chistică (135).

Deoarece utilizarea testosteronului 17-alchilat nu este recomandată, patologia hepatică gravă nu este de așteptat cu utilizarea preparatelor de testosteron parenteral sau transdermic (163, 164). Preocupările anterioare privind hepatotoxicitatea preparatelor de testosteron au fost abordate prin dovezi ulterioare care sugerează un risc minim de boli hepatice (144, 165, 166).

Femei transgen

Tabelul 15 prezintă planul standard de monitorizare pentru femeile transgen care primesc terapie cu estrogeni, medicamente supresive pentru gonadotropină sau antiandrogeni (160). Problemele cheie includ evitarea dozelor suprafiziolgice sau a nivelurilor de estrogen din sânge care pot duce la un risc crescut de boală tromboembolică, disfuncție hepatică și hipertensiune. Medicii ar trebui să monitorizeze nivelurile serice de estradiol din laboratoarele implicate în programe externe de control al calității, deoarece nivelurile de estradiol din sânge sunt dificil de măsurat (167).

Tromboembolismul venos poate fi o complicație gravă. Un studiu danez al unui grup mare de persoane transgen a raportat o creștere de 20 de ori a riscului de boală tromboembolică venoasă (161). Această creștere poate fi legată de utilizarea estrogenului sintetic etnilestradiol (149). Incidența a scăzut după retragerea etnilestradiolului (161). Astfel, utilizarea estrogenilor sintetici și conjugați este nedorită din cauza imposibilității de a regla doza prin monitorizarea nivelului sanguin al acestora, precum și a riscului de boală tromboembolică. Într-o clinică germană de gen, tromboza venoasă profundă s-a dezvoltat la 1 din 60 de femei transgen care au luat un analog GnRH și estradiol oral (141). S-a constatat că acest pacient are o mutație homozigotă C677T în gena metilenetetrahidrofolat reductazei. La Australian Gender Clinic, într-un grup de 162 de femei transgen și 89 de bărbați transgen care au primit terapie hormonală afirmativă la gen, nu a existat niciun caz de boală tromboembolică, în ciuda trombofiliei constatate la 8,0% și 5,6% dintre pacienți (159). Un studiu internațional mai recent a raportat 10 cazuri de tromboembolism la un grup de 1.073 de participanți (168). Depistarea trombofiliei înainte de începerea terapiei hormonale este recomandată numai pacienților cu antecedente preexistente de tromboembolism sau antecedente familiale de tromboembolism (159). Monitorizarea nivelurilor de dimeri D în timpul terapiei nu este recomandată (169).

Tabelul 14. Monitorizarea bărbaților transgen supuși terapiei hormonale afirmative de gen

1. Examinarea pacientului la fiecare 3 luni în timpul primului an și ulterior de 1-2 ori pe an pentru progresul masculinizării și dezvoltarea reacțiilor adverse.
2. Анализ на сывороточный тестостерон каждые 3 месяца до достижения мужской физиологической нормы:
a) Pentru injecțiile de testosteron enantat/cipionat, nivelurile de testosteron sunt măsurate la jumătatea distanței dintre injecții. Ar trebui să vizați un nivel de 400-700 ng / dl. De asemenea, este posibil să se măsoare vârfuri și jgheaburi pentru a se asigura că acestea se încadrează în norma masculină.
b) Pentru injecțiile cu testosteron undecanoat, măsurarea se face chiar înainte de următoarea injecție. Dacă nivelul este sub 400 ng / dL, intervalul trebuie scurtat.
в) Pentru testosteronul transdermic, nivelul trebuie măsurat nu mai devreme de o săptămână după începerea aportului zilnic (aproximativ 2 ore după aplicare).
3. Analiza pentru hematocrit sau hemoglobină înainte de începerea și la fiecare 3 luni în primul an, după aceea de 1-2 ori pe an. Monitorizarea regulată a greutateii, tensiunii arteriale și a lipidelor.
4. Depistarea osteoporozei este necesară dacă terapia cu testosteron este întreruptă, nu se urmărește aportul de hormoni sau se dezvoltă riscul pierderii osoase.
5. Dacă colul uterin este păstrat, monitorizați în conformitate cu recomandările.
6. Oforectomia poate fi luată în considerare după finalizarea tranziției hormonale transgen.
7. Examenul sub- și periareolar al sânului cu mastectomie efectuată. Cu glandele mamare conservate, se recomandă mamografia.
Adaptat din Lapauw și colab. (154), Ott și colab. (159).

Tabelul 15 *. Monitorizarea femeilor transgen supuse terapiei hormonale afirmative de gen

1. Evaluarea pacientului la fiecare 3 luni în primul an și ulterior de 1-2 ori pe an pentru progresul feminizării și dezvoltarea reacțiilor adverse.
--

2. Test pentru testosteron total și estradiol la fiecare 3 luni:
a) nivelul total de testosteron trebuie să fie de aproximativ 50 ng / dl
b) nivelul de estradiol nu trebuie să depășească nivelul fiziologic maxim: 100-200 pg / ml
3. Pentru cei care iau spironolactonă, un test electrolitic, în special potasiul, este testat la fiecare 3 luni în primul an de terapie, apoi anual.
4. Screeningul cancerului recomandat persoanelor care nu sunt transgen (toate organele / țesuturile disponibile).
5. Se recomandă luarea în considerare a necesității analizei DMO înainte de începerea terapiei (160). La persoanele cu risc scăzut, se recomandă examinarea osteoporozei de la vârsta de 60 de ani sau în caz de neaderare la regimul hormonal.

*Acest tabel prezintă recomandări puternice și nu include recomandări de nivel inferior.

4.2. Vă sugerăm să monitorizați periodic nivelurile de prolactină la femeile transgen în terapia cu estrogeni (2 |**).

Dovezi

Terapia cu estrogeni poate spori creșterea celulelor lactotrofe hipofizare. Studiile au raportat mai multe cazuri de dezvoltare a prolactinomului după terapia pe termen lung cu doze mari de estrogen (170-173). Numărul de femei transgen care primesc terapie cu estrogeni și care au niveluri crescute de prolactină din cauza unei hipofize mărite ajunge la 20% (156). În majoritatea cazurilor, nivelurile serice de prolactină revin la normal după întreruperea terapiei cu estrogen, reducerea dozei sau retragerea acetatului de ciproteronă (157,174,175).

Nu se cunosc debutul și momentul dezvoltării hiperprolactinemiei în timpul terapiei cu estrogeni. Medicii trebuie să măsoare nivelurile de prolactină înainte de a începe terapia, anual în timpul tranziției transgen și la fiecare 2 ani după aceea. Având în vedere că formarea prolactinomului a avut loc doar în câteva cazuri și că prolactinoamele nu au fost raportate la cohorte mari de persoane tratate cu estrogen, se poate concluziona că acest risc este foarte scăzut. Deoarece este dificil să se observe principalele manifestări ale microprolactinomului (hipogonadism și, uneori, ginecomastie) la femeile transgen, medicii pot dispune o examinare radiologică a glandei pituitare la pacienții ale căror niveluri de prolactină continuă să crească, în ciuda

nivelurilor stabile sau scăzute de estrogen. Medicamentele psihotrope administrate de unii oameni transgen pot crește, de asemenea, nivelul prolactinei (174).

4.3. Sugerăm ca medicii tratați să evalueze riscul apariției bolilor cardiovasculare la pacienții transgen care iau hormoni utilizând profiluri lipidice de post, screening pentru diabet și/sau alte instrumente de diagnostic. (2 |**).

Dovezi

Bărbați transgen

Terapia cu testosteron supusă bărbaților transgen are ca rezultat un profil lipidic mai aterogen, cu niveluri scăzute de lipoproteine cu densitate ridicată și niveluri crescute de lipoproteine cu densitate mică (176-179). Studiile asupra efectelor testosteronului asupra sensibilității la insulină au arătat rezultate mixte (178, 180). Un studiu randomizat, deschis, necontrolat al siguranței terapiei cu undecanoat de testosteron nu a arătat rezistență la insulină la bărbații transgen după 1 an de terapie (181, 182).

Numeroase studii au examinat efectul hormonilor sexuali asupra sistemului cardiovascular (160, 179, 183, 184). Un studiu pe termen lung din Țările-de-Jos nu a arătat un risc crescut de boli cardiovasculare fatale ca urmare a terapiei cu hormoni sexuali (161). De asemenea, o meta-analiză a 19 teste randomizate la bărbați netransgen supuși terapiei de substituție cu testosteron a arătat că incidența bolilor cardiovasculare nu a fost crescută la acest grup (185). O revizuire sistematică a literaturii a arătat că nu există date suficiente pentru a evalua în mod semnificativ probabilitatea unui rezultat grav, cum ar fi deces, accident vascular cerebral, infarct miocardic sau tromboembolism (datorită dovezilor de calitate scăzută) (176). Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a clarifica potențialul rău al diferitelor tipuri de terapie hormonală (176). Medicii trebuie să abordeze factorii de risc pentru bolile cardiovasculare, dacă apar, în conformitate cu liniile directe existente (186).

Femeile transgen

Ca rezultat al unui studiu prospectiv care a implicat femei transgen, s-au constatat modificări pozitive ale parametrilor lipidici, cu o concentrație

crescută de lipoproteine cu densitate mare și o scădere a concentrației de lipoproteine cu densitate mică (178). Cu toate acestea, aceste modificări benefice ale parametrilor lipidici sunt contracarate de creșterea în greutate, creșterea tensiunii arteriale și semne de rezistență la insulină. O meta-analiză a arătat niveluri crescute de trigliceride la aproximativ 24 de luni de la inițierea terapiei, cu alte variabile neschimbate (187). În cea mai mare cohortă de femei transgen (vârsta medie de 41 de ani, urmată în medie de 10 ani), nu a existat o creștere a mortalității prin boli cardiovasculare, în ciuda prezenței fumătorilor de 32% (161).

Astfel, nu există date suficiente pentru a trage concluzii cu privire la efectele pozitive sau negative ale terapiei cu estrogen asupra metabolismului lipidelor și glucozei la femeile transgen (176). Greutatea unei persoane tinde să crească odată cu înaintarea în vârstă. Prin urmare, la fel ca la persoanele care nu sunt transgen, este necesar să se monitorizeze metabolismul glucozei și al lipidelor, precum și al tensiunii arteriale în conformitate cu recomandările disponibile (186).

4.4. Recomandăm ca medicii curanți să măsoare densitatea minerală osoasă (DMO) dacă există factori de risc pentru osteoporoză, în special la pacienții care intrerup terapia hormonală sexuală după îndepărtarea gonadelor. (1 |**).

Dovezi

Bărbați transgen

Показатели минерализации костной ткани у трансгендерных мужчин до начала терапии, как правило, находятся в пределах нормы для их приписанного гендера (188). Однако, адекватная дозировка тестостерона важна для поддержания состояния костной массы у трансгендерных мужчин (189, 190). В одном исследовании (190) была обнаружена обратная зависимость между уровнем ЛГ и МПКТ, что свидетельствует о взаимосвязи низких уровней половых гормонов и потери костной массы. Таким образом, нахождение уровней ЛГ в пределах нормы может служить индикатором адекватности дозировки половых стероидов для сохранения костной массы. Защитное влияние тестостерона может осуществляться за счет ароматизации в эстрадиол как системно, так непосредственно в костной ткани.

Femeile transgen

Studiul de bază privind DMO a constatat că 16% dintre femeile transgen au avut scoruri T sub -2,5 (191). Studiile au arătat că bărbații au o corelație mai pozitivă între estradiolul seric și DMO cu vârsta (192, 193), precum și o valoare mai mare pentru masa osoasă de vârf comparativ cu nivelurile de testosteron (194). Estrogenii contribuie la menținerea DMO la femeile transgen care continuă terapia cu estrogeni și antiandrogeni (188, 190, 191, 195, 196).

Nu există date privind incidența fracturilor la bărbați și femei transgen. Unele persoane transgen care au avut gonadectomie decid să întrerupă terapia cu steroizi sexuali, ceea ce le crește riscul de pierdere osoasă. Nu au existat studii privind utilizarea normelor pentru sexul atribuit la naștere sau a normelor pentru sexul validat la evaluarea osteoporozei la persoanele transgen (de exemplu, folosind instrumentul FRAX). Deși unii cercetători folosesc sexul atribuit la naștere (presupunând că masa osoasă a atins deja vârful la persoanele transgen care încep terapia hormonală la vârsta adultă timpurie), se recomandă efectuarea unei evaluări de la caz la caz până când această problemă este clarificată. Această presupunere este cu atât mai complicată în condițiile în care un număr tot mai mare de persoane transgen începe terapia hormonală în adolescență sau la scurt timp după finalizarea acesteia. Selectarea sexului pentru comparație atunci când se utilizează instrumente de evaluare a riscurilor se poate baza pe vârsta la care a fost începută terapia hormonală și pe durata expunerii hormonale. În unele cazuri, poate fi recomandabil să utilizați atât calculatoarele masculine, cât și cel feminin, folosind o valoare intermediară. Deoarece toți subiecții au suferit o dezvoltare sexuală normală cu un efect cunoscut asupra dimensiunii osoase, valorile de referință pentru sexul atribuit la naștere au fost utilizate pentru toți participanții la studiu (154).

4.5. În absența dovezilor unui risc crescut de a dezvolta cancer de sân, sugerăm ca femeile transgen să fie supuse unui screening mamar în conformitate cu liniile directoare pentru femeile care nu sunt transgen. (2 |**).

4.6. Oferim femeilor transgen să fie examinate pentru bolile de prostată, în conformitate cu riscul individual de a dezvolta patologie de prostată și cancer. (2 |*).

Dovezi

Studiile au raportat cazuri de cancer mamar la femeile transgen (197-200). Un studiu danez în care au fost urmărite 1.800 de femei transgen pentru o medie de 15 ani (variind de la 1 la 30 de ani) a raportat 1 caz de cancer de sân. Un studiu realizat de Inițiativa pentru sănătatea femeilor a raportat că femeile care au luat estrogeni equini conjugați fără progesteron timp de 7 ani nu au avut un risc crescut de cancer mamar în comparație cu femeile care au luat placebo (137).

Șapte cazuri de cancer de sân au fost găsite la bărbații transgen într-un amplu studiu retrospectiv efectuat de sistemul medical al Departamentului Afacerilor Veteranilor din SUA (194). Autorii studiului raportează că această cifră se încadrează în incidența preconizată a cancerului de sân la femeile cisgen din această grupă de vârstă. Mai mult, a existat un caz de cancer mamar care s-a dezvoltat la un pacient transgen după efectuarea unei mastectomii, sugerând probabilitatea de a dezvolta cancer chiar și după îndepărtarea glandelor mamare. Într-adevăr, au fost descrise cazuri de cancer în țesutul subareolar după mastectomie (201, 202).

Persoanele cu hipogonadism primar (sindromul Turner) care au fost supuse terapiei de substituție cu estrogen au avut o incidență semnificativ redusă a cancerului de sân comparativ cu standardul național (203, 204). Aceste studii arată că terapia cu estrogen nu crește riscul de dezvoltare a cancerului de sân pe termen scurt (<20-30 de ani). Sunt necesare cercetări pe termen lung pentru a determina adevăratul risc, precum și rolul mamografiei de screening. Depistarea cancerului de sân trebuie făcută prin controale periodice și consultații ginecologice.

Cancerul de prostată este extrem de rar la persoanele cu vârsta sub 40 de ani, în special cu privarea de androgen asociată terapiei (205). Castrarea în copilărie sau adolescență duce la regresia prostatei, în timp ce la vârsta adultă provoacă o regresie a hipertrofiei benigne de prostată (206). Deși, potrivit unui studiu realizat de van Kesteren și colab. (207), terapia cu estrogeni nu induce hipertrofie sau modificări precanceroase la nivelul prostatei la femeile transgen, unele studii raportează hiperplazie benignă de prostată la femeile transgen supuse tratamentului. Estrogeni timp de 20-25 de ani (208, 209). Studiile au raportat, de asemenea, mai multe cazuri de carcinom de prostată la femeile transgen (210-214).

Femeile transgen pot prezenta disconfort atunci când vine vorba de programarea screening-ului prostatei. Ginecologii nu au abilitatea de a depista cancerul de prostată sau de a monitoriza extinderea prostatei. Astfel, pentru femeile transgen care au făcut tranziția peste vârsta de 20 de ani, poate fi recomandabil să se efectueze examinări rectale anuale după vârsta de 50 de ani, precum și teste de antigen specifice prostatei, așa cum este recomandat de SUA Special Prevention Group (215).

4.7. Recomandăm ca medicii curanți să determine necesitatea medicală de histerectomie completă și ooforectomie ca parte a intervenției chirurgicale afirmative de gen. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

Dovezi

Contrar sugestiei potrivit căreia aromatizarea testosteronului în estradiol la bărbaiții transgen poate fi un factor de risc pentru cancerul endometrial (216), nu au fost raportate astfel de cazuri. Când histerectomia se efectuează la bărbaiții transgen, uterul este mic, iar endometrul este atrofic (217, 218). Mai multe studii au raportat cazuri de cancer ovarian (219, 220). În ciuda insuficienței datelor cu privire la riscul crescut de cancer reproductiv la bărbaiții transgen, clinicienii ar trebui să determine necesitatea medicală de histerectomie laparoscopică totală ca parte a intervenției chirurgicale afirmative de gen pentru a preveni cancerul tractului reproductiv (221).

Evaluare

Având în vedere disconfortul experimentat de bărbaiții transgen atunci când caută servicii ginecologice, recomandarea noastră în favoarea necesității medicale a histerectomiei totale și a ooforectomiei apreciază importanța evitării riscului patologiei și oncologiei organelor reproductivă feminine și mai jos - importanța evitării riscurile asociate acestor intervenții chirurgicale (atât direct legate de operație, cât și posibilele consecințe nedorite ale ooforectomiei), precum și de costurile financiare.

Observații

Orientarea sexuală și preferința pentru practicile sexuale vor juca un rol în determinarea serviciilor ginecologice de care are nevoie o anumită persoană după tranziția transgen. În plus, în unele state, îndepărtarea completă a organelor de reproducere poate fi o cerință pentru a putea schimba sexul

înregistrat pe certificatul de naștere. Medicii trebuie să sfătuiască și să asiste pacienții în înțelegerea cerințelor administrative non-medicale. În cazul în care o persoană nu dorește să facă o histerectomie, screeningul pentru cancerul de col uterin trebuie făcut în același mod ca și pentru femeile care nu sunt transgen.

5.0 Reconfigurarea genitaliilor și intervenții chirurgicale afirmative de gen

Pentru mulți adulți transgen chirurgia genitală afirmativă de gen poate fi un pas necesar către o viață de succes în rolul de gen dorit. Operațiile de acest tip se încadrează în două categorii: (1) care afectează în mod direct fertilitatea și (2) care nu afectează fertilitatea. Operațiunile de modificare a fertilității sunt adesea reglementate de legile statului în care sunt efectuate. Alte operații afirmative de gen care nu afectează fertilitatea sunt mai puțin strict reglementate.

Tehnologia chirurgicală afirmativă de gen s-a îmbunătățit semnificativ în ultimii 10 ani. Chirurgia reconstructivă a organelor genitale cu conservarea sensibilității neurologice este acum standardul. Nivelul de satisfacție cu rezultatele intervențiilor chirurgicale este în prezent foarte ridicat (187). În plus, starea psihologică a oamenilor se îmbunătățește adesea datorită participării la un program terapeutic care determină dezvoltarea în continuare a procedurilor medicale afirmative de gen, inclusiv terapia hormonală și intervențiile chirurgicale (130, 144) (Tabelul 16).

Tabelul 16. Condiții pentru prescrierea procedurilor chirurgicale afirmative de gen care afectează fertilitatea

1. Disforie de gen persistentă, bine documentată
2. Majoratul într-o anumită țară
3. Conduita continuă și responsabilă a terapiei hormonale afirmative de gen timp de 12 luni (în absența contraindicațiilor medicale la această terapie)
4. Viață permanentă de succes într-un nou rol de gen timp de 12 luni
5. Problemele medicale sau psihice semnificative, dacă există, ar trebui controlate corespunzător
6. Cunoașterea obiectiv verificabilă a aspectelor practice ale intervenției chirurgicale (cum ar fi costul, durata șederii în spital, posibilele complicații, reabilitarea postoperatorie)

Chirurgia care afectează fertilitatea este ireversibilă. Standardele de îngrijire (222) emise de Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen subliniază că „atingerea vârstei de 18 ani nu ar trebui în sine să fie percepută ca un argument pentru intervenție”. Dacă tranziția

socială transgen nu este suficient de reușită, dacă persoana este nemulțumită sau nesigură cu privire la rezultatele terapiei hormonale sau dacă persoana are îndoieli cu privire la necesitatea unei intervenții chirurgicale, un astfel de pacient nu trebuie trimis pentru intervenție chirurgicală (223, 224).

Intervențiile chirurgicale afirmative de gen care afectează fertilitatea femeilor transgen includ gonadectomia, penectomia și crearea neovaginei (225, 226). Adesea, tehnica operației se bazează pe eversiunea pielii penisului și pe formarea pereților vaginului din acesta; rezultatele acestor operații sunt descrise în mai multe recenzii ale literaturii medicale (227). În unele cazuri, nu există suficient țesut pentru a forma vaginul, astfel încât chirurgii au apelat la tehnici care utilizează fragmente intestinale cu rezultate reușite (87, 228, 229). Unele tehnici mai noi de vaginoplastie pot utiliza celule epiteliale în gura pacientului (230, 231). Scrotul se transformă în labiile majore. Chirurgii folosesc tehnici reconstructive pentru a modela clitorisul cu glugă, păstrând în același timp pachetul neurovascular al capului penisului pentru a oferi sensibilitate clitoriană. Unii chirurghi creează, de asemenea, un punct de depunere a pediculului suplimentar (punctul G) în neovagină (232). Recent, chirurgii plastici au dezvoltat tehnici pentru modelarea labiilor minore. Pentru a finaliza feminizarea, transplanturile uterine au fost propuse și testate (233).

Uneori, complicațiile care apar includ prolapsul neovaginei, fistulele rectovaginale, vindecarea îndelungată, îngustarea vaginului și altele (234, 235). Medicii ar trebui să insiste ca pacienții transgen să-și amintească să folosească regulat dilatatoare pentru a menține adâncimea și lățimea vaginală în perioada postoperatorie. Sensibilitatea erotică a organelor genitale și alte aspecte ale funcției sexuale sunt de obicei păstrate ca urmare a operațiilor afirmative de gen asupra organelor genitale (236, 237). Descrierea unor proceduri chirurgicale suplimentare de feminizare sau masculinizare nu intră în sfera de aplicare a acestor Recomandări. Pregătirea vocală cu un logoped poate face posibilă alinierea caracteristicilor vorbirii la genul aprobat (148). Coborârea spontană a înălțimii vocii are loc ca rezultat al terapiei cu testosteron la bărbații transgen (152, 238). Nu au existat studii care să compare eficacitatea antrenamentului vocii, a intervenției chirurgicale laringiene sau a ambelor.

Chirurgia mamară este un exemplu de chirurgie afirmativă în funcție de gen, care nu afectează fertilitatea. Mărimea glandelor mamare la femei variază foarte mult. Pentru ca pacienții transgen să ia cea mai bună decizie în cunoștință de cauză, se recomandă ca mamoplastia de augmentare să

fie efectuată nu mai devreme de 2 ani de la începerea terapiei cu estrogeni, deoarece glandele mamare continuă să se dezvolte în acest timp (141, 155).

Laserul sau electroliza părului facial și a părului cu aspect masculin este o altă procedură importantă. Alte intervenții chirurgicale feminizante, cum ar fi chirurgia plastică pentru feminizarea feței, câștigă popularitate (239-241).

Chirurgiile genitale afirmative de gen la bărbații transgen se efectuează de obicei nu mai devreme de câțiva ani de la inițierea terapiei cu androgeni. Operațiile care afectează fertilitatea includ ooforectomia, vaginectomia și histerectomia totală. Aceste operații pot fi efectuate laparoscopic cu acces prin vagin. Uneori pot fi efectuate simultan cu formarea neopenisului. Aspectul cosmetic al neopeniselor produse astăzi este foarte bun, dar operația se efectuează în mai multe etape, iar costul său este foarte mare (242, 243). Faloplastia utilizând un lambou radial pare să ofere cele mai satisfăcătoare rezultate (228, 244). Pot fi utilizate și alte site-uri donatoare (245). Erejecțiile neopenisului pot fi mediate prin reinervarea lamboului și contracția musculară ulterioară, rezultând întărirea neopenisului (246, 247), dar rata de succes variază (248). Duritatea penisului poate fi conferită și prin implantarea dispozitivelor mecanice (de exemplu, o tijă sau un dispozitiv hidraulic) (249, 250). Datorită acestor limitări, rezultatele neopenisului nu au fost adesea satisfăcătoare. Recent, au existat propuneri pentru un transplant de penis (233).

De fapt, majoritatea bărbaților transgen nu sunt supuși unei intervenții chirurgicale genitale externe din cauza inaccesibilității și costului ridicat al acestor proceduri, precum și din cauza riscului semnificativ de complicații. Unii optează pentru metoidioplastie, care propulsează clitorisul înainte, astfel încât este posibil să urinezi în picioare, fără a primi lichide pe îmbrăcăminte (251, 252). Chirurgii pot folosi și labiile majore pentru a crea un scrot folosind implanturi testiculare, cu rezultate cosmetice bune (253).

Cea mai importantă operație masculinizantă pentru bărbații transgen este mastectomia, care nu afectează fertilitatea. Dimensiunea glandelor mamare scade doar ușor ca urmare a terapiei cu androgeni (155). La adulți, decizia de a face o mastectomie se ia de obicei după inițierea terapiei cu androgen. Deoarece unii bărbați transgen caută ajutor după ce glandele lor mamare au atins o dezvoltare semnificativă, pot lua în considerare și o mastectomie la 2 ani după începerea terapiei cu androgen, înainte de a împlini vârsta de 18 ani. Această problemă ar trebui rezolvată individual, pe baza stării fizice și psihologice a persoanei. Cele mai recente abordări

ale mastectomiei oferă rezultate semnificativ mai bune (254, 255). Acestea includ adesea corecția conturului toracic (256). Mastectomia este adesea o condiție prealabilă pentru o viață confortabilă într-o nouă genă (256).

5.1. Recomandăm ca o intervenție chirurgicală afirmativă de gen să fie luată în considerare numai după ce specialistul din domeniul sănătății mintale și medical care însoțește tranziția endocrină transgen sunt de acord asupra necesității medicale a intervenției chirurgicale și a probabilității unui rezultat favorabil pentru sănătatea și bunăstarea generală a pacientului. (1 |**).

5.2. Sugerăm că problema intervenției chirurgicale de reconfigurare a organelor genitale ar trebui luată în considerare nu mai devreme de 1 an de terapie hormonală continuă și administrată corespunzător, cu excepția cazului în care pacientul nu dorește să fie supus terapiei hormonale sau are contraindicații medicale. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

5.3. Recomandăm ca medicul care efectuează terapia endocrină, împreună cu medicul curant, să confirme că nu există contraindicații medicale pentru operație și să fie de acord cu chirurgia cu privire la aportul de hormoni în timpul operației și în perioada postoperatorie. (Recomandare de bună practică fără evaluare)

5.4. Recomandăm ca medicii curanți să trimită persoanele transgen supuse terapiei hormonale la intervenții chirurgicale genitale atunci când: (1) a avut loc o schimbare reușită a vieții sociale a pacientului, (2) pacientul este mulțumit de efectele terapiei hormonale și, (3) pacientul dorește modificări chirurgicale ireversibile (1 |*).

5.5. Sugerăm ca medicii curanți să nu trimită pacienții la intervenții chirurgicale care implică îndepărtarea gonadelor și/sau histerectomia până când pacientul nu împlinește vârsta de 18 ani sau vârsta legală a majorității în țară (2 |**).

5.6. Vă sugerăm ca medicii curanți, atunci când stabilesc disponibilitatea pentru intervenția chirurgicală a sânilor la bărbații transgen, să se bazeze pe nivelul de sănătate fizică și mintală a acestora din urmă. Nu există dovezi suficiente pentru a susține cerința ca un pacient să atingă o anumită vârstă (2 |*).

Dovezi

Datorită deficitului de studii controlate, urmării pe termen lung și instrumentelor analitice fiabile, evaluarea diferitelor abordări și tehnici chirurgicale este dificilă. Cu toate acestea, o analiză sistematică, incluzând un număr semnificativ de studii, a raportat rezultate funcționale și cosmetice satisfăcătoare ale vaginoplastiei/formării neo-vaginale (257). Există mai puțină claritate cu privire la rezultatele pentru bărbații transgen. Cu toate acestea, înțelegerea unora dintre complexități se îmbunătățește (258). Mai multe studii privind efectele intervenției chirurgicale au raportat procese patologice psihologice și psihiatrice semnificative pe termen lung (259-261). Un studiu a raportat o satisfacție crescută a pacienților în ceea ce privește sâni, organele genitale și feminizarea, arătând că intervenția chirurgicală este o procedură medicală cheie pentru femeile transgen (262). Un alt studiu arată că, în ciuda vârstei medii destul de tinere a deceselor datorate intervențiilor chirurgicale, precum și a numărului relativ mare de persoane cu una sau alta tulburare somatică, concluzia despre o relație cauzală neechivocă între, de exemplu, anumite procedurile hormonale sau chirurgicale și deprecierea fizică/mortalitatea nu pot fi realizate (263). Operația de reconstrucție genitală la persoanele înscrise ca bărbați la naștere care au regretat tranziția transgen este o procedură complexă în mai multe etape, cu rezultate satisfăcătoare. O înțelegere mai profundă a caracteristicilor persoanelor care ulterior regretă operația efectuată ar putea facilita selecția viitoare a candidaților la o intervenție chirurgicală afirmativă de gen. Pentru a elucida beneficiile pe termen lung ale intervenției chirurgicale, sunt necesare studii mai controlate asupra efectelor lor pe termen lung asupra calității vieții pacienților, precum și asupra consecințelor lor psihosociale și psihiatrice.

Atunci când un pacient decide să se supună unei intervenții chirurgicale afirmative de gen, medicul care prescrie hormoni trebuie să colaboreze cu profesionistul din domeniul sănătății mintale pentru a se asigura că pacientul îndeplinește criteriile pentru o intervenție chirurgicală afirmativă de gen (Tabelul 16). Există unele dovezi care sugerează că terapia cu estrogeni

poate crește riscul de tromboză venoasă în timpul intervenției chirurgicale sau perioada postoperatorie (176). Din acest motiv, chirurgul și medicul care însoțește terapia hormonală a pacientului trebuie să ia o decizie comună cu privire la utilizarea medicamentelor hormonale înainte de intervenție și în perioada postoperatorie. Un studiu raportează că factorii preoperatori (cum ar fi respectarea instrucțiunilor medicului) sunt mai puțin importanți pentru satisfacția pacientului decât rezultatul fizic al intervenției (56). Cu toate acestea, alte studii și practici clinice sugerează că pacienții care neglijează instrucțiunile medicale și nu cooperează cu medicii lor pentru a atinge un obiectiv comun nu își ating obiectivele (264) și, de asemenea, se confruntă cu un număr mai impresionant de infecții postoperatorii și alte complicații (265, 266). De asemenea, este important nivelul de satisfacție al pacientului cu modificările anatomice care au avut loc datorită terapiei hormonale. Nemulțumirea față de rezultatele sociale și fizice ale tranziției transgen hormonale poate fi o contraindicație a intervenției chirurgicale (223).

După operație, o persoană transgen trebuie monitorizată de un endocrinolog sau alt medic cu experiență. Persoanele care au suferit o gonadectomie vor avea nevoie de terapie de substituție hormonală și/sau supraveghere pentru a preveni consecințele negative ale lipsei cronice de hormoni sexuali.

Bibliografie

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbor RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schuenemann HJ, Edejer T, Varonen H, Vist GE, Williams JW, Jr, Zaza S; Grupul de lucru GRADE. Calitatea calificării dovezilor și puterea recomandărilor. *BMJ*. 2004; 328 (7454): 1490.

Swiglo BA, Murad MH, Schuenemann HJ, Kunz R, Vigersky RA, Guyatt GH, Montori VM. Un caz pentru claritate, consecvență și utilitate: orientări de practică clinică de ultimă generație în endocrinologie utilizând gradarea recomandărilor, evaluare, dezvoltare și sistem de evaluare. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93 (3): 666-673.

Bullough VL. Transsexualismul în istorie. *Arch Sex Behav*. 1975; 4 (5): 561-571.

Benjamin H. Fenomenul transsexual. *Trans NY Acad Sci*. 1967; 29 (4): 428-430.

Meyerowitz J. Cum s-a schimbat sexul: o istorie a transexualității în Statele Unite. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2002.

Hirschfeld M. Was muss das Volk vom Dritten Geschlecht wissen. Verlag Max Spohr, Leipzig; 1901.

Fisk NM. Editorial: Sindromul disforiei de gen - conceptualizarea care liberalizează indicațiile pentru reorientarea totală a genului și implică un regim de reabilitare multidimensional pe bază largă. *West J Med*. 1974; 120 (5): 386-391.

Diamond L. Experiență și identitate transgen. În: Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles VL, eds. Manual de teorie și cercetare a identității. New York, NY: Springer; 2011: 629-647.

Queen C, Schimmel L, eds. *PoMoSexuals: Ipoteze provocatoare despre sex și sexualitate*. San Francisco, CA: Cleis Press; 1997.

Case LK, Ramachandran VS. Alternarea incongruenței de gen: un nou sindrom neuropsihiatric care oferă o perspectivă asupra plasticității dinamice a sexului mental. *Ipoteze Med*. 2012; 78 (5): 626-631.

Johnson TW, Wassersug RJ. Tulburare de identitate de gen în afara binarului: atunci când tulburarea de identitate de gen - nespecificată altfel nu este suficient de bună. *Arch Sex Behav*. 2010; 39 (3): 597-598.

Wibowo E, Wassersug R, Warkentin K, Walker L, Robinson J, Brotto L, Johnson T. Impactul terapiei privative de androgen asupra funcției sexuale: un răspuns. *Asian J Androl*. 2012; 14 (5): 793-794.

Pasquosoone V. 7 țări care oferă persoanelor transgen drepturi fundamentale, SUA încă nu vor. 2014. Disponibil la: <https://mic.com/articles/87149/7-countries-giving-transgender-people-fundamental-rights-theu-s-still-won-t>. Accesat la 26 august

2016.

American Psychiatric Association. Manualul de diagnosticare și statistic al tulburărilor mintale. A 5-a ed. Arlington, VA: Editura Asociației Americane de Psihiatrie.

Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Gândirea corpului: situarea diagnosticelor de identitate de gen în ICD-11. *Int Rev Psihiatrie*. 2012; 24 (6): 568-577.

Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. Standarde de îngrijire pentru sănătatea persoanelor trans, transgen și neconforme de gen. Disponibil la: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu51351&pk_association_webpage53926. Accesat la 1 septembrie 2017.

Kreukels BP, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Gijs L, Cohen-Kettenis PT. O rețea europeană pentru investigarea incongruenței de gen: inițiativa ENIGI. *Psihiatrie Eur*. 2012; 27 (6): 445-450.

Dekker MJ, Wierckx K, Van Caenegem E, Klaver M, Kreukels BP, Elaut E, Fisher AD, van Trotsenburg MA, Schreiner T, den Heijer M, T'Sjoen G. O rețea europeană pentru investigarea incongruenței de gen: partea endocrină. *J Sex Med*. 2016; 13 (6): 994–

Ruble DN, Martin CL, Berenbaum SA. Dezvoltarea genului. În: Damon WL, Lerner RM, Eisenberg N, eds. Manual de psihologie a copilului: dezvoltare socială, emoțională și a personalității. Vol. 3. ed. A VI-a. New York, NY: Wiley; 2006; 858-931.

Steensma TD, Kreukels BP, de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Dezvoltarea identității de gen în adolescență. *Horm Behav*. 2013; 64 (2): 288–297.

Rosenthal SM. Abordare față de pacient: tineret transgen: considerații endocrine. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014; 99 (12): 4379–4389.

Saraswat A, Weinand JD, Safer JD. Dovezi care susțin natura biologică a identității de gen. *Practica endocrină*. 2015; 21 (2): 199–204.

Gooren L. Biologia diferențierii psihosexuale umane. *Horm Behav*. 2006; 50 (4): 589-601.

Berenbaum SA, Meyer-Bahlburg HF. Dezvoltarea genului și sexualitatea în tulburările dezvoltării sexuale. *Horm Metab Res*. 2015; 47 (5): 361–366.

Dessens AB, Slijper FME, Drop SLS. Disforie de gen și schimbare de gen la femeile cromozomiale cu hiperplazie suprarenală congenitală. *Arch Sex Behav*. 2005; 34 (4): 389-397.

Meyer-Bahlburg HFL, Dolezal C, Baker SW, Ehrhardt AA, New MI. Dezvoltarea genului la femeile cu hiperplazie suprarenală congenitală în funcție de severitatea tulburării. *Arch Sex Behav*. 2006; 35 (6): 667-684.

Frisén L, Nordenström A, Falhammar H, Filipsson H, Holmdahl G, Janson PO, Thorén M, Hagenfeldt K, Möller A, Nordenskjöld A. Comportamentul rolului de gen, sexualitatea și adaptarea psihosocială la femeile cu hiperplazie suprarenală congenitală din cauza deficitului CYP21A2. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009; 94 (9): 3432-3439.

Meyer-Bahlburg HFL, Dolezal C, Baker SW, Carlson AD, Obeid JS, New MI. Androgenizarea prenatală afectează comportamentul legat de gen, dar nu identitatea de gen la fetele de 5-12 ani cu hiperplazie suprarenală congenitală. *Arch Sex Behav.* 2004; 33 (2): 97-104.

Cohen-Kettenis PT. Schimbarea de gen la 46, persoane XY cu deficit de 5 α reductază-2 și deficit de 17 β -hidroxisteroid dehidrogenază-3. *Arch Sex Behav.* 2005; 34 (4): 399-410.

Reiner WG, Gearhart JP. Identitate sexuală discordantă la unii bărbați genetici cu extrofie cloacală atribuită sexului feminin la naștere. *N Engl J Med.* 2004; 350 (4): 333-341.

Meyer-Bahlburg HFL. Rezultatul identității de gen la persoanele crescute de sex feminin 46, XY cu agenezie peniană, exstrofie cloacală a vezicii urinare sau ablație peniană. *Arch Sex Behav.* 2005; 34 (4): 423-438.

Coolidge FL, Thede LL, Young SE. Heritabilitatea tulburării de identitate de gen la un eșantion de gemeni pentru copii și adolescenți. *Comportă-te Genet.* 2002; 32 (4): 251-257.

Heylens G, De Cuypere G, Zucker KJ, Schelfaut C, Elaut E, Vanden Bossche H, De Baere E, T'Sjoen G. Tulburarea identității de gen la gemeni: o revizuire a literaturii raportului de caz. *J Sex Med.* 2012; 9 (3): 751-757.

Fernández R, Esteve I, Gómez-Gil E, Rumbo T, Almaraz MC, Roda E, Haro-Mora J-J, Guillamón A, Pásaro E .. Studiu de asociere a genelor ER β , AR și CYP19A1 și transsexualismului MtF. *J Sex Med.* 2014; 11 (12): 2986-2994.

Henningsson S, Westberg L, Nilsson S, Lundström B, Ekselius L, Bodlund O, Lindström E, Hellstrand M, Rosmond R, Eriksson E, Landén M. Gene legate de steroizi sexuali și transsexualismul bărbat-la-femeie. *Psihoneuroendocrinologie.* 2005; 30 (7): 657-664.

Hare L, Bernard P, Sánchez FJ, Baird PN, Vilain E, Kennedy T, Harley VR. Receptorul de androgeni repetă polimorfismul de lungime asociat cu transsexualismul de la bărbat la femeie. *Biol Psihiatrie.* 2009; 65 (1): 93-96.

Lombardo F, Toselli L, Grassetti D, Paoli D, Masciandaro P, Valentini F, Lenzi A, Gandini L. Hormonul și studiul genetic la pacienții transsexuali de la bărbați la femei. *J Endocrinol Invest.* 2013; 36 (8): 550-557.

Ujike H, Otani K, Nakatsuka M, Ishii K, Sasaki A, Oishi T, Sato T, Okahisa Y, Matsumoto Y, Namba Y, Kimata Y, Kuroda S. Studiul de asociere a tulburării de identitate de gen și a genelor legate de hormoni sexuali. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009; 33 (7): 1241-1244.

Kreukels BP, Guillamon A. Studii de neuroimagică la persoane cu incongruență de gen. *Int Rev Psihiatrie*. 2016; 28 (1): 120-128.

Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Disforie de gen restrictivă și persistentă după copilărie: un studiu calitativ de urmărire. *Clin Psihiatrie psihologică pentru copii*. 2011; 16 (4): 499-516.

Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Rezultatul psihosexual al copiilor cu disforie de gen. *J Am Acad Psihiatrie Adolescent Copil*. 2008; 47 (12): 1413-1423.

Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factori asociați cu absența și persistența disforiei de gen în copilărie: un studiu cantitativ de urmărire. *J Am Acad Psihiatrie Adolescent Copil*. 2013; 52 (6): 582–

Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Caracteristicile demografice, competența socială și problemele de comportament la copiii cu tulburare de identitate de gen: o analiză comparativă transnațională, trans-clinică. *J Abnorm Child Psychol*. 2003; 31 (1): 41-53.

Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Sănătatea mintală și disforia de gen: o revizuire a literaturii. *Int Rev Psihiatrie*. 2016; 28 (1): 44-57.

Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Trăsăturile tulburărilor din spectrul autist la adulții cu disforie de gen. *Arch Sex Behav*. 2014; 43 (2): 387-393.

Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, Vance SR. Copiii și adolescenții cu tulburări de identitate de gen se referă la un centru medical pediatric. *Pediatrie*. 2012; 129 (3): 418-425.

Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Factori care prezic comorbiditatea psihiatrică la adulții disforici de gen. *Psihiatrie Res*. 2012; 200 (2-3): 469–474.

VanderLaan DP, Leef JH, Wood H, Hughes SK, Zucker KJ. Factorii de risc ai tulburării spectrului autist și trăsăturile autiste la copiii disforici de gen. *J Tulburare de autism*. 2015; 45 (6): 1742-1750.

de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Comorbiditatea psihiatrică la adolescenții disforici de gen. *J Psihiatrie psihologică a copiilor*. 2011; 52 (11): 1195-1202.

de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Tulburări din spectrul autist la copii și adolescenți cu disforie de gen. *J Tulburare de*

autism. 2010; 40 (8): 930-936.

WallienMSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Comorbiditatea psihiatrică în rândul copiilor cu tulburare de identitate de gen. *J Am Acad Psihiatrie Adolescent Copil*. 2007; 46 (10): 1307-1314.

Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Inversarea rolului de gen în rândul transsexualilor postoperatori. Disponibil la: <https://www.atria.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposium / ijtc0502.htm>. Accesat la 26 august 2016.

Landén M, Wälinder J, Hambert G, Lundstroem B. Factori predictivi ai regretului în realocarea sexului. *Acta Scand psihiatru*. 1998; 97 (4): 284-289.

Olsson S-E, Moeller A. Regret după o operație de realocare a sexului într-un transsexual bărbat-femeie: o urmărire pe termen lung. *Arch Sex Behav*. 2006; 35 (4): 501-506.

Pfaefflin F, Junge A, eds. *Geschlechtsumwandlung: Abhandlungen zur Transsexualitaet*. Stuttgart, Germania: Schattauer; 1992.

Lawrence AA. Factori asociați cu satisfacția sau regretul după o intervenție chirurgicală de realocare a sexului de la bărbat la femeie. *Arch Sex Behav*. 2003; 32 (4): 299-315.

Cohen-Kettenis PT, Pfaefflin F. *Transgeneritatea și intersexualitatea în copilărie și adolescență: alegeri*. Thousand Oaks, CA: Publicații SAGE; 2003.

Di Ceglie D, FreedmanD, McPherson S, Richardson P. Copiii și adolescenții și serviciul specializat de dezvoltare a identității de gen: trăsături clinice și caracteristici demografice. Disponibil la: https://www.researchgate.net/publication / 276061306_Children_and_Adolescents_Referred_to_a_Specialist_Gender_Identity_Development_Service_Clinical_Features_and_Demographic_Characteristics. Accesat la 20 iulie 2017.

Gijs L, Brewaeyns A. Tratatamentul chirurgical al disforiei de gen la adulți și adolescenți: evoluții recente, eficacitate și provocări. *Annu Rev Sex Res*. 2007; 18: 178-224.

Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Reatribuirea sexuală a transsexualilor adolescenți: un studiu de urmărire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36 (2): 263-271.

Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescenții cu tulburare de identitate de gen care au fost acceptați sau respinși pentru operația de realocare a sexului: un studiu prospectiv de urmărire. *J Am Acad Psihiatrie Adolescent Copil*. 2001; 40 (4): 472-481.

Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Redistribuirea sexului: rezultate și predictorii ai tratamentului pentru adolescenți și transsexuali adulți.

Psychol Med. 2005; 35 (1): 89–99.

de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Rezultat psihologic pentru adulți tineri după suprimarea pubertății și reatribuirea genului. *Pediatrics*. 2014; 134 (4): 696-704.

Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ III. Comorbiditatea disforiei de gen și a altor diagnostice psihiatrice majore. *Arch Sex Behav*. 1997; 26 (1): 13-26.

Cohen-Kettenis PT, Schagen SEE, Steensma TD, de Vries ALC, Delemarre-van de Waal HA. Suprimarea pubertății la un adolescent disforic de gen: o urmărire de 22 de ani. *Arch Sex Behav*. 2011; 40 (4): 843-847.

First MB. Dorința de amputare a unui membru: parafilie, psihoză sau un nou tip de tulburare de identitate. *Psychol Med*. 2005; 35 (6): 919-928.

Wierckx K, Van Caenegem E, Pennings G, Elaut E, Dedecker D, Van de Peer F, Weyers S, De Sutter P, T'Sjoen G. Dorință reproductivă la bărbații transsexuali. *Hum Reprod*. 2012; 27 (2): 483-487.

Wierckx K, Stuyver I, Weyers S, Hamada A, Agarwal A, De Sutter P, T'Sjoen G. Înghețarea spermei la femeile transsexuale. *Arch Sex Behav*. 2012; 41 (5): 1069-1071.

Bertelloni S, Baroncelli GI, Ferdeghini M, Menchini-Fabris F, Saggese G. Înălțimea finală, funcția gonadică și densitatea minerală osoasă a bărbaților adolescenți cu pubertate precoce centrală după terapia cu analogi hormonal care eliberează gonadotropina. *Eur J Pediatr*. 2000; 159 (5): 369-374.

Buechter D, Behre HM, Kliesch S, Nieschlag E. GnRH pulsatil sau gonadotropină corionică umană/gonadotropină menopauză umană ca tratament eficient pentru bărbații cu hipogonadism hipogonadotrop: o revizuire a 42 de cazuri. *Eur J Endocrinol*. 1998; 139 (3): 298-303.

Liu PY, Turner L, Rushford D, McDonald J, Baker HW, Conway AJ, Handelsman DJ. Eficacitatea și siguranța hormonului foliculostimulant uman recombinant (Gonal-F) cu gonadotrofină corionică urinară umană pentru inducerea spermatogenezei și fertilității la bărbații cu deficit de gonadotropină. *Hum Reprod*. 1999; 14 (6): 1540–1545.

Pasquino AM, Pucarelli I, Accardo F, Demiraj V, Segni M, Di Nardo R. Observație pe termen lung a 87 de fete cu pubertate precoce centrală idiopatică tratate cu analogi hormonal care eliberează gonadotropina: impact asupra înălțimii adulților, indicele de masă corporală, mineral osos conținut și funcția reproductivă. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93 (1): 190-195.

Magiakou MA, Manousaki D, Papadaki M, Hadjidakis D, Levidou G, Vakaki M, Papaefstathiou A, Lalioti N, Kanaka-Gantenbein C, Piaditis G, Chrousos GP, Dacou-

Voutetakis C. Eficacitatea și siguranța analogului hormonal eliberator

de gonadotropină tratament în copilărie și adolescență: un singur centru, studiu de urmărire pe termen lung. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95 (1): 109-117.

Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, Hayashi T, Ikeda H, Masumori N, Kamiya H, Moriwaka O, Saito T. Asocierea dintre sindromul ovarului polichistic și transexualitatea de la femeie la bărbat. *Hum Reprod.* 2007; 22 (4): 1011-1016.

Spinder T, Spijkstra JJ, van den Tweel JG, Burger CW, van Kessel H, Hompes PGA, Gooren LJG. Efectele administrării de testosteron pe termen lung asupra secreției pulsatile de hormon luteinizant și asupra histologiei ovariene la subiecții eugonadali la transexuali de la femeie la bărbat. *J Clin Endocrinol Metab.* 1989; 69 (1): 151-157.

Baba T, Endo T, Ikeda K, Shimizu A, Honnma H, Ikeda H, Masumori N, Ohmura T, Kiya T, Fujimoto T, Koizumi M, Saito T. Trăsături distinctive ale transexualismului bărbat-bărbat și prevalența identității de gen tulburare în Japonia. *J Sex Med.* 2011; 8 (6): 1686-1693.

Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transexualismul în Serbia: un studiu de urmărire de douăzeci de ani. *J Sex Med.* 2009; 6 (4): 1018-1023.

Ikeda K, Baba T, Noguchi H, Nagasawa K, Endo T, Kiya T, Saito T. Expunerea excesivă la androgeni la persoanele transexuale de sex feminin de vârstă reproductivă induce hiperplazia cortexului ovarian și a stromei, dar nu morfologia ovarelor polichistice. *Hum Reprod.* 2013; 28 (2): 453-461.

Trebay G. Este însărcinat. Sunteți vorbitori. *New York Times.* 22 iunie 2008.

Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Bărbați transgen care au suferit sarcini după o tranziție între femei și bărbați. *Obstet Gynecol.* 2014; 124 (6): 1120-1127.

De Sutter P. Inseminări de donatori în partenerii transexualilor de la femeie la bărbați: ar trebui pusă întrebarea? *Reprod Biomed online.* 2003; 6 (3): 382, răspunsul autorului 282-283.

De Roo C, Tilleman K, T'Sjoen G, De Sutter P. Opțiuni de fertilitate la persoanele transgende. *Int Rev Psihiatrie.* 2016; 28 (1): 112-119.

Wennink JMB, Delemarre-van de Waal HA, Schoemaker R, Schoemaker H, Schoemaker J. Modele de secreție a hormonului luteinizant și a foliculului stimulator la băieți pe tot parcursul pubertății măsurate folosind teste imunoradiometrice foarte sensibile. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1989; 31 (5): 551-564.

Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJG. Tratamentul transexualilor adolescenți: schimbări de perspectivă. *J Sex Med.* 2008; 5 (8): 1892-1897.

Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Managementul clinic al tulburării de identitate de gen la adolescenți: un protocol privind aspectele psihologice și endocrinologice pediatrice. *Eur J Endocrinol.* 2006; 155: S131 – S137.

deVries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Suprimarea pubertății la adolescenții cu tulburare de identitate de gen: un studiu prospectiv de urmărire. *J Sex Med.* 2011; 8 (8): 2276-2283.

Bouman MB, van Zeijl MCT, Buncamper ME, Meijerink WJHJ, van Bodegraven AA, Mullender MG. Vaginoplastia intestinală revizuită: o revizuire a tehnicilor chirurgicale, a complicațiilor și a funcției sexuale. *J Sex Med.* 2014; 11 (7): 1835–1847.

Carel JC, Eugster EA, Rogol A, Ghizzoni L, Palmert MR, Antoniazzi F, Berenbaum S, Bourguignon JP, Chrousos GP, Coste J, Deal S, de Vries L, Foster C, Heger S, Holland J, Jahnukainen K, Juul A, Kaplowitz P, Lahlou N, Lee MM, Lee P, Merke DP, Neely EK, Oostdijk W, Phillip M, Rosenfield RL, Shulman D, Styne D, Tauber M, Wit JM; ESPE-LWPES GnRH Analogs Consensus Group Conference Group. Declarație de consens privind utilizarea analogilor hormonilor care eliberează gonadotropina la copii. *Pediatrie.* 2009; 123 (4): e752 – e762.

Roth CL, Brendel L, Rückert C, Hartmann K. Tratamentul analogic și agonist GnRH analog al pubertății precoce: urmărirea concentrațiilor de gonadotropină în urină. *Horm Res.* 2005; 63 (5): 257–262.

Roth C. Potențialul terapeutic al antagoniștilor GnRH în tratamentul pubertății precoce. *Expert Opin Investig Drugs.* 2002; 11 (9): 1253-1259.

Tuvemo T. Tratamentul pubertății precoce centrale. *Expert Opin Investig Drugs.* 2006; 15 (5): 495-505.

Schagen SE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. Eficacitatea și siguranța tratamentului cu agonist hormonal eliberator de gonadotropină pentru suprimarea pubertății la adolescenții disforici de gen. *J Sex Med.* 2016; 13 (7): 1125–1132.

Manasco PK, Pescovitz OH, Feuillean PP, Hench KD, Barnes KM, Jones J, Hill SC, Loriaux DL, Cutler GB, Jr. *J Clin Endocrinol Metab.* 1988; 67 (2): 368-372.

Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Masa osoasă la vârsta adultă tânără în urma tratamentului hormonal cu eliberare a gonadotropinei și a tratamentului cu hormoni sexuali încrucișați la adolescenții cu disforie de gen. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100 (2): E270 – E275.

Finkelstein JS, Klibanski A, Neer RM. Evaluarea longitudinală a densității minerale osoase la bărbații adulți cu istoric de pubertate întârziată. *J Clin Endocrinol Metab.* 1996; 81 (3): 1152–1155.

Bertelloni S, Baroncelli GI, Ferdeghini M, Perri G, Saggese G. Densitatea minerală osoasă volumetrică normală și rotația osoasă la bărbații tineri cu istoric de întârziere constituțională a pubertății. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83 (12): 4280-4283.

Darelid A, Ohlsson C, Nilsson M, Kindblom JM, Mellström D, Lorentzon M. Revizuire achiziționării oaselor la bărbații tineri adulți cu pubertate normală târzie. *J Bone Miner Res.* 2012; 27 (10): 2198-2207.

Mittan D, Lee S, Miller E, Perez RC, Basler JW, Bruder JM. Pierderea osoasă după hipogonadism la bărbații cu cancer de prostată tratați cu analogi GnRH. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002; 87 (8): 3656-3661.

Saggese G, Bertelloni S, Baroncelli GI, Battini R, Franchi G. Reducerea densității osoase: un efect al gonadotropinei care eliberează un tratament hormonal analog în pubertatea precoce centrală. *Eur J Pediatr.* 1993; 152 (9): 717-720.

Neely EK, Bachrach LK, Hintz RL, Habiby RL, Slemenda CW, Feezle L, Pescovitz OH. Densitatea minerală osoasă în timpul tratamentului pubertății precoce centrale. *J Pediatr.* 1995; 127 (5): 819-822.

Bertelloni S, Baroncelli GI, Sorrentino MC, Perri G, Saggese G. Efectul pubertății precoce centrale și a tratamentului analogic hormonal de eliberare a gonadotropinei asupra masei osoase maxime și a înălțimii finale la femei. *Eur J Pediatr.* 1998; 157 (5): 363-367.

Thrnnton P, Silverman LA, Geffner ME, Neely EK, Gould E, Danoff TM. Revizuirea rezultatelor după încetarea tratamentului agonist al hormonului de eliberare a gonadotropinelor la fetele cu pubertate precoce. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2014; 11 (3): 306-317.

Lem AJ, van der Kaay DC, Hokken-Koelega AC. Densitatea minerală osoasă și compoziția corpului la copiii scurți născuți SGA în timpul tratamentului cu hormonul de creștere și hormoni analogi care eliberează gonadotropina. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013; 98 (1): 77-86.

Antoniazzi F, Zamboni G, Bertoldo F, Lauriola S, Mengarda F, Pietrobelli A, Tato` L. Masa osoasă la înălțimea finală în pubertatea precoce după agonistul hormonului care eliberează gonadotropina cu și fără supliment de calciu. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003; 88 (3): 1096-1101.

Calcaterra V, Mannarino S, Corana G, Codazzi AC, Mazzola A, Brambilla P, Larizza D. Hipertensiune în timpul terapiei cu triptorelină la o fată cu pubertate precoce. *Indian J Pediatr.* 2013; 80 (10): 884-885.

Siomou E, Kosmeri C, Pavlou M, Vlahos AP, Argyropoulou MI, Siamopoulou A. Hipertensiune arterială în timpul tratamentului cu triptorelină la un copil cu sindrom Williams-Beuren. *Pediatr Nefrol.* 2014; 29 (9): 1633-1636.

Staphorsius AS, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT, Veltman DJ, Burke SM, Schagen SEE, Wouters FM, Delemarre-van de Waal HA, Bakker J. Suprimarea pubertății și funcționarea executivă: un studiu fMRI la adolescenții cu disforie de gen. *Psihoneuroendocrinologie*. 2015; 56: 190-199.

Hough D, Bellingham M, Haraldsen IR, McLaughlin M, Rennie M, Robinson JE, Solbakk AK, Evans NP. Memoria spațială este afectată de tratamentul agonist peripubertar GnRH și de înlocuirea testosteronului la ovine. *Psihoneuroendocrinologie*. 2017; 75: 173–182.

Collipp PJ, Kaplan SA, Boyle DC, Plachte F, Kogut MD. Pubertate precoce constituțională isosexuală. *Sunt J Dis Copil*. 1964; 108: 399–405.

Hahn HB, Jr, Hayles AB, Albert A. Medroxyprogesterone și pubertatea precoce constituțională. *Mayo Clin Proc*. 1964; 39: 182-190.

Kaplan SA, Ling SM, Irani NG. Precocitatea izosexuală idiopatică. *Sunt J Dis Copil*. 1968; 116 (6): 591-598.

Schoen EJ. Tratamentul pubertății precoce idiopatice la băieți. *J Clin Endocrinol Metab*. 1966; 26 (4): 363-370.

Gooren L. Tratamentul hormonal al pacientului transsexual adult. *Horm Res*. 2005; 64 (Supliment 2): 31-36.

Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Tratamentul endocrin al persoanelor transsexuale: o revizuire a regimurilor de tratament, a rezultatelor și a efectelor adverse. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003; 88 (8): 3467–3473.

Krueger RB, Hembree W, Hill M. Prescrierea acetatului de medroxiprogesteronă la un pacient cu pedofilie, rezultând sindromul Cushing și insuficiență suprarenală. *Abuz sexual*. 2006; 18 (2): 227-228.

Lynch MM, Khandheria MM, Meyer WJ. Studiu retrospectiv al managementului tulburărilor de identitate de gen ale copilăriei și adolescenților utilizând acetat de medroxiprogesteron. *Int J Transgenderism*. 2015; 16: 201-208.

Tack LJW, Craen M, Dhondt K, Vanden Bossche H, Laridaen J, Cools M. Tratament consecutiv cu lestrenol și hormoni sexuali la adolescenții biologici cu disforie de gen: o analiză retrospectivă. *Biol Sex Differ*. 2016; 7:14.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM; Societatea endocrină. Tratamentul endocrin al persoanelor transsexuale: un ghid de practică clinică a societății endocrine. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94 (9): 3132-3154.

Mann L, Harmoni R, Power C. Luarea deciziilor adolescenților: dezvoltarea competenței. *J Adolescență*. 1989; 12 (3): 265-278.

Stultiens L, Goffin T, Borry P, Dierickx K, Nys H. Minori și consimțământul informat: o abordare comparativă. *Eur J Legea sănătății*. 2007; 14 (1): 21-46.

Arshagouni P. „Dar eu sunt adult acum ... un fel de”. Consimțământul adolescenților în luarea deciziilor în domeniul sănătății și creierul adolescentului. Disponibil la: <http://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1124&context=jhclp>. Accesat la 25 iunie 2017

NHS. Prescrierea hormonilor sexuali încrucișați ca parte a serviciului de dezvoltare a identității de gen pentru copii și adolescenți. Disponibil la:

<https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/08/clinic-com-pol-16046p.pdf>. Accesat la 14 iunie 2017.

Ankarberg-Lindgren C, Kriström B, Norjavaara E. Terapia fiziologică de substituție a estrogenilor pentru inducerea pubertății la fete: un studiu clinic observațional. *Horm Res Paediatr*. 2014; 81 (4): 239-244.

Olson J, Schragr SM, Clark LF, Dunlap SL, Belzer M. Testosteron subcutanat: un mecanism de livrare eficient pentru masculinizarea tinerilor bărbați transgen. *Sănătatea LGBT*. 2014; 1 (3): 165-167.

Spratt DI, Stewart I, Savage C, Craig W, Spack NP, Chandler DW, Spratt LV, Eimicke T, Olshan JS. Injecția subcutanată de testosteron este o alternativă

eficientă și preferată la injecția intramusculară: demonstrație la pacienții transgen de la femeie la bărbat. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017. doi: 10.1210/jc.2017-00359

Eisenegger C, von Eckardstein A, Fehr E, von Eckardstein S. Farmacocinetica preparatelor cu gel de testosteron și estradiol la bărbații tineri sănătoși. *Psihoneuroendocrinologie*. 2013; 38 (2): 171-178.

de Ronde W, ten Kulve J, Woerdeman J, Kaufman J-M, de Jong FH. Efectele estradiolului asupra nivelului gonadotrofinei la bărbații normali și castrați. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009; 71 (6): 874-879.

Money J, Ehrhardt A. Bărbat și femeie, băiat și fată: diferențierea și dimorfismul identității de gen de la concepție până la maturitate. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1972: 202-206.

Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuypere G. Efectele diferiților pași în terapia de reassignare a genului asupra psihopatologiei: un studiu prospectiv al persoanelor cu o tulburare de identitate de gen. *J Sex Med*. 2014; 11 (1): 119-126.

Costa R, Colizzi M. Efectul tratamentului hormonal transversal asupra disforiei de gen al sănătății mintale a indivizilor: o revizuire sistematică. *Neuropsihiatru Dis Treat*. 2016; 12: 1953-1966.

Gooren LJG, Giltay EJ. Revizuirea studiilor privind tratamentul cu androgeni a transsexualilor de la femei la bărbați: efecte și riscuri ale administrării de androgeni la femei. *J Sex Med.* 2008; 5 (4): 765-776.

Levy A, Crown A, Reid R. Intervenție endocrină pentru transsexuali. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2003; 59 (4): 409-418.

Tangpricha V, Ducharme SH, Barber TW, Chipkin SR. Tratamentul endocrinologic al tulburărilor de identitate de gen. *Practica endocrină.* 2003; 9 (1): 12-21.

Merigiola MC, Gava G. Îngrijirea endocrină a persoanelor trans partea I. O revizuire a tratamentelor hormonale între sexe, rezultatele și efectele adverse la oamenii trans. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2015; 83 (5): 597-606.

Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Montori VM. Terapia cu testosteron la bărbații adulți cu sindroame de deficit de androgen: un ghid de practică clinică a societății endocrine. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006; 91 (6): 1995-2010.

Pelusi C, Costantino A, Martelli V, Lambertini M, Bazzocchi A, Ponti F, Battista G, Venturoli S, Merigiola MC. Efectele a trei formulări diferite de testosteron la persoanele transsexuale de la femeie la bărbat. *J Sex Med.* 2014; 11 (12): 3002-3011.

Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H, Bonds D, Brunner R, Brzyski R, Caan B, Chlebowski R, Curb D, Gass M, Hays J, Heiss G, Hendrix S, Howard BV, Hsia J, Hubbell A, Jackson R, Johnson KC, Judd H, Kotchen JM, Kuller L, LaCroix AZ, Lane D, Langer RD, Lasser N, Lewis CE, Manson J, Margolis K, Ockene J, O'Sullivan MJ, Phillips L, Prentice RL, Ritenbaugh C, Robbins J, Rossouw JE, Sarto G, Stefanick ML, Van Horn L, Wactawski-Wende J, Wallace R, Wassertheil-Smoller S; Comitetul director al inițiativei pentru sănătatea femeilor. Efectele estrogenului equin conjugat la femeile aflate în postmenopauză cu histerectomie: studiul controlat randomizat al Inițiativei pentru sănătate a femeilor. *JAMA.* 2004; 291 (14): 1701-1712.

Dickersin K, Munro MG, Clark M, Langenberg P, Scherer R, Frick K, Zhu Q, Hallock L, Nichols J, Yalcinkaya TM; Proiectul rezultatelor tratamentelor chirurgicale pentru grupul de cercetare a hemoragiilor uterine disfuncționale (STOP-DUB). Histerectomia comparativ cu ablația endometrială pentru sângerările uterine disfuncționale: un studiu controlat randomizat. *Obstet Gynecol.* 2007; 110 (6): 1279-1289.

Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Tratamentul pe termen lung al transsexualilor cu hormoni sexuali încrucișați: experiență personală extinsă. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93 (1): 19-25.

Anterior JC, Vigna YM, Watson D. Spironolactonă cu steroizi feminini fiziologici pentru terapia pre-chirurgicală a transsexualismului bărbat-femeie. *Arch Sex Behav.*

1989; 18 (1): 49-57.

Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann I, Beckmann MW, Mueller A. Tratamentul endocrin al transsexualilor bărbați-femei utilizând agonistul hormonului care eliberează gonadotropina. *Exp Clin Endocrinol Diabet.* 2005; 113 (10): 586-592.

Stripp B, Taylor AA, Bartter FC, Gillette JR, Loriaux DL, Easley R, Menard RH. Efectul spironolactonei asupra hormonilor sexuali la om. *J Clin Endocrinol Metab.* 1975; 41 (4): 777-

Levy J, Burshell A, Marbach M, Aflalo L, Glick SM. Interacțiunea spironolactonei cu receptorii estradiolului din citosol. *J Endocrinol.* 1980; 84 (3): 371-379.

Wierckx K, Elaut E, Van Hoorde B, Heylens G, De Cuypere G, Monstrey S, Weyers S, Hoebeke P, T'Sjoen G. Dorința sexuală la persoanele trans: asociații cu tratament de realocare a sexului. *J Sex Med.* 2014; 11 (1): 107-118.

Chiriaco` G, Cauci S, Mazzon G, Trombetta C. O evaluare retrospectivă observațională a 79 de tineri cu efecte adverse pe termen lung după utilizarea finasteridei împotriva alopeciei androgenetice. *Andrologie.* 2016; 4 (2): 245-250.

Gava G, Cerpolini S, Martelli V, Battista G, Seracchioli R, Meriggiola MC. Acetat de ciproteronă vs acetat de leuprolidă în combinație cu estradiol transdermic la femei: o comparație între siguranță și eficacitate. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2016; 85 (2): 239-246.

Casper RF, Yen SS. Absorbția rapidă a estradiol-ului-17 beta micronizat după administrarea sublinguală. *Obstet Gynecol.* 1981; 57 (1): 62-64.

Price TM, Blauer KL, Hansen M, Stanczyk F, Lobo R, Bates GW. Farmacocinetica în doză unică a administrării sublinguale versus orale a 17b-estradiol-ului micronizat. *Obstet Gynecol.* 1997; 89 (3): 340-345.

Toorians AWFT, Thomassen MCLGD, Zweegman S, Magdeleyns EJP, Tans G, Gooren LJG, Rosing J. Tromboza venoasă și modificările variabilelor hemostatice în timpul tratamentului cu hormoni sexuali încrucișați la persoanele transsexuale. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003; 88 (12): 5723-5729.

Mepham N, Bouman WP, Arcelus J, Hayter M, Wylie KR. Persoanele cu disforie de gen care se auto-prescriu hormoni sexuali încrucișați: prevalență, surse și cunoștințe despre efectele secundare. *J Sex Med.* 2014; 11 (12): 2995-3001.

Richards C, Bouman WP, Seal L, Barker MJ, Nieder TO, T'Sjoen G. Genuri non-binare sau genderqueer. *Int Rev Psihiatrie.* 2016; 28 (1): 95-102.

Cosyns M, Van Borsel J, Wierckx K, Dedeker D, Van de Peer F, Daelman T, Laenen S, T'Sjoen G. Vocea la persoanele transsexuale de la femeie la bărbat după terapie cu androgen pe termen lung. *Laringoscop.* 2014; 124 (6): 1409-1414.

Deuster D, Matulat P, Knief A, Zitzmann M, Rosslau K, Szukaj M, am Zehnhoff-Dinnesen A, Schmidt CM. Aprofundarea vocii sub tratamentul cu testosteron la persoanele disforice de gen feminin la masculin. *Eur Arch Otorhinolaringol.* 2016; 273 (4): 959-965.

Lapauw B, Taes Y, Simoens S, Van Caenegem E, Weyers S, Goemaere S, Toye K, Kaufman J-M, T'Sjoen GG. Compoziția corpului, parametrii volumetrici și areale ai oaselor la persoanele transsexuale de la bărbat la femeie. *Os.* 2008; 43 (6): 1016-1021.

Meyer III WJ, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA. Evaluarea fizică și hormonală a pacienților transsexuali: un studiu longitudinal. *Arch Sex Behav.* 1986; 15 (2): 121-138.

Asscheman H, Gooren LJ, Assies J, Smits JP, de Slegte R. Nivelurile de prolactină și extinderea hipofizei la transsexualii masculi-feminini tratați cu hormoni. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1988; 28 (6): 583-588.

Gooren LJ, Harmsen-Louman W, van Kessel H. Urmărirea nivelurilor de prolactină în transsexualii bărbați-femei tratați cu estrogen pe termen lung în ceea ce privește inducerea prolactinomului. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1985; 22 (2): 201-207.

Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher AD, Toye K, Kaufman JM, T'Sjoen G. Terapia hormonală sexuală încrucișată la persoanele trans este sigură și eficientă la urmărirea de scurtă durată: rezultate din Rețea europeană pentru investigarea incongruenței de gen. *J Sex Med.* 2014; 11 (8): 1999-2011.

Ott J, Kaufmann U, Bentz EK, Huber JC, Tempfer CB. Incidența trombofiliei și a trombozei venoase la transsexuali în cadrul terapiei cu hormoni sexuali încrucișați. *Fertil Steril.* 2010; 93 (4): 1267-1272.

Giltay EJ, Hoogeveen EK, Elbers JMH, Gooren LJG, Asscheman H, Stehouwer CDA. Efectele steroizilor sexuali asupra concentrațiilor plasmatice totale de homocisteină: un studiu la bărbați și femei transsexuale. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83 (2): 550-553.

Van Kesteren PJM, Asscheman H, Megens JAJ, Gooren LJG. Mortalitatea și morbiditatea la subiecții transsexuali tratați cu hormoni sexuali încrucișați. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1997; 47 (3): 337-343.

Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Revizuirea clinică: dezvoltarea sânilor la femeile trans care primesc hormoni sexuali încrucișați. *J Sex Med.* 2014; 11 (5): 1240-1247.

Bird D, Vowles K, Anthony PP. Ruptura spontană a unui adenom de celule hepatice după metiltestosteron pe termen lung: raportarea unui caz tratat cu succes prin lobectomie hepatică dreaptă de urgență. *Fr J Surg.* 1979; 66 (3): 212-213.

Westaby D, Ogle SJ, Paradinas FJ, Randell JB, Murray-Lyon IM. Afectarea ficatului cauzată de metiltestosteron pe termen lung. *Lancet*. 1977; 2 (8032): 262–263.

Weinand JD, Safer JD. Terapia hormonală la adulții transgen este sigură cu supravegherea furnizorului; o revizuire a sechelelor de terapie hormonală pentru persoanele transgen. *J Clin Transl Endocrinol*. 2015; 2 (2): 55-60.

Roberts TK, Kraft CS, French D, Ji W, Wu AH, Tangpricha V, Fantz CR. Interpretarea rezultatelor de laborator la pacienții transgen pe terapie hormonală. *Sunt J Med*. 2014; 127 (2): 159-162.

Vesper HW, Botelho JC, Wang Y. Provocări și îmbunătățiri în testarea testosteronului și a estradiolului. *Asian J Androl*. 2014; 16 (2): 178–184.

Asscheman H, T'Sjoen G, Lemaire A, Mas M, Meriggiola MC, Mueller A, Kuhn A, Dhejne C, Morel-Journel N, Gooren LJ. Trombo-embolia venoasă ca o complicație a tratamentului cu hormoni sexuali încruciași la subiecții transsexuali de la bărbat la femeie: o revizuire. *Andrologia*. 2014; 46 (7): 791-795.

Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H. D-dimer pentru diagnosticul tromboembolismului venos: 20 de ani mai târziu. *J Thromb Haemost*. 2008; 6 (7): 1059–1071.

Gooren LJ, Assies J, Asscheman H, de Slegte R, van Kessel H. Prolactinom indus de estrogen la bărbat. *J Clin Endocrinol Metab*. 1988; 66 (2): 444-446.

Kovacs K, Stefaneanu L, Ezzat S, Smyth HS. Adenom hipofizar producător de prolactină la un pacient transsexual bărbat-femeie cu administrare prelungită de estrogen. Un studiu morfologic. *Arch Pathol Lab Med*. 1994; 118 (5): 562-565.

Serri O, Noiseux D, Robert F, Hardy J. Hiperplazia lactotrofă la un pacient transsexual bărbat-femeie tratat cu estrogen. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996; 81 (9): 3177-3179.

Cunha FS, Domenice S, Câmara VL, Sircili MH, Gooren LJ, Mendonça BB, Costa EM. Diagnosticul prolactinomului la doi subiecți transsexuali de la bărbați la femei, în urma terapiei cu hormoni sexuali cu doze mari. *Andrologia*. 2015; 47 (6): 680-684.

Nota NM, Dekker MJHJ, Klaver M, Wiepjes CM, van Trotsenburg MA, Heijboer AC, den Heijer M. Nivelurile de prolactină în timpul tratamentului cu hormoni sexuali pe termen scurt și lung: un studiu observațional la persoanele transgen. *Andrologia*. 2017; 49 (6).

Bunck MC, Debono M, Giltay EJ, Verheijen AT, Diamant M, Gooren LJ. Secreție autonomă de prolactină la doi pacienți transgen bărbat-femeie, care utilizează doze convenționale de estrogen. *BMJ Case Rep*. 2009; 2009: bcr0220091589.

Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Efectul utilizării steroizilor sexuali asupra riscului cardiovascular la persoanele transsexuale: o revizuire

sistematică și meta-analize. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010; 72 (1): 1-10.

Berra M, Armillotta F, D'Emidio L, Costantino A, Martorana G, Pelusi G, Meriggiola MC. Testosteronul scade nivelul adiponectinei la transsexualii de la femeie la bărbat. *Asian J Androl*. 2006; 8 (6): 725-729.

Elbers JMH, Giltay EJ, Teerlink T, Scheffer PG, Asscheman H, Seidell JC, Gooren LJG. Efectele steroizilor sexuali asupra componentelor sindromului de rezistență la insulină la subiecții transsexuali. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2003; 58 (5): 562-571.

Giltay EJ, Lambert J, Gooren LJG, Elbers JMH, Steyn M, Stehouwer CDA. Steroizi sexuali, insulină și rigiditate arterială la femei și bărbați. *Hipertensiune*. 1999; 34 (4 Pt 1): 590-597.

Polderman KH, Gooren LJ, Asscheman H, Bakker A, Heine RJ. Inducerea rezistenței la insulină de către androgeni și estrogeni. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994; 79 (1): 265-271.

Maraka S. Efectul steroizilor sexuali asupra lipidelor, tromboembolismului venos, bolilor cardiovasculare și mortalității la persoanele transgen: o revizuire sistematică și meta-analiză. Disponibil la: <http://press.endocrine.org/doi/abs/10.1210/endo-meetings.2016.RE.15.FRI-136>. Accesat la 3 iulie 2017.

Meriggiola MC, Armillotta F, Costantino A, Altieri P, Saad F, Kalthorn T, Perrone AM, Ghi T, Pelusi C, Pelusi G. Efectele testosteronului undecanoat administrat singur sau în combinație cu letrozol sau dutasteridă la transsexualii de la feminin la masculin. *J Sex Med*. 2008; 5 (10): 2442-2453.

Giltay EJ, Toorians AW, Sarabdjitsingh AR, de Vries NA, Gooren LJ. Factorii de risc stabiliți pentru bolile coronariene nu au legătură cu chelia indusă de androgen la transsexualii de la femeie la bărbat. *J Endocrinol*. 2004; 180 (1): 107-112.

Giltay EJ, Verhoef P, Gooren LJG, Geleijnse JM, Schouten EG, Stehouwer CDA. Și estrogeni orali și transdermici scad homocisteina plasmatică totală la transsexualii de la bărbat la femeie. *Ateroscleroza*. 2003; 168 (1): 139-146.

Calof OM, Singh AB, Lee ML, Kenny AM, Urban RJ, Tenover JL, Bhasin S. Evenimente adverse asociate cu înlocuirea testosteronului la bărbații de vârstă mijlocie și vârstnici: o meta-analiză a studiilor randomizate, controlate cu placebo. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005; 60 (11): 1451-1457.

Panou de experți în detectarea, evaluarea și tratamentul colesterolului crescut din sânge la adulți. Rezumatul executiv al celui de-al treilea raport al Programului Național de Educație pentru Colesterol (NCEP) Panel de experți privind detectarea, evaluarea și tratamentul colesterolului crescut din sânge la adulți (Panoul de tratament pentru adulți III). *JAMA*. 2001; 285 (19): 2486-2497.

Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. Terapia hormonală și realocarea sexului: o revizuire sistematică și meta-analiză a calității vieții și a rezultatelor psihosociale. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010; 72 (2): 214-231.

Van Caenegem E, Wierckx K, Taes Y, Schreiner T, Vandewalle S, Toye K, Lapauw B, Kaufman JM, T'Sjoen G. Compoziția corpului, rotația osoasă și masa osoasă la bărbații trans în timpul tratamentului cu testosteron: datele de 1 an dintr-un studiu prospectiv controlat de caz (ENIGI). *Eur J Endocrinol*. 2015; 172 (2): 163–171.

Turner A, Chen TC, Barber TW, Malabanan AO, Holick MF, Tangpricha V. Testosteronul crește densitatea minerală osoasă la transsexualii de la femeie la bărbat: o serie de cazuri de 15 subiecți. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2004; 61 (5): 560-566.

van Kesteren P, Lips P, Gooren LJJ, Asscheman H, Megens J. Urmărirea pe termen lung a densității minerale osoase și a metabolismului osos la transsexualii tratați cu hormoni sexuali încrucișați. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1998; 48 (3): 347-354.

Van Caenegem E, Taes Y, Wierckx K, Vandewalle S, Toye K, Kaufman JM, Schreiner T, Haraldsen I, T'Sjoen G. Masa osoasă scăzută este prevalentă la persoanele transsexuale de la bărbat la femeie înainte de începerea terapiei hormonale și gonadectomiei încrucișate. *Os*. 2013; 54 (1): 92-97.

Amin S, Zhang Y, Sawin CT, Evans SR, Hannan MT, Kiel DP, Wilson PW, Felson DT. Asocierea nivelurilor de hipogonadism și estradiol cu densitatea minerală osoasă la bărbații vârstnici din studiul Framingham. *Ann Intern Med*. 2000; 133 (12): 951-963.

Gennari L, Khosla S, Bilezikian JP. Riscul de estrogen și fractură la bărbați. *J Bone Miner Res*. 2008; 23 (10): 1548–1551.

Khosla S, Melton LJ III, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Klee GG, Riggs BL. Relația nivelurilor serice de steroizi sexuali și a markerilor de fluctuație osoasă cu densitatea minerală osoasă la bărbați și femei: un rol cheie pentru estrogenul biodisponibil. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998; 83 (7): 2266–2274.

Mueller A, Dittrich R, Binder H, Kuehnel W, Maltaris T, Hoffmann I, Beckmann MW. Tratamentul cu estrogeni cu doze mari crește densitatea minerală osoasă la transsexualii de la bărbați la femei care primesc agonist hormonal de eliberare a gonadotropinei în absența testosteronului. *Eur J Endocrinol*. 2005; 153 (1): 107-113.

Ruetsche AG, Kneubuehl R, Birkhaeuser MH, Lippuner K. Densitatea minerală osoasă corticală și trabeculară la transsexualii după un tratament hormonal pe termen lung: un studiu transversal. *Osteoporos Int*. 2005; 16 (7): 791-798.

Ganly I, Taylor EW. Cancer de sân la un bărbat trans-sexual care primește terapie de substituție hormonală. *Fr J Surg*. 1995; 82 (3): 341.

Pritchard TJ, Pankowsky DA, Crowe JP, Abdul-Karim FW. Cancer de sân la un

transsexual bărbat-femeie. Un raport de caz. *JAMA*. 1988; 259 (15): 2278-2280.

Symmers WS. Carcinomul sânelui la persoanele trans-sexuale după interferențe chirurgicale și hormonale cu caracteristicile sexuale primare și secundare. *BMJ*. 1968; 2 (5597): 83-85.

Brown GR. Cancerul de sân la veteranii transgen: o serie de zece cazuri. *Sănătatea LGBT*. 2015; 2 (1): 77-80.

Shao T, Grossbard ML, Klein P. Cancer de sân la transsexuali de la femei la bărbați: două cazuri cu o revizuire a fiziologiei și a managementului. *Cancer de sân Clin*. 2011; 11 (6): 417-419.

Nikolic DV, Djordjevic ML, Granic M, Nikolic AT, Stanimirovic VV, Zdravkovic D, Jelic S. Importanța dezvăluirii unui caz rar de cancer de sân la un transsexual de la femeie la bărbat după mastectomie bilaterală. *World J Surg Oncol*. 2012; 10: 280.

Bösze P, Tóth A, Török M. Înlocuirea hormonului și riscul de cancer mamar în sindromul Turner. *NEngl J Med*. 2006; 355 (24): 2599–2600.

Schoemaker MJ, Swerdlow AJ, Higgins CD, Wright AF, Jacobs PA; UK Clinical Cytogenetics Group. Incidența cancerului la femeile cu sindrom Turner din Marea Britanie: un studiu național de cohortă. *Lancet Oncol*. 2008; 9 (3): 239-246.

Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. Ghidurile Societății Americane de Cancer pentru depistarea precoce a cancerului, 2006. *CA Cancer J Clin*. 2006; 56 (1): 11-25, test 49-50.

Wilson JD, Roehrborn C. Consecințele pe termen lung ale castrării la bărbați: lecții de la Skoptzy și eunucii curților chineze și otomane. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84 (12): 4324-4331.

van Kesteren P, Meinhardt W, van der Valk P, Geldof A, Megens J, Gooren L. Efectele estrogenilor numai asupra prostatei bărbaților în vârstă. *J Urol*. 1996; 156 (4): 1349–1353.

Brown JA, Wilson TM. Hiperplazia prostatică benignă care necesită rezecția transuretrală a prostatei la un transsexual bărbat-femeie în vârstă de 60 de ani. *Fr J Urol*. 1997; 80 (6): 956-957.

Casella R, Bubendorf L, Schaefer DJ, Bachmann A, Gasser TC, Sulser T. Chiar prostata are nevoie de androgeni pentru a crește? Rezecția transuretrală a prostatei la un transsexual bărbat-femeie la 25 de ani după operația de schimbare a sexului. *Urol Int*. 2005; 75 (3): 288-290.

Dorff TB, Shazer RL, Nepomuceno EM, Tucker SJ. Tratamentul de succes al carcinomului de prostată metastatic independent de androgen la un pacient transsexual. *Cancer Clin Genitourin*. 2007; 5 (5): 344-346.

Thurston AV. Carcinomul prostatei la un transsexual. *Fr J Urol.* 1994; 73 (2): 217.

van Harst EP, Newling DW, Gooren LJ, Asscheman H, Prenger DM. Carcinom de prostată metastatic la un transsexual bărbat-femeie. *BJU Int.* 1998; 81: 776.

Turo R, Jallad S, Prescott S, Cross WR. Cancerul de prostată metastatic în transsexual diagnosticat după trei decenii de terapie cu estrogen. *Can Urol Assoc J.* 2013; 7 (7-8): E544 – E546.

Mixsad RA, Bublely G, Church P, Sanda M, Rofsky N, Kaplan I, Cooper A. Cancer de prostată la o femeie transgen la 41 de ani de la inițierea feminizării. *JAMA.* 2006; 296 (19): 2316–2317.

Moyer VA; Grupul de lucru pentru serviciile preventive din SUA. Depistarea cancerului de prostată: declarație de recomandare a echipei de lucru pentru serviciile preventive din S.U.A. *Ann Intern Med.* 2012; 157 (2): 120-134.

Futterweit W. Terapia endocrină a transsexualității și potențialele complicații ale tratamentului pe termen lung. *Arch Sex Behav.* 1998; 27 (2): 209–226.

Miller N, Bédard YC, Cooter NB, Shaul DL. Modificări histologice în tractul genital la femeile transsexuate după terapia cu androgen. *Histopatologie.* 1986; 10 (7): 661–669.

O’Hanlan KA, Dibble SL, Young-Spint M. Histerectomie laparoscopică totală pentru transsexualii de la femeie la bărbat. *Obstet Gynecol.* 2007; 110 (5): 1096-1101.

219. Dizon DS, Tejada-Berges T, Koelliker S, Steinhoff M, Granai CO. Cancer ovarian asociat cu suplimentarea cu testosteron la un pacient transsexual de la femeie la bărbat. *Gynecol Obstet Invest.* 2006; 62 (4): 226-228.

Hage JJ, Dekker JJML, Karim RB, Verheijen RHM, Bloemena E. Cancer ovarian la transsexualii de la femei la bărbați: raport despre două cazuri. *Gynecol Oncol.* 2000; 76 (3): 413–415.

Mueller A, Gooren L. Tumorile legate de hormoni la transsexualii care primesc tratament cu hormoni sexuali încrucișați. *Eur J Endocrinol.* 2008; 159 (3): 197-202.

Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Ehrbar R, Ettner R, Eyster E, Garofalo R, Karasic DH, Lev AI, Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson

B, Schechter LS, Tangpricha V, van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie KR, Zucker K. Standarde de îngrijire pentru sănătatea persoanelor trans, transgen și neconforme de gen, versiune 7. *Int J Transgenderism.* 2012; 13: 165–232.

Colebunders B, D’Arpa S, Weijers S, Lumen N, Hoebeke P, Monstrey S. Operație de reassignare a sexului de la femeie la bărbat. În: Ettner R, Monstrey S, Coleman E, eds.

Principiile medicinei și chirurgiei transgen. A 2-a ed. New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group; 2016: 279-317.

Monstrey S, Hoebeke P, Dhont M, De Cuypere G, Rubens R, Moerman M, Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P. Terapia chirurgicală la pacienții transsexuali: o abordare multidisciplinară. *Acta Chir Belg.* 2001; 101 (5): 200–209.

Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, Bowman C, Monstrey S. Tulburarea identității de gen: prezentare generală și tratament chirurgical pentru vaginoplastia la transsexualii de la bărbat la femeie. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 116 (6): 135e – 145e.

Tugnet N, Goddard JC, Vickery RM, Khoosal D, Terry TR. Managementul actual al tulburării de identitate de gen de la bărbat la femeie în Marea Britanie. *Postgrad Med J.* 2007; 83 (984): 638–642

Horbach SER, BoumanM-B, Smit JM, Özer M, BuncamperME, Mullender MG. Rezultatul vaginoplastiei la transgeni de la bărbați la femei: o revizuire sistematică a tehnicilor chirurgicale. *J Sex Med.* 2015; 12 (6): 1499-1512.

Wroblewski P, Gustafsson J, Selvaggi G. Operație de realocare a sexului pentru transsexuali. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013; 20 (6): 570-574.

Morrison SD, Satterwhite T, Grant DW, Kirby J, Laub DR, Sr, VanMaasdam J. Rezultate pe termen lung ale neocolorofiei rectosigmoide în chirurgia de realocare a sexului de la bărbat la femeie. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 136 (2): 386-394.

Dessy LA, Mazzocchi M, Corrias F, Ceccarelli S, Marchese C, Scuderi N. Utilizarea celulelor epiteliale orale autologe cultivate pentru vaginoplastie la transsexualii de la bărbați la femei: un studiu pilot clinic de fezabilitate, siguranță și avantaje. *Plast Reconstr Surg.* 2014; 133 (1): 158-161.

Li FY, Xu YS, Zhou CD, Zhou Y, Li SK, Li Q. Rezultate pe termen lung ale vaginoplastiei cu micromucoasă bucală autologă. *Obstet Gynecol.* 2014; 123 (5): 951-956.

Kanhai RC. Punct pediculat vaginal sensibil pentru transsexualii bărbați-femei: experiența la primii 50 de pacienți. *Estetic Plast Surg.* 2016; 40 (2): 284-287.

Straayer C. Transplanturi pentru transsexuali? Ambiții, preocupări, ideologie. Lucrare prezentată la: Studii Trans: o conferință internațională transdisciplinară despre gen, întru chipare și sexualitate; 7-10 septembrie 2016; Universitatea din Arizona, Tucson, AZ.

Bucci S, Mazzon G, Liguori G, Napoli R, Pavan N, Bormioli S, Ollandini G, De Concilio B, Trombetta C. Prolaps neovaginal în transsexualii bărbați-femei: o experiență de 18 ani. *Biomed Res Int.* 2014; 2014: 240761.

Raigosa M, Avvedimento S, Yoon TS, Cruz-Gimeno J, Rodriguez G, Fontdevila J. Chirurgie de reatribuire genitală de la bărbat la femeie: o revizuire retrospectivă a tehnicilor chirurgicale și a complicațiilor la 60 de pacienți. *J Sex Med.* 2015; 12 (8): 1837-1845.

Green R. Funcționarea sexuală la transsexualii postoperatori: bărbat-la-femeie și femeie-la-bărbat. *Int J Impot Res.* 1998; 10 (Supliment 1): S22 – S24.

Hess J, Rossi Neto R, Panic L, Rübgen H, Senf W. Satisfacția cu intervenția chirurgicală de reatribuire a sexului de la bărbat la femeie. *Dtsch Arztebl Int.* 2014; 111 (47): 795-801.

Nygren U, Nordenskjöld A, Arver S, Sodersten M. Efecte asupra frecvenței fundamentale a vocii și satisfacția cu vocea la bărbații trans în timpul tratamentului cu testosteron - un studiu longitudinal. *J Voice.* 2016; 30 (6): 766.e23-766.e34.

Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, Gooren LJG. Feminizarea transgen a scheletului facial. *Clin Plast Surg.* 2007; 34 (3): 557-564.

Giraldo F, Esteva I, Bergero T, Cano G, González C, Salinas P, Rivada E, Lara JS, Sorriquer F; Echipa de gen din Andaluzia. Clitoroplastia glandei corona și vestibuloplastia uretropriputială la transsexualii de la bărbat la femeie: rafinamentul estetic vulval de către echipa de gen din Andaluzia. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114 (6): 1543-1550.

Goddard JC, Vickery RM, Terry TR. Dezvoltarea genitoplastiei feminizante pentru disforia de gen. *J Sex Med.* 2007; 4 (4 Pt 1): 981-989.

Hage JJ, de Graaf FH, Bouman FG, Bloem JJAM. Sculptarea glandului în faloplastie. *Plast Reconstr Surg.* 1993; 92 (1): 157-161, discuția 162.

Thiagaraj D, Gunasegaram R, Loganath A, Peh KL, Kottegoda SR, Ratnam SS. Histopatologia testiculelor de la bărbații transsexuali în terapia cu estrogeni. *Ann Acad Med Singapore.* 1987; 16 (2): 347-348.

Monstrey SJ, Ceulemans P, Hoebeke P. Operație de realocare a sexului în transsexualul de la femeie la bărbat. *Semin Plast Surg.* 2011; 25 (3): 229-244.

Perovic SV, DjinoVIC R, Bumbasirevic M, Djordjevic M, Vukovic P. Faloplastie totală folosind un lambou latissimus dorsi musculocutane. *BJU Int.* 2007; 100 (4): 899-905, discuția 905.

Vesely J, Hyza P, Ranno R, Cigna E, Monni N, Stupka I, Justan I, Dvorak Z, Novak P, Ranno S. Noua tehnică de faloplastie totală cu latissimus dorsi reinnervat lambou liber miocutanat la transsexualii de la bărbat la bărbat. *Ann Plast Surg.* 2007; 58 (5): 544-550.

Ranno R, Veselý J, Hýza P, Stupka I, Justan I, Dvorák Z, Monni N, Novák P, Ranno S. Neo-faloplastie cu lambou liber reinsertat latissimus dorsi: un studiu funcțional al unei noi tehnici. *Acta Chir Plast.* 2007; 49 (1): 3-7.

Garcia MM, Christopher NA, De Luca F, Spilotros M, Ralph DJ. Satisfacția generală, funcția sexuală și durabilitatea dimensiunilor neofalului după o intervenție chirurgicală care confirmă sexul genital feminin spre masculin: experiența Institutului de Urologie, Marea Britanie. *Traducere Androl Urol.* 2014; 3 (2): 156-162.

Chen H-C, Gedebo TM, Yazar S, Tang Y-B. Prefabricarea lamboului osteocutanat al fibulei libere pentru a crea un penis uman funcțional folosind o metodă de fistulă controlată. *J Reconstr Microsurg.* 2007; 23 (3): 151-154.

Hoebek PB, Decaestecker K, Beysens M, Opdenakker Y, Lumen N, Monstrey SM. Implanturi erectile la transsexualii de la femei la bărbați: experiența noastră la 129 de pacienți. *Eur Urol.* 2010; 57 (2): 334-341.

Hage JJ. Metaidoioplastia: o tehnică alternativă de faloplastie la transsexuali. *Plast Reconstr Surg.* 1996; 97 (1): 161-167.

Cohanzad S. Metoidioplastia extinsă ca tehnică capabilă să creeze un analog compatibil cu un penis natural la femeile transsexuale. *Estetic Plast Surg.* 2016; 40 (1): 130-138.

Selvaggi G, Hoebek P, Ceulemans P, Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P, De Cuypere G, Monstrey S. Reconstrucția scrotală în transsexualii de la femei la bărbați: o nouă scrotoplastie. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 123 (6): 1710-1718.

Bjerrone Ahlin H, Kölby L, Elander A, Selvaggi G. Rezultate îmbunătățite după implementarea algoritmului Ghent pentru mastectomia subcutanată la transsexualii de la femeie la bărbat. *J Plast Surg Mână Surg.* 2014; 48 (6): 362-367.

Wolter A, Diedrichson J, Scholz T, Arens-Landwehr A, Liebau J. Operație de reatribuire sexuală la transsexualii de la femei la bărbați: un algoritm pentru mastectomia subcutanată. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015; 68 (2): 184-191.

Richards C, Barrett J. Cazul pentru mastectomia bilaterală și conturarea pieptului masculin pentru transsexualul de la femeie la bărbat. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013; 95 (2): 93-95.

Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL, Wilkinson A, Shippam A, White S, Richards R, Caddy CM. Evaluarea procedurilor chirurgicale pentru realocarea sexului: o revizuire sistematică. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009; 62 (3): 294-306, discuție 306-308.

Selvaggi G, Elander A. Reconstrucția / formarea penisului. *Curr Opin Urol.* 2008; 18 (6): 589-597.

Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M. Urmărirea pe termen lung a persoanelor transsexuale supuse unei operații de realocare a sexului: studiu de cohortă în Suedia. *Plus unu*. 2011; 6 (2): e16885.

Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhäuser M. Calitatea vieții la 15 ani după operația de realocare a sexului pentru transsexualism. *Fertil Steril*. 2009; 92 (5): 1685–1689.e3.

Papadopoulos NA, Lell'e JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, Ehrenberger B, Kluger AK, Machens HG, Schaff J. Calitatea vieții și satisfacția pacientului după o intervenție chirurgicală de realocare a sexului de la bărbat la femeie. *J Sex Med*. 2017; 14 (5): 721-730.

Simonsen RK, Hald GM, Kristensen E, Gibaldi A. Urmărirea pe termen lung a persoanelor supuse unei intervenții chirurgicale de reatribuire sexuală: morbiditate somatică și cauză de deces. *Sex Med*. 2016; 4 (1): e60 – e68.

Djordjevic ML, Bizic MR, Duisin D, Bouman MB, Buncamper M. Chirurgie inversă la transsexualii de la bărbați la femei regretabili după o intervenție chirurgicală de realocare a sexului. *J Sex Med*. 2016; 13 (6): 1000–1007.

Liberopoulos EN, Florentin M, Mikhailidis DP, Elisaf MS. Respectarea terapiei hipolipemice și impactul acesteia asupra morbidității și mortalității cardiovasculare. *Expert Opin Drug Saf*. 2008; 7 (6): 717-725.

Forbes SS, Stephen WJ, Harper WL, Loeb M, Smith R, Christoffersen EP, McLean RF. Implementarea practicilor bazate pe dovezi pentru profilaxia infecției locului intervenției: rezultatele unui studiu pre-postintervenție. *J Am Coll Surg*. 2008; 207 (3): 336-341.

Davis PJ, Spady D, de Gara C, Forgie SE. Practici și atitudini ale chirurgilor față de prevenirea infecțiilor la nivelul locului intervenției: un sondaj provincial în Alberta, Canada. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008; 29 (12): 1164–1166.

Anexa A. Protocol: bărbați transgen

Anul	Studiu	Participanți	Vârstă (în ani)	Preparate	Durata terapiei
	Deutsch et al. [1]	31	29 ± 6.9	Cipionat de testosteron 200 mg intramuscular săptămânal	6 luni
	van Caenegem et al. [2]	23	27 ± 9	Undecanoat de testosteron 1.000 mg/12 săptămâni intramuscular	12 luni
	Pelusi et al. [3]	45	27.9-33.9; 26.6-32.1; 25.6-30.9	Enantat de testosteron 100 mg/ 10 zile intramuscular; gel de testosteron 50 mg/zi transdermic; undecanoate de testosteron 1.000 mg/6-12 săptămâni intramuscular	12 luni
	Wierckx et al. [4]	53	27.3 ± 8.5	Undecanoat de testosteron 1.000 mg/6-12 săptămâni intramuscular	12 luni
	Mueller et al. [5]	45	30.4 ± 9.1	Undecanoat de testosteron 1.000 mg/12 săptămâni intramuscular	12 luni
	Cupisti et al. [6]	45	29.9 (interval de încredere) 27.8-32.0)	Undecanoat de testosteron 1.000 mg/12 săptămâni intramuscular	12 luni

Anul	Studiu	Participanți	Vârsta (în ani)	Preparate	Durata terapiei
	Perrone et al. [7]	27		Enantat de testosteron 100 mg/10 zile intramuscular	12 luni
	Haraldsen et al. [8]	21	25.1 ± 4.8	Enantat de testosteron 250 mg/3 săptămâni intramuscular	12 luni
	Mueller et al. [9]	35	29.6 ± 9.0	Undecanoat de testosteron 1.000 mg/3 luni intramuscular	12 luni
	Berra et al. [10]	16	30.4 ± 5.4	Enantat de testosteron 100 mg/10 zile intramuscular	6 luni
	Giltay et al. [11]	81	mediu 36.7 (interval 21-61)	Sustanon 250 mg/2 săptămâni intramuscular (n=61); undecanoat de testosteron 240 mg/zi oral (n=20)	3-4 luni
	Elbers et al. [12]	17	23 ± 5	Sustanon 250 mg/2 săptămâni intramuscular	12 luni
	Giltay et al. [13]	15	mediu 23 interval 16-33)	Sustanon 250 mg/2 săptămâni intramuscular	12 luni
	Elbers et al. [14]	10	24 ± 6	Sustanon 250 mg/2 săptămâni intramuscular	12 luni
	Elbers et al. [15]	15	23 ± 5	Sustanon 250 mg/2 săptămâni intramuscular	12 luni

Anexa A - Bibliografie:

Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Efectele tratamentului cu hormoni sexuali încrucișați asupra femeilor și bărbaților transgen. *Obstet Gynecol.* 2015; 125 (3): 605-10.

Van Caenegem E, Wierckx K, Taes Y, Schreiner T, Vandewalle S, Toye K, și colab. Compoziția corpului, rotația osoasă și masa osoasă la bărbații trans în timpul tratamentului cu testosteron: date de urmărire pe un an dintr-un studiu prospectiv controlat de caz (ENIGI). *Eur J Endocrinol.* 2015; 172 (2): 163–71.

Pelusi C, Costantino A, Martelli V, Lambertini M, Bazzocchi A, Ponti F și colab. Efectele a trei formulări diferite de testosteron la persoanele transsexuate de la femeie la bărbat. *J Sex Med.* 2014; 11 (12): 3002-11.

Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher A, Toye K, și colab. Terapia cu hormoni sexuali încrucișați la persoanele trans este sigură și eficientă la urmărirea pe termen scurt: Rezultate din rețeaua europeană pentru investigarea incongruenței de gen. *J Sex Med.* 2014; 11 (8): 1999-2011.

Mueller A, Haeberle L, Zollver H, Claassen T, Kronawitter D, Oppelt PG și colab. Efectele undecanoatului de testosteron intramuscular asupra compoziției corpului și densității minerale osoase la transsexualii de la femeie la bărbat. *J Sex Med.* 2010; 7 (9): 3190-8.

Cupisti S, Giltay EJ, Gooren LJ, Kronawitter D, Oppelt PG, Beckmann MW, și colab. Impactul administrării testosteronului la transsexualii de la femei la bărbați asupra rezistenței la insulină și parametrii lipidici în comparație cu femeile cu sindromul ovarului polichistic. *Fertil Steril.* 2010; 94 (7): 2647-53.

[7] Perrone AM, Cerpolini S, Maria Salvi NC, Ceccarelli C, De Giorgi LB, Formelli G și colab. Efectul administrării de testosteron pe termen lung asupra endometrului transsexualilor de la femeie la bărbat (FtM). *J Sex Med.* 2009; 6 (11): 3193-200.

Haraldsen IR, Haug E, Falch J, Egeland T, Opjordsmoen S. Model transversal al densității minerale osoase în tulburarea de identitate de gen cu debut precoce. *Horm Behav.* 2007; 52 (3): 334-43.

Mueller A, Kiesewetter F, Binder H, Beckmann MW Administrarea pe termen lung de undecanoat de testosteron la fiecare 3 luni pentru suplimentarea testosteronului la transsexualii de la femei la bărbați. 2007; 92 (9): 3470-5.

Berra M, Armillotta F, D'emedio L, Costantino A, Martorana G, Pelusi G, și colab. Testosteronul scade nivelul adiponectinei la transsexualii de la femei la bărbați. *Asian J Androl.* 2006; 8 (6): 725-9.

Giltay EJ, Toorians AWFT, Sarabjitsingh AR, de Vries NA, Gooren LJG. Factorii de risc stabiliți pentru bolile coronariene nu au legătură cu chelia indusă de androgen la transsexualii de la femei la bărbați. *J Endocrinol.* 2004; 180 (1): 107-12.

Elbers JMH, Giltay EJ, Teerlink T, Scheffer PG, Asscheman H, Seidell JC și colab. Efectele

steroizilor sexuali asupra componentelor sindromului de rezistență la insulină la subiecții transsexuali. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2003; 58 (5): 562-71.

Giltay EJ, Hoogeveen EK, Elbers JM, Gooren LJ, Asscheman H, Stehouwer CD și colab. Efectele steroizilor sexuali asupra concentrațiilor plasmaticice totale de homocisteină: un studiu la bărbați și femei transsexuate. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998; 83 (2): 550-3.

Elbers JMH, Asscheman H, Seidell JC, Megens JAJ, Gooren LJG. Administrarea pe termen lung a testosteronului crește grăsimea viscerală la transsexualii de la femei la bărbați. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 82 (7): 2044-7.

Elbers JMH, Asscheman H, Seidell JC, Frölich M, Meinders AE, Gooren LJG. Inversarea diferenței de sex în nivelurile serice de leptină la administrarea încrucișată de hormoni sexuali la transsexuali. *J Clin Endocrinol Metab*. 1997; 82 (10): 3267-70.

Приложение Б. Протокол: Трансгендерные женщины

Anul	Studiu	Participanți	Vârsta (în ani)	Preparate	Durata terapiei
2016	Gava et al. [1]	40		Acetat de ciproteronă 50 mg/zi sau acetat de leuprolidă 3,75 mg/lună intramuscular + estradiol 1-2 mg transdermic	12 luni
2015	Deutsch et al. [2]	16	29 ± 9.4	Spironolactonă 100 mg/zi oral + 17 Estradiol 2 mg oral 2 zile (n=14) sau 17-β plasture de estradiol 100 mkg/zi transdermic (n=1) sau valerat de estradiol 20 mg/2 săptămâni intramuscular (n=1)	6 luni
2014	Wierckx et al. [3]	53	31.7 ± 14.8	Acetat de ciproteronă 50 mg/zi pe cale orală + valerat de estradiol 4 mg/zi pe cale orală (n=40) sau 17-β plasture de estradiol 100 mkg/zi transdermic (n=13)	12 luni

Anul	Studiu	Participanți	Vârstă (în ani)	Preparate	Durata terapiei
2011	Mueller et al. [4]	84	36.3 ± 11.3	Acetat de goserelină 3,8 mg/4 săptămâni + valerat de estradiol 10 mg/10 zile intramuscular	12 luni
2007	Haraldsen et al. [5]	12	29.3 ± 7.8	Etinilestradiol 50 mkg oral	12 luni
2003	Elbers et al. [6]	20	26 ± 6	Acetat de ciproteronă ** 100 mg + etinilestradiol 100 mkg oral	12 luni
1999	Elbers et al. [7]	20	26 ± 6	Acetat de ciproteronă ** 100 mg + etinilestradiol 100 mkg oral	12 luni
1998	Giltay et al. [8]	18	средний 27 (диапазон 18-37)	Acetat de ciproteronă ** 100 mg + etinilestradiol 100 mkg oral	12 luni
1997	Elbers et al. [9]	17	26 ± 7	Acetat de ciproteronă ** 100 mg + etinilestradiol 100 mkg oral	12 luni

Anexa B - Bibliografie:

Gava G, Cerpolini S, Martelli V, Battista G, Seracchioli R, Meriggiola MC. Acetat de ciproteronă versus acetat de leuprolidă în combinație cu estradiol transdermic la femei: o comparație între siguranță și eficacitate. Clin Endocrinol (Oxf). 2016; n / a-n / a.

Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Efectele tratamentului cu hormoni sexuali încrucișați asupra femeilor și bărbaților transgen. Obstet Gynecol. 2015; 125 (3): 605-10.

Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher A, Toye K, și colab. Terapia

cu hormoni sexuali încrucișați la persoanele trans este sigură și eficientă la urmărirea de scurtă durată: rezultate din rețeaua europeană pentru investigarea incongruenței de gen. *J Sex Med.* 2014; 11 (8): 1999-2011.

Mueller A, Haeberle L, Zollver H, Claassen T, Kronawitter D, Oppelt PG și colab. Efectele undecanoatului de testosteron intramuscular asupra compoziției corpului și densității mineralelor osoase la transsexualii de la femeie la bărbat. *J Sex Med.* 2010; 7 (9): 3190-8.

Haraldsen IR, Haug E, Falch J, Egeland T, Opjordsmoen S. Model transversal al densității minerale osoase în tulburarea de identitate de gen cu debut precoce. *Horm Behav.* 2007; 52 (3): 334-43.

Elbers JMH, Giltay EJ, Teerlink T, Scheffer PG, Asscheman H, Seidell JC și colab. Efectele steroizilor sexuali asupra componentelor sindromului de rezistență la insulină la subiecții transsexuali. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2003; 58 (5): 562-71.

Elbers JMH, Asscheman H, Seidell JC, Gooren LJG. Efectele hormonilor steroizi sexuali asupra depozitelor regionale de grăsime, evaluate prin rezonanță magnetică la transsexuali. *Am J Physiol Metab.* 1999; 276 (2): E317-25.

Giltay EJ, Hoogeveen EK, Elbers JM, Gooren LJ, Asscheman H, Stehouwer CD și colab. Efectele steroizilor sexuali asupra concentrațiilor plasmatiche totale de homocisteină: un studiu la bărbați și femei transsexuate. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83 (2): 550-3.

Elbers JMH, Asscheman H, Seidell JC, Frölich M, Meinders AE, Gooren LJG. Inversarea diferenței de sex în nivelurile serice de leptină la administrarea încrucișată de hormoni sexuali la transsexuali. *J Clin Endocrinol Metab.* 1997; 82 (10): 3267-70.

ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ MONDIALĂ PENTRU SĂNĂTATEA PERSOANELOR TRANSGEN
WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH

STANDARDE DE ÎNGRIJIRE PENTRU PERSOANELE TRANSGEN ȘI NECONFORME DE GEN

VERSIUNEA A 7-A

TRADUCERE ÎN LIMBA ROMÂNĂ COORDONATĂ DE AO „GENDERDOC-M”

Prefață

Ultimele decenii din întreaga lume au trecut sub semnul acumulării active de cunoștințe și experiență de lucru cu persoane transgen. În același timp, a existat un proces de regândire a psihologiei de gen și extinderea drepturilor oamenilor de a alege în mod independent auto-prezentarea de gen. Tot ceea ce a fost realizat și dezvoltat cu privire la îngrijirea transgenerității în medicină și psihologie și-a găsit întruparea în această lucrare colectivă.

Propunerile „Standarde de îngrijire a persoanelor transgen și neconforme de gen”, pregătite și publicate în 2011 de Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen, sunt prezentate oficial pentru prima dată specialiștilor moldoveni.

Situația cu acordarea asistenței persoanelor transgen din Federația Rusă este departe de a fi ideală. Acest lucru poate fi explicat atât prin programele de formare învechite pentru specialiști, cât și prin opiniile foarte conservatoare ale societății, pe care mulți medici și psihologi le transmit în activitatea lor cu clienții care apelează la ei. Nu este surprinzător faptul că persoanele transgen răspund și medicilor și psihologilor cu reciprocitate - neîncredere, ascunderea problemelor sociale, psihologice sau medicale existente. Chiar și în cazurile în care asistența psihologică/psihoterapeutică poate fi oferită în cantitate adecvată, este respinsă din cauza temerilor că acest lucru va afecta cumva negativ deciziile experților luate sau va duce la stabilirea unui diagnostic psihiatric, înregistrarea în IPA.

De fapt, vedem că nivelul de dezvoltare a asistenței în țara noastră pentru persoanele cu „disforie de gen” rămâne serios în urmă față de cel din majoritatea țărilor dezvoltate. Acest lucru se manifestă prin convingerea multor profesioniști din domeniul medical că „transsexualismul” este o boală mintală sau o abatere comportamentală care trebuie tratată de către psihiatri și, cel mai bine, în spitalele de psihiatrie. O ideologie complet diferită stă la baza standardelor prezentate.

În plus, în Federația Rusă, există în prezent inconsistență a abordărilor în cadrul fiecărei specialități (în rândul psihiatrilor, sexologilor, psihologilor clinici, endocrinologilor, chirurgilor) și lipsa coordonării activității specialiștilor, disponibilitatea de a se sfătui reciproc în management a fiecărui client, în tranziția sa de la un specialist la altul.

Liniile standardelor sunt citite ca un model ideal (și aproape de neatins), care spune despre posibilitatea finanțării asistenței medicale pentru persoanele transgen din fondul de asigurări de sănătate.

În lumina legilor administrative adoptate în 2013 în Federația Rusă, este dificil să ne imaginăm o situație în care specialiștii în sănătate mintală pot veni la școli și pot discuta deschis psihologia genului, problemele transgen cu profesorii, părinții și elevii. De asemenea, este imposibil să ne imaginăm o situație în care unui adolescent i se oferă posibilitatea de a face o alegere de autodeterminare de gen sau de a opri procesul pubertății, iar un psiholog / psihiatru își ia partea în relațiile cu rudele și mediul social. Cu atât mai important este cunoașterea experienței internaționale, care ar trebui să devină un punct de referință important pentru medicii și psihologii noștri.

Acum, chiar dacă, datorită caracteristicilor culturale și organizaționale, nu putem asigura pe deplin punerea în aplicare a acestor standarde, ar trebui să luăm în considerare prevederile stabilite în acestea ca linii directe importante pentru continuarea lucrărilor de îmbunătățire a acordării de asistență persoanelor transgen.

În mod separat, aș dori să menționez că, în ciuda orientării profesionale a standardelor, acestea vor fi utile pentru citire nu numai pentru specialiștii implicați direct în acordarea de asistență persoanelor trans, transgen și neconforme de gen, ci și pentru toți cei care știu ceva sau vrea să știe despre o problemă existentă, care, prin semnificația sa, a depășit cu mult domeniul de discuții medicale și a devenit o măsură serioasă a adecvării societății în raport cu co-comunitățile sale atât de diferite. Aș dori să sper că potențialul educațional al acestei publicații pentru țara noastră va fi nu mai puțin decât componenta sa specială și va deveni un impuls vizibil spre umanizarea punctelor de vedere ale societății.

D.D. Isaev

c.ș.m., psihiatru, psihoterapeut, sexolog

Prefața la ediția 2018

Au trecut doar 7 ani de la publicarea versiunii 7 a Standardelor Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen (WPATH) pentru ajutorul persoanelor trans, transgen și neconforme de gen. Cu toate acestea, medicina transgen este un domeniu în dezvoltare foarte intensă, atât din partea științifică, cât și din cea politică și socioculturală. Gama de proceduri medicale afirmative de gen disponibile pentru persoanele cu disforie de gen se extinde și, în același timp, baza de cercetare se acumulează, creând condiții pentru dezvoltarea recomandărilor bazate pe dovezi pentru tratamentul acestui grup de pacienți. În același timp, există o mișcare clară spre flexibilitate și individualizare a abordării terapeutice, prioritatea autodeterminării pacienților (inclusiv în afara cadrului genului binar), precum și adoptarea modelului de consimțământ informat ca fiind cel mai obiectiv terapeutic adecvat - bunăstarea fizică și psihologică a pacienților.

Evoluția punctelor de vedere asupra transgenerității și variabilității de gen în comunitatea medicală, în rândul publicului larg, precum și la nivel de stat și internațional, depicopatologizarea acestor fenomene a avut loc practic (conform textului deja publicat al ICD-11) și abolirea cerințelor pentru procedurile medicale obligatorii pentru recunoașterea legală a identităților de gen într-un număr tot mai mare de țări face posibilă respectarea drepturilor persoanelor transgen, non-binare și neconforme de gen.

Aceste schimbări științifice, politice și socioculturale sunt însoțite de schimbări continue în limbajul folosit pentru a conceptualiza și discuta conceptele și problemele transgen și legate de gen, inclusiv în contextul medical. Termenii care au fost considerați oficiali și acceptabili acum câțiva ani sunt acum percepuți ca patologizând, ștergând identitatea pacienților, excluzând anumite grupuri de persoane care încalcă drepturile omului și, prin urmare, în mod fără speranță depășite și nedorite pentru utilizare. În același timp, terminologia utilizată de diferite organizații și grupuri de inițiativă, utilizată în diferite studii și documente, precum și preferată de membrii individuali ai comunității transgen și de gen, pot diferi și nu există un consens deplin în acest sens.

Străduindu-se să folosească un limbaj respectuos, care să protejeze demnitatea umană și să promoveze drepturile persoanelor transgen, trans și din întreaga lume, WPATH afirmă în orientările sale de politică lingvistică recent dezvoltată. Un editorial¹ publicat în 2017 în revista oficială WPATH,

Revista Internațională a Transgenerității, subliniază caracterul „vibrant” și „dinamic” al acestui document, care „va continua să evolueze cu limbajul pe care îl folosim în domeniul nostru de activitate”. Autorii articolului propun „continuarea dialogului despre principiile care stau la baza utilizării limbajului și a practicii clinice, care se va baza pe respect, abordare nepatologizantă și respectarea drepturilor omului”.

Astfel, în legătură cu modificările terminologiei WPATH recomandate care s-au acumulat de la publicarea versiunii 7 a Standardelor de asistență în 2011, precum și în anticiparea lansării versiunii 8 a Standardelor de asistență, așteptată la sfârșitul anului din 2018, am găsit potrivit să facem unele modificări (cu comentarii și trimiteri la versiuni originale) la terminologia utilizată în această ediție.

Editorul ediției 2018

Walter Pierre Bouman, Amets Suess Schwend, Joz Motmans, Adam Smiley, Joshua D. Safer, Madeline B. Deutsch, Noah J. Adams & Sam Winter (2017) Limbă și Sănătate Trans, Jurnalul Internațional al Transgenerității, 18:1, 1-6, DOI: 10.1080/15532739.2016.1262127, <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Ethics%20and%20Standards/Language%20Policy.pdf>

Glosar

Terminologia medicală pentru persoanele trans, transgen și neconforme de gen evoluează rapid; se introduc termeni noi și se modifică definițiile celor existenți. În consecință, vocabularul din acest domeniu generează adesea confuzie, dezbatere sau dezacord. Unii termeni pot fi necunoscuți sau pot fi utilizați în aceste standarde cu o semnificație specifică; următoarele definiții sunt date acestor termeni care se referă doar la utilizarea lor în acest document. Acești termeni pot fi folosiți de oricine, dar WPATH recunoaște că definițiile lor în diferite contexte culturale, comunități și țări pot varia.

WPATH recunoaște, de asemenea, că mulți dintre termenii folosiți pentru a se referi la această comunitate nu sunt ideali. De exemplu, termenii „persoană transsexuală”, „travestit” și, conform unor opinii, termenul mai nou „persoană transgen”, sunt adesea folosiți cu conotații obiectivante. Cu toate acestea, astfel de termeni sunt folosiți și de mulți oameni a căror singură intenție este de a fi înțeleși. Folosind acești termeni, WPATH se străduiește să se asigure că standardele sunt înțelese de cât mai mulți profesioniști cu puțință pentru a facilita furnizarea de asistență medicală de calitate persoanelor trans, transgen și neconforme de gen. WPATH rămâne deschis către o nouă terminologie care poate reflecta mai bine diversitatea experiențelor acestor oameni și poate duce la îmbunătățiri în accesul și furnizarea de asistență medicală.

Hormonii bioidentici (engl. bioidentical hormones) sunt hormoni identici din punct de vedere structural cu hormonii analogi produși în corpul uman [Comitetul de Practică Ginecologică ACOG, 2005]. Hormonii folosiți în terapia hormonală bioidentică provin în principal din surse vegetale și apoi sunt prelucrați pentru a oferi proprietățile dorite. În structură, acestea sunt similare cu hormonii endogeni umani.

Transfobia internalizată (engl. internalized transphobia) este un disconfort pe care o persoană îl experimentează în legătură cu propriile sale sentimente transgen sau identitatea transgen, ca rezultatul internalizării așteptărilor normative de gen ale societății.

Disforia de gen (engl. gender dysphoria) este o suferință cauzată de o nepotrivire între identitatea de gen a unei persoane și sexul acesteia înregistrat la naștere (și rolul de gen asociat și / sau caracteristicile sexului primare și secundare) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere și Bockting, 2010b].

Identitatea de gen (engl. gender identity) este conștientizarea persistentă a unei persoane cu privire la apartenența la sex masculin (băiat sau bărbat), feminin (fată sau femeie) sau alternativ (de exemplu, băiat-fată,

fată-băiat, persoană transgen, persoană cu gen nedefinit (genderqueer, non-binară)) [Bockting, 1999; Stoller, 1964].

Rolul de gen sau expresia de gen (engl. gender role, or gender expression) - trăsături ale personalității, aspectului și comportamentului, care într-o anumită cultură și perioadă istorică sunt considerate masculine sau feminine (adică mai tipice pentru un rol social masculin sau feminin) [Ruble, Martin și Berenbaum, 2006]. În ciuda faptului că majoritatea oamenilor manifestă în mod clar un rol de gen masculin sau feminin în societate, unii joacă un rol alternativ de gen (de exemplu, o persoană ambiguă de gen sau persoană transgen). În același timp, toți oamenii tind să combine atât trăsăturile masculine, cât și cele feminine în expresia lor de gen - în moduri diferite și în grade diferite [Bockting, 2008].

Intervenții afirmative de gen (engl. gender affirmation surgery, de la affirm – a afirma) - operații de modificare a caracteristicilor sexuale primare și / sau secundare pentru a le alinia la identitatea de gen a unei persoane. Chirurgia afirmativă de gen poate fi o parte importantă a tratamentului disforiei de gen. (În ediția anterioară, termenul „chirurgie de corectare a sexului” a fost folosit în acest sens. Acest termen este inexact și patologizant, deoarece aceste intervenții nu sunt „corectarea corpurilor greșite”, ci vizează atingerea confortului pacientului cu propriul său corp, care este adesea realizat în plus, acest termen nu este o traducere adecvată a englezei „sex reassignment surgery”, care, de asemenea, nu este ideală și care este dificil de tradus cu precizie (o traducere mai precisă sună ca „operații de realocare a sexului”, ceea ce, în principiu, este un nonsens). Termenul „afirmativ de gen” poate fi folosit pentru a se referi generic la orice procedură din cadrul unei tranziții transgen - aprox. ed.).

Persoanele neconforme de gen (engl. gender-nonconforming) sunt persoane a căror identitate de gen, rol de gen sau expresie de gen diferă de cele acceptate pentru sexul înregistrat într-o anumită cultură și perioadă istorică.

Persoanele nedeterminate de gen, genderqueer (engl. genderqueer) sunt persoane a căror identitate de gen și / sau rol de gen nu se încadrează în înțelegerea binară a genului, limitate la categoriile „bărbat” și „femeie”, „bărbat” sau „femeie” [Bockting, 2008]. (În discursul modern, acești oameni sunt numiți cel mai adesea „non-binare” (engleză non-binary); este important să se ia în considerare faptul că persoanele non-binare pot fi, de asemenea, interesate să facă o tranziție transgen într-un fel sau altul - ed.).

Tulburările dezvoltării sexuale (DSD) (engl. disorders of sex development (DSD)) sunt tulburări congenitale în care sexul cromozomial, gonadal sau anatomic este atipic. Unii oameni se opun termenului „tulburare”, preferând să vadă aceste condiții congenitale ca o varietate [Diamond, 2009] și să folosească termenul **intersex**.

Hormonii naturali (engl. natural hormones) sunt hormoni obținuți din surse naturale (plante sau animale). Varietatea hormonilor naturali este **hormonul bioidentic**.

Îmbrăcarea încrucișată (engl. cross-dressing) este purtarea ocazională de haine și prezentarea de sine în rolul de gen, care în această cultură sunt mai caracteristice sexului opus. (În ediția anterioară, termenul „travestism” a fost folosit și în acest sens; acest termen este patologic; totuși, acest diagnostic este exclus din ICD-11 - ed.).

Sexul (engl. sex) este înregistrat la naștere ca bărbat sau femeie, de obicei pe baza aspectului organelor genitale externe. Când organele genitale externe sunt nedeterminate, pentru înregistrarea sexului [Grumbach, Hughes și Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000] sunt luate în considerare alte componente ale sexului (organe genitale interne, sex cromozomial și hormonal). Pentru majoritatea oamenilor, identitatea și expresia de gen sunt identice cu sexul înregistrat la naștere. Pentru persoanele trans, transgen și neconforme de gen, acestea diferă de sexul înregistrat.

Tulburarea de identitate de gen (engl. gender identity disorder) este un diagnostic oficial formulat în Manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (DSMIV-TR) 1 [Asociația Americană de Psihiatrie, 2000]. Tulburarea de identitate de gen se caracterizează printr-o identificare pronunțată și persistentă cu sexul opus și disconfort persistent cu privire la sexul cuiva sau un sentiment de inadecvare la rolul de gen al aceluia sex. Acest lucru determină suferință sau deteriorare semnificativă din punct de vedere clinic a calității vieții în domeniile social, profesional și în alte domenii. (În textul publicat al ICD-11, acest diagnostic este numit „incongruență de gen (incongruență)” și se găsește în secțiunea non-psihiopatologică 17 - „afecțiuni legate de sănătatea sexuală” - ed.)

Persoanele transgen (engl. transgender people) sunt persoane care nu corespund categoriilor de sex stabilite în societate sau depășesc acestea. Identitatea de gen a persoanelor transgen diferă în grade diferite de sexul

înregistrat la naștere (Bockting 1999). (Abordarea actuală nu face distincție conceptuală între pacienții transgen pe baza procedurilor medicale afirmative de gen finalizate sau planificate; prin urmare, termenul „transgen” este recomandat să se refere la pacienții din literatura anterioară numită „transsexualx”; totuși, termenul „transgen” sau, prescurtat, „trans” este un adjectiv, iar utilizarea acestuia ca substantiv - „un trans” sau „un transgender” este obiectivă și incorectă, cu excepția cazului în care pacientul/-a se numește astfel, caz în care acest nume de sine este necesar respectat - ed.)

Tranziție (transgen) (engl. transition) este o perioadă de timp în care oamenii își schimbă genul atribuit lor la naștere la altul. Pentru mulți oameni, tranziția presupune învățarea abilităților de a trăi într-un rol de gen social diferit; pentru alții, tranziția înseamnă găsirea unui rol și a unei expresii de gen care să le fie cel mai confortabil. Tranziția poate include sau nu feminizarea sau masculinizarea corpului prin utilizarea medicamentelor hormonale sau a altor proceduri medicale. Natura și durata tranziției variază și este individuală.

Persoanele transmasculine (engl. transmasculine people) sunt persoane înregistrate la naștere în sexul feminin care își transformă sau și-au transformat corpul și / sau rolul de gen de la unul feminin la un corp sau rol de gen mai masculin. (În ediția anterioară, termenul FtM (engleză female-to-male) a fost cel mai nou DSM-5, publicat în 2013, și-a schimbat numele în disforie de gen (engl. gender dysphoria). folosit în acest sens.) În opinia noastră, termenul poate fi adecvat pentru a se referi la direcția medicală a tranziției transgen (având forma unui adjectiv: „pacient/-ă FtM”), dar nu pentru a desemna oamenii care fac ei înșiși tranziția; în discursul modern care respectă diversitatea de gen, este preferat termenul „oameni transmasculini / oameni din spectrul transmasculin” (deoarece printre ei există oameni care nu identifică în mod unic ei înșiși ca „bărbați”); de asemenea, este mai convenabil pentru utilizare în limba română, comparativ cu „FtM” - ed.)

Persoanele transfeminine (engl. transfeminine people) sunt persoane înregistrate la naștere la sexul masculin care își transformă sau și-au transformat corpul și / sau rolul de gen de la unul masculin la un corp sau rol de gen mai feminin. (În ediția anterioară, termenul MtF (bărbat-la-femeie) a fost folosit în acest sens.) În opinia noastră, termenul poate fi relevant pentru a desemna direcția medicală a tranziției transgen (având forma unui adjectiv: „pacient/-ă MtF”), dar nu pentru a se referi la oamenii înșiși care fac tranziția; de asemenea, în discursul modern care respectă diversitatea de gen, termenul „oameni transfeminini / oameni din spectrul transfeminin” este

preferat să se refere la acești oameni (deoarece există oameni printre ei, care nu se identifică fără echivoc ca „femei”); de asemenea, este mai convenabil pentru utilizare în limba română comparativ cu „MtF” - ed.)

Persoanele transsexuale (engl. transsexual people) este un termen (anterior - ed.) folosit în mediul medical pentru a se referi la persoanele care doresc să schimbe sau și-au schimbat deja caracteristicile sexuale primare și / sau secundare prin intervenții medicale feminizante sau masculinizante (hormoni și / sau operații), de obicei însoțită de o schimbare finală a rolului de gen. (În cadrul abordării moderne, nu se face nicio distincție conceptuală între pacienții transgen pe baza procedurilor medicale afirmative de gen finalizate sau planificate și, prin urmare, pentru a se referi la pacienții care și-au schimbat sau doresc să-și schimbe corpul, se folosește „persoanele transgen”, iar adjectivul „transsexual” este considerat de mulți ca fiind depășit și medicalizant, deși este încă folosit în unele surse; Adjectivul sau substantivul „transsexual/-ă” este strict nerecomandat spre utilizare, cu excepția cazului în care pacientul/-ă însuși/însăși se numește astfel și, în acest caz, acest nume de sine trebuie respectat - ed.)

Terapia hormonală bioidentică extemporală (engl. bioidentical compounded hormone therapy) - utilizarea hormonilor preparați, amestecați, formulați, ambalați sau etichetați ca medicament de către farmacist și realizați la comandă pentru pacient, în conformitate cu prescripția medicului. Nu este posibilă aprobarea de către autoritatea de supraveghere a statului pentru fiecare medicament extemporal făcut pentru un consumator individual.

I. Scopul și utilizarea standardelor de îngrijire

Asociația profesională mondială pentru sănătatea transgender (WPATH)¹ este o asociație profesională internațională, interdisciplinară, a cărei misiune este de a promova asistență medicală bazată pe dovezi, educație, cercetare, politici publice și susținerea și sănătatea persoanelor trans și transgen. Conceptul WPATH este o lume în care persoanele trans, transgen și neconforme de gen vor avea acces la îngrijiri medicale de calitate și la alte servicii sociale, precum și la respectarea și protecția drepturilor și demnității lor pe o bază egală cu alte persoane, datorită eforturile specialiștilor din diferite domenii și indiferent de contextul cultural.

Una dintre funcțiile principale ale WPATH este de a crea cel mai înalt standard de îngrijire a sănătății personale prin elaborarea de standarde de îngrijire pentru persoanele transgen și neconforme de gen². Standardele se bazează pe cele mai recente cercetări științifice și experiența profesională³. O mare parte din cercetare și experiența clinică în acest domeniu a fost obținută în America de Nord și Europa de Vest; astfel, standardele trebuie adaptate pentru a fi utilizate în alte regiuni ale lumii. Sugestii de sensibilitate culturală sunt incluse în această versiune a standardelor.

Obiectivul general al standardelor este de a oferi îndrumări clinice pentru profesioniștii din domeniul sănătății pentru a ajuta persoanele trans, transgen și neconforme de gen să găsească modalități sigure și eficiente de a atinge un confort personal sustenabil cu identitatea lor de gen, sănătatea cea mai bună, bunăstarea psihologică și autoîmplinire. Această asistență poate include asistență primară, ginecologică și urologică, îngrijire a reproducerii, acțiune vocală și terapie de comunicare, servicii psihoterapeutice (de

Titlu original – Asociația Internațională Disforie de Gen Harry Benjamin(HBIGDA) <http://www.wpath.org>

Aceasta este a 7-a ediție a Standardelor de asistență. Edițiile anterioare au fost publicate în 1979, 1980, 1981, 1990, 1998 și 2001.

A 7-a ediție a Standardelor de asistență diferă semnificativ de edițiile anterioare. Schimbările din această versiune reflectă schimbările societale care au avut loc, progresele în cunoștințele clinice și recunoașterea multor probleme în furnizarea de asistență medicală pentru persoanele trans, transgen și neconforme de gen - pe lângă terapia hormonală și intervenția chirurgicală [Coleman, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d].

exemplu, diagnostic, consiliere, psihoterapie) și terapie hormonală și chirurgie. În timp ce acest document se adresează în primul rând profesioniștilor din domeniul medical, Standardele pot fi utile și persoanelor și familiilor acestora, precum și instituțiilor sociale în activitatea lor de a crea condiții pentru bunăstarea acestei populații diverse.

WPATH recunoaște că sănătatea depinde nu numai de îngrijirea sănătății de calitate, ci și de climatul social și politic care trebuie să garanteze toleranța socială, egalitatea și drepturile civile depline. Sănătatea este susținută de politici publice și de reforme legislative care promovează toleranța și egalitatea în raport cu genul și diversitatea sexuală și eradică prejudecățile, discriminarea și stigmatul. WPATH se angajează să promoveze aceste schimbări în politica și legislația guvernamentală

Standarde de îngrijire - instrucțiuni clinice flexibile

Utilizarea standardelor implică adaptarea la nevoile individuale ale persoanelor trans, transgen și neconforme de gen. Deși sunt flexibili, aceștia stabilesc standardul pentru a oferi cea mai bună îngrijire persoanelor cu disforie de gen - definită ca disconfort sever sau suferință cauzată de o nepotrivire între identitatea de gen și sexul înregistrat la naștere (și rolul de gen asociat și / sau caracteristicile sexuale primare și secundare) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere și Bockting, 2010b].

Ca și în cazul tuturor versiunilor anterioare ale standardelor, criteriile propuse pentru tratamentul hormonal și chirurgical al disforiei de gen sunt îndrumări clinice; specialiști și programe individuale din domeniul sănătății le pot modifica. Pot apărea abateri de la standarde:

- în legătură cu caracteristicile anatomice, sociale sau psihologice specifice ale pacientului;
- ca urmare a aplicării de către un specialist medical experimentat a metodei sale de lucru într-o situație familiară pentru el;
- când este necesar să se respecte protocolul de cercetare;
- în lipsă de resurse în diferite regiuni ale lumii;
- dacă este necesar să aplicați strategii speciale pentru a reduce daunele.

Aceste abateri trebuie menționate, explicate pacientului și documentate în timpul procesului de consimțământ informat pentru a asigura calitatea îngrijirii, precum și protecția legală. Această documentație este, de asemenea, valoroasă pentru acumularea de noi date care pot fi analizate retrospectiv în interesul dezvoltării asistenței medicale și al standardelor.

Deși oferă îndrumări clare, standardele recunosc rolul alegerii în cunoștință de cauză și valoarea abordărilor de reducere a riscurilor. În plus, această versiune a standardelor recunoaște că nu toate persoanele neconforme de gen pot necesita îngrijiri psihologice, hormonale sau chirurgicale. Unele persoane care caută asistență medicală fac progrese semnificative pe cont propriu în schimbarea rolurilor de gen, a tranzițiilor transgen și a altor manifestări care le afectează identitatea de gen. Alții necesită un ajutor mai intens. Specialiștii din domeniul sănătății pot utiliza standardele pentru a ajuta oamenii să facă alegeri din întreaga gamă de servicii de îngrijire a sănătății disponibile, în conformitate cu nevoile lor clinice și obiectivele lor de exprimare a genului.

II. Aplicabilitatea la nivel mondial a standardelor de îngrijire

Deși Standardele sunt destinate aplicării în orice regiune a lumii, trebuie considerat faptul că cea mai mare parte a experienței clinice documentate și a cunoștințelor din acest domeniu provine din surse din America de Nord și Europa de Vest. În diferite regiuni, atât la trecerea frontierelor de stat, cât și în interiorul acestora, există diferențe în atitudinea societății față de persoanele transgen, în construcția rolurilor și identităților de gen, în terminologia adecvată, în prevalența disforiei de gen, în disponibilitatea procedurilor terapeutice și costul acestora, în tipurile de proceduri oferite; în numărul și profilul specialiștilor care oferă asistență în probleme juridice și politice în acest domeniu al asistenței medicale [Iarna, 2009].

Este dificil să se ia în considerare toate aceste diferențe într-un document internațional precum Standardele. Prin urmare, este posibil ca specialiștii din domeniul sănătății să fie nevoiți să adapteze standardele la circumstanțele locale. De exemplu, în unele regiuni, persoanele neconforme de gen se găsesc în număr mare și sunt ușor vizibile în societate [Peletz, 2006]. În aceste condiții, este obișnuit ca oamenii să înceapă schimbări în exprimarea de sine a genului și în aspectul fizic în timpul adolescenței sau chiar mai devreme. Mulți oameni trăiesc în contexte sociale, culturale și chiar lingvistice care sunt semnificativ diferite de cele din Occident. Cu toate acestea, aproape toți acești oameni se confruntă cu prejudecăți [Peletz, 2006; Iarna, 2009]. În multe culturi, stigmatul social față de persoanele care nu sunt conforme genului este larg răspândit, iar rolurile de gen sunt consacrate rigid (Winter și colab., 2009). Persoanele neconforme genului în astfel de condiții sunt forțate să-și ascundă identitatea și, ca urmare, este posibil să nu le fie disponibile îngrijiri medicale adecvate [Iarna, 2009].

Standardele nu sunt menite să limiteze eforturile de a oferi cele mai bune îngrijiri disponibile tuturor oamenilor. Specialiștii din domeniul medical din întreaga lume - chiar și în țările cu resurse limitate și oportunități de formare - pot aplica principiile cheie care stau la baza standardelor:

- să manifeste respect față de pacienții cu identitate de gen neconformă (să nu patologizeze diferențele de identitate de gen sau de exprimare de sine);

- să ofere asistență (sau să consulte colegii cunoscuți) și să fie dispuși să accepte identitatea de gen a pacientului pentru a reduce suferința de disforie de gen (dacă există);

- să dobândească cunoștințe despre nevoile medicale ale persoanelor transgen și celor neconforme genului, inclusiv beneficiile și riscurile pe care le implică terapia disforiei de gen;

- să selecteze terapia pe baza nevoilor și obiectivelor pacientului;

- să faciliteze accesul pacientului la îngrijirea adecvată;

- să obțină consimțământul informat de la pacient înainte de a începe tratamentul;

- să asigure continuitatea tratamentului și să fie gata să susțină o persoană și să-și protejeze interesele în familia sa și în mediul de comunicare (la școală, la locul de muncă și în alte grupuri).

Terminologia este dependentă din punct de vedere cultural și temporal și evoluează rapid. Trebuie folosit un limbaj care respectă realitățile locale, temporale și sociale. La traducerea standardelor în alte limbi, este esențială traducerea corectă a conceptelor cheie. Pot apărea dificultăți la traducerea termenilor englezi în alte limbi și invers. Unele limbi nu au echivalenți exacti pentru diferiții termeni utilizați în acest document, astfel încât traducătorii trebuie să înțeleagă scopul procedurilor terapeutice și să fie capabili să le descrie într-un context cultural local.

III. Diferența dintre neconformitatea de gen și disforia de gen

Transgeneritate și neconformitate de gen: diversitate, nu patologice

În mai 2010, WPATH a lansat un apel prin care a cerut tuturor țărilor din întreaga lume să nu considere neconformitatea de gen ca psihopatologie [Consiliul de administrație al WPATH, 2010]. Acest recurs a subliniat că „manifestarea caracteristicilor de gen (inclusiv identități) care diferă de cele tipice sexului atribuit la naștere este o situație comună care nu ar trebui privită ca fiind patologică sau negativă”. Din păcate, în multe societăți din întreaga lume, neconformitatea de gen provoacă stigmatizare. Stigma poate duce la prejudecăți și discriminare, ceea ce creează „stres minoritar” [I.H. Meyer, 2003]. Stresul minoritar este un stres cronic la care sunt expuse anumite grupuri sociale (pe lângă stresul pe care îl împart cu restul populației) și care mărește expunerea grupului la probleme psihologice precum anxietatea și depresia [Institutul de Medicină, 2011]. În plus față de prejudecăți și discriminări în societate în general, stigmatul poate contribui la maltratarea și neglijarea din partea colegilor și a membrilor familiei, ceea ce la rândul său poate duce la suferință psihologică. Cu toate acestea, aceste simptome au cauze sociale și nu sunt cauzate de transgeneritate și neconformitate de gen în sine.

Neconformitatea de gen și disforia de gen

Termenul de neconformitate de gen descrie gradul în care identitatea de gen, rolul sau expresia de gen a unei persoane diferă de normele sociale prescrise persoanelor de un anumit sex [Institutul de Medicină, 2011]. Termenul „disforie de gen” se referă la disconfortul cauzat de discrepanța dintre identitatea de gen a unei persoane și sexul constatat la naștere (precum și rolul de gen corespunzător și / sau caracteristicile sexului primar și secundar) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere și Bockting, 2010b]. Este important să rețineți că doar unii oameni neconformi genului suferă de disforie de gen la un moment dat în viața lor.

Diverse terapii îi ajută pe persoanele cu disforie de gen să își analizeze identitatea de gen și să găsească rolul de gen cel mai confortabil pentru ei [Bokting & Goldberg, 2006]. Terapia este selectată individual și poate varia în fiecare caz. Acest proces poate implica schimbări în expresia de gen sau modificări corporale,

dar niciuna nu este necesară. Opțiunile de intervenție medicală includ feminizarea sau masculinizarea corpului prin terapie hormonală și / sau intervenție chirurgicală, care poate atenua cu succes disforia de gen și este esențială pentru multe persoane transgen. Identitățile de gen și modalitățile de exprimare sunt diverse, astfel încât terapia hormonală și intervenția chirurgicală sunt doar două dintre numeroasele opțiuni disponibile pentru a ajuta oamenii să se simtă confortabil cu ei înșiși.

Asistența medicală și psihologică poate atenua semnificativ disforia de gen [Murad și colab., 2010]. Deși disforia poate reapărea în anumite momente din viață, mulți oameni aflați în terapie găsesc un rol de gen care le este confortabil, chiar dacă diferă de rolul atribuit lor de sexul înregistrat la naștere sau de normele și așteptările dominante de gen.

Diagnostiche legate de disforia de gen

Unii oameni suferă de disforie de gen în măsura în care suferința pe care o experimentează îndeplinește criteriile pentru diagnosticarea tulburărilor mintale. Un astfel de diagnostic nu ar trebui să devină un pretext pentru stigmatizarea sau privarea unei persoane de drepturi civile. Sistemele de clasificare existente, cum ar fi Manualul de diagnostic statistic al tulburărilor mintale (DSM) [Asociația Americană de Psihiatrie, 2000] și Clasificarea internațională a bolilor (ICD) [Organizația Mondială a Sănătății, 2007] descriu sute de tulburări mintale, diferite ca origine, desigur, patogenie, tulburări funcționale și vindecare. În ambele sisteme, nu pacienții înșiși sunt clasificați, ci combinațiile de simptome și afecțiuni. Termenul „tulburare” se referă la o stare în care poate fi o persoană, dar în niciun fel nu o caracterizează pe ea însăși. Astfel, persoanele transgen și cele neconforme de gen nu sunt, de fapt, afectate funcțional. Cu toate acestea, se poate spune că disforia de gen este o afecțiune incomodă care, odată diagnosticată, are o varietate de opțiuni de tratament. Existența unui astfel de diagnostic facilitează adesea accesul la îngrijiri medicale și poate duce la găsirea unor tratamente eficiente. Cercetarea conduce la noi liste de verificare a diagnosticului; termenii se schimbă ca în DSM [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere și Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010] și în ICD. Din acest motiv, standardele folosesc termeni cunoscuți, iar noii termeni sunt însoțiți de definiții. Specialiștii din domeniul medical trebuie să verifice cele mai actualizate criterii de diagnostic și coduri adecvate pentru a fi utilizate în practica lor.

IV. Prezentarea generală a abordărilor terapeutice pentru disforia de gen

Nu au fost efectuate studii formale privind incidența și prevalența fenomenelor transgenerității și neconformității de gen, iar încercările de a obține o estimare realistă sunt pline de mari dificultăți [Institutul de Medicină, 2011; Zucker și Lawrence, 2009]. Chiar dacă presupunem că proporția persoanelor transgen și celor neconforme genului este similară în diferite regiuni ale lumii, diferențele culturale dintre țări vor afecta manifestările comportamentale ale persoanelor cu identități de gen diferite, precum și gradul de manifestare a disforiei de gen în rândul populației. În ciuda faptului că în majoritatea țărilor, depășirea granițelor normative de gen nu este încurajată de societate, în unele culturi există exemple de comportament neconform cu genul (de exemplu, printre liderii spirituali) care sunt mai puțin condamnați sau chiar respectați [Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas 1995; Coleman, Colgan și Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda 1998; Taywaditep, Coleman și Dumronggittigule, 1997].

Din diverse motive, cercetătorii care au studiat prevalența fenomenelor descrise, de regulă, s-au concentrat pe cel mai ușor accesibil subgrup de persoane care nu sunt conforme genului - persoanele trans care se confruntă cu disforie de gen și caută ajutor pentru tranziție în clinicile de gen [Zucker & Lawrence, 2009]. Majoritatea studiilor au fost efectuate în Europa - Suedia [Wälinder, 1968, 1971], Marea Britanie [Hoenig & Kenna, 1974], Olanda [Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren & Megens, 1996], Germania [Weitze & Osburg, 1996], Belgia [De Cuypere și colab., 2007]. Un studiu a fost realizat la Singapore [Tsoi, 1988].

De Cuypere și colab. (2007) au analizat această lucrare timp de 39 de ani și și-au efectuat propriile cercetări. Cu excepția rezultatelor extrem de divergente obținute de Pauly în 1965.

În 1988, zece studii efectuate în opt țări au arătat că prevalența femeilor transgen variază între 1: 11.900 și 1: 45.000, bărbații transgen - de la 1: 30.400 la 1: 200.000. Unii cercetători sugerează că prevalența este mult mai mare, iar rezultatul depinde de metodele utilizate [Olyslager & Conway, 2007].

Comparația directă între studii este imposibilă, deoarece toate diferă prin metodele de colectare a datelor și criteriile de selectare a persoanelor trans (efectuarea unei intervenții chirurgicale pe organele genitale, efectuarea terapiei hormonale, vizitarea clinicii în scopul efectuării unei tranziții transgen

sub supraveghere medicală, etc.). În studii mai recente, s-a constatat că ratele de prevalență sunt mai mari, ceea ce poate indica un număr tot mai mare de persoane care solicită asistență medicală.

Această ipoteză este susținută de un studiu realizat de Reed și colegii (2009), care au remarcat că numărul persoanelor care vizitează clinicile de gen din Marea Britanie se dublează la fiecare 5-6 ani. La fel, Zucker și colab. (2008) au raportat o creștere de 4-5 ori a internărilor în spitale pentru copii și adolescenți din Toronto, Canada în ultimii 30 de ani.

Cifrele obținute în astfel de studii pot fi considerate în cel mai bun caz estimări minime. Majoritatea datelor publicate provin din clinici în care pacienții îndeplineau criteriile de disforie severă de gen și aveau acces la asistență medicală. În același timp, nu s-a luat în considerare faptul că tipurile de terapie oferite de clinică, din punct de vedere al accesibilității, eficacității și acceptabilității lor, s-ar putea să nu se potrivească tuturor persoanelor care suferă de disforie de gen.

Alte observații clinice (care nu sunt încă susținute de studii sistematice) confirmă probabilitatea unei prevalențe ridicate a disforiei de gen din următoarele motive:

1. Disforie de gen nerecunoscută anterior se găsește uneori la pacienții cu anxietate, depresie, tulburări de comportament, abuz de alcool sau droguri, tulburări de personalitate disociative și limită, disfuncții sexuale și tulburări de formare a genului [Cole, O'Boyle, Emory și Meyer III, 1997];

2. Anumiți crossdresser-ii, actori de spectacole ale crossdresser-ilor sau animatori în îmbrăcăminte, gay-i și lesbiene pot prezenta, de asemenea, disforie de gen [Bullough & Bullough, 1993];

3. La unii oameni, intensitatea disforiei de gen fluctuează din ce în ce mai puțin în jurul pragului clinic [Docter, 1988];

4. Neconformitatea de gen în rândul persoanelor transmasculine tinde să rămână relativ invizibilă în multe culturi, în special pentru specialiștii din medicina occidentală și cercetătorii care efectuează majoritatea cercetărilor și pe baza cărora se bazează estimările actuale ale prevalenței transgenerității [Winter, 2009].

În general, această cercetare poate fi luată ca punct de plecare și este necesară o cercetare mai riguroasă în diferite regiuni din întreaga lume pentru a organiza mai bine îngrijirea sănătății.

V. Prezentarea generală a abordărilor terapeutice pentru disforia de gen

Progrese în studiul și tratamentul disforiei de gen

Fenomenul disforiei de gen a devenit mai cunoscut în a doua jumătate a secolului al XX-lea, când specialiștii din domeniul medical au început să ofere asistență în corectarea disforiei de gen prin schimbarea caracteristicilor sexuale primare și secundare prin terapia hormonală și intervenția chirurgicală, împreună cu o schimbare a rolului de gen. Deși existența unui spectru de neconformitate de gen a fost deja recunoscută de Harry Benjamin¹ [Benjamin, 1966], inițial atenția sa s-a concentrat asupra persoanelor care caută să-și schimbe corpul cât mai mult posibil de la bărbat la femeie sau invers [Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974]. Abordarea clinică aplicată acestor pacienți a fost evaluată în mod cuprinzător și s-a dovedit a fi eficientă: ratele de satisfacție din diferite studii au variat de la 87% la persoanele transfeminine la 97% la persoanele transmasculine [Green & Fleming, 1990], iar regretele au fost extrem de rare (1). - 1,5% în rândul transfeminin și <1% în rândul persoanelor transmasculine) [Pfäfflin, 1993]. Într-adevăr, pentru mulți oameni, terapia hormonală și modificările chirurgicale s-au dovedit a fi măsuri medicale necesare pentru a reduce disforia de gen [Asociația medicală americană, 2008; Anton, 2009; Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen, 2008].

Pe măsură ce domeniul s-a dezvoltat, specialiștii din domeniul medical au recunoscut că, deși mulți oameni necesită atât terapie hormonală, cât și modificări chirurgicale pentru a reduce disforia de gen, unii au nevoie doar de unul dintre aceste tipuri de îngrijire, iar alții nu au nevoie nici de unul [Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004].

Adesea, cu ajutorul psihoterapiei, indivizii își integrează sentimentele sale transgen sau de neconformitate în rolul de gen atribuit lor încă de la naștere și nu văd necesitatea feminizării sau masculinizării corpurilor lor. Alți oameni trebuie să-și schimbe rolurile de gen și exprimarea de sine pentru a atenua disforia de gen.

¹Harry Benjamin - un endocrinolog și sexolog american care s-a dedicat mai mult de 20 de ani studiului fenomenului trans.

Unii pacienți pot necesita terapie hormonală și, eventual, o schimbare a rolului de gen, dar nu modificări chirurgicale; alții ar putea avea nevoie de reatribuire a rolului de gen împreună cu modificări chirurgicale, dar nu de terapie hormonală. Cu alte cuvinte, terapia cu disforie de gen devine mai individualizată.

Pe măsură ce a trecut o generație, persoanele transgen și cele neconforme genului, dintre care multe au beneficiat de o intervenție terapeutică, au devenit mai vizibile ca o comunitate caracterizată printr-o varietate de identități de gen. Unii oameni nu se descriu ca fiind neconformi cu genul, ci ca fiind în mod explicit membri ai sexului opus (Bockting, 2008). Alții consideră identitatea lor de gen unică și nu se identifică nici ca bărbați, nici ca femei [Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Piatra, 1991; Warren, 1993]. În schimb, aceștia se pot numi transgen, bigenderi sau persoane cu gen nedefinit (genderqueer), trecând dincolo de înțelegerea binară a genului [Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins și Howell, 2002]. Este posibil ca aceștia să nu perceapă procesul afirmativ de gen ca o „tranziție transgen”, deoarece nu au acceptat niciodată pe deplin rolul de gen care le-a fost atribuit încă de la naștere sau pentru că autorealizarea lor nu necesită o schimbare de la un rol de gen la altul. De exemplu, unii tineri care se identifică ca fiind cu gen nedefinit au simțit întotdeauna identitatea și rolul de gen în acest fel. O mai mare vizibilitate publică și conștientizarea diversității de gen [Feinberg, 1996] împuternicește persoanele cu disforie de gen să se regăsească.

Specialiștii din domeniul sănătății pot ajuta persoanele cu disforie de gen să își afirme identitatea, să găsească modalități adecvate de exprimare și să decidă opțiunile de terapie pentru a reduce disforia de gen.

Opțiuni psihologice și de îngrijire a sănătății pentru disforia de gen

Există diferite opțiuni pentru îngrijirea disforiei de gen care pot fi aplicate în moduri diferite în funcție de caz individual [Bockting, Knudson și Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury & Pardo, 2010]. Opțiunile de ajutor includ:

- schimbarea expresiei de sine și a rolului de gen pentru a coincide cu identitatea de gen (în mod continuu sau periodic);
-

- terapia hormonală pentru feminizarea sau masculinizarea corpului;
- intervenții chirurgicale pentru modificarea caracteristicilor sexuale primare și / sau secundare (de exemplu, glandelor mamare / sânii, organele genitale externe și / sau interne, trăsăturile feței, contururile corpului);
- psihoterapie (individual, cupluri, familie sau grup) - pentru studii de identitate de gen, a exprimării acesteia; reducerea impactului negativ al disforiei de gen și stigmatizării asupra sănătății mintale, ameliorarea transfobiei interne, extinderea cercului de sprijin social și asistență reciprocă, îmbunătățirea percepției corpului și dezvoltarea rezistenței la stres.

Oportunități de asistență socială și ajutor în schimbarea expresiei de gen

În plus (sau alternativ) la opțiunile de mai sus, sunt disponibile următoarele opțiuni:

- grupuri sau comunități de auto-ajutor, precum și resurse de pe internet care oferă sprijin social și protecția intereselor;
- grupuri de sprijin și resurse de rețea pentru cercul interior al persoanelor transgen;
- antrenament vocal și terapie de comunicare, pentru a dezvolta abilități de comunicare verbală și non-verbală;
- îndepărtarea părului utilizând electroliză, laser sau ceară;
- bandajarea sau utilizarea sânilor falși, mascarea organelor genitale sau utilizarea unei proteze peniene, utilizarea șoldurilor și feselor false;
- schimbarea numelui și a sexului în documentele de identitate.

VI. Evaluarea stării și terapia copiilor și adolescenților cu disforie de gen

Există o serie de diferențe în diagnosticul și tratamentul disforiei de gen la copiii, adolescenții și adulții. La copiii și adolescenți, procesul de dezvoltare fizică și psihosexuală este furtunos, caracterizat prin plasticitate și o varietate de rezultate, în special la copiii prepubertali. Această secțiune oferă recomandări specifice pentru diagnosticul și tratamentul copiilor și adolescenților cu disforie de gen.

Diferențe între copii și adolescenți cu disforie de gen

Disforia de gen din copilărie și adolescență persistă în proporții inegale până la vârsta adultă¹. Disforia de gen din copilărie nu continuă neapărat până la maturitate. Catamnezele copiilor prepubertali (mai ales băieți) care au fost direcționați către clinici pentru evaluarea disforiei de gen au arătat că disforia persistă la vârsta adultă doar la 6-23% dintre copii [Cohen-Kettenis, 2001; Zucker și Bradley, 1995]. Participanții la aceste studii au fost mai predispuși să se identifice ca fiind homosexuali decât transgen la vârsta adultă [Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984]. Studii ulterioare, care au inclus și fete, au constatat că disforia de gen persistă la vârsta adultă în 12-27% din cazuri [Drummond, Bradley, Peterson-Badali și Zucker, 2008; Wallien și Cohen-Kettenis, 2008].

În schimb, disforia de gen a adolescenților este mult mai probabilă să persiste până la maturitate. Nu a fost efectuată nicio cercetare longitudinală formală. Cu toate acestea, un studiu de urmărire efectuat pe 70 de adolescenți diagnosticați cu disforie de gen în curs de terapie pentru suprimarea pubertății² a arătat că toată lumea a făcut ulterior o tranziție medicală transgen, începând cu terapia hormonală feminizantă/masculinizantă [de Vries, Steensma, Doreleijers și Cohen-Kettenis, 2010].

O altă diferență între copii și adolescenți cu disforie de gen este raportul numeric al sexelor din fiecare grupă de vârstă. Dintre copiii sub 12 ani admiși

1 Comportamentul neconform de gen la copiii poate continua până la maturitate, dar nu indică neapărat disforia de gen și necesitatea tratamentului ei. Așa cum este descris în secțiunea III, diversitatea exprimării de gen nu indică în sine disforia de gen.

2 Comportamentul neconform de gen la copiii poate continua până la maturitate, dar nu indică neapărat disforia de gen și necesitatea tratamentului ei. Așa cum este descris în secțiunea III, diversitatea exprimării de gen nu indică în sine disforia de gen.

în clinicile cu disforie de gen, raportul dintre băieți și fete a variat de la 6: 1 la 3: 1 [Zucker, 2004]. Dintre adolescenții cu disforie de gen peste 12 ani referiți la clinici, raportul de sex a fost aproape de 1:1 [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003].

Nu există suficiente studii epidemiologice formale privind disforia de gen la copii, adolescenți și adulți. Sunt necesare studii suplimentare pentru a rafina estimările prevalenței și rezistenței sale în rândul populației din diferite țări ale lumii.

Fenomenologia la copii

Copiii pot prezenta semne de disforie de gen încă de la vârsta de doi ani. Ei pot exprima dorința de a fi un copil de alt sex și se simt inconfortabil în ceea ce privește anatomia și fiziologia lor. În plus, pot prefera haine, jocuri și jucării care sunt de obicei alese de copii de sex opus și preferă să se joace cu colegi de sex opus. Unii copii prezintă un comportament extrem de neconform genului, însoțit de disconfort persistent și sever cu privire la caracteristicile lor sexuale primare. La alți copii, aceste manifestări nu sunt atât de puternice sau sunt prezente doar parțial [Cohen-Kettenis și colab., 2006; Knudson, De Cuypere și Bockting, 2010a].

Copiii cu disforie de gen au adesea tulburări internalizate comorbide, cum ar fi anxietatea și depresia [Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley și Zucker, 2003; Wallien, Swaab și Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley și Ameeriar, 2002]. Există, de asemenea, sugestii privind o prevalență mai mare a tulburărilor autiste la copiii spitalizați cu disforie de gen decât la populația generală [de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes și Doreleijers, 2010].

Fenomenologia la adolescenți

La majoritatea copiilor, disforia de gen trece înainte de pubertate sau în perioada ei de mai devreme. Cu toate acestea, în unele cazuri, odată cu dezvoltarea caracteristicilor sexuale secundare, sentimentul de dezgust pentru propriul corp crește [Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond și colab., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker și Bradley, 1995]. Dovezile dintr-un studiu indică faptul că nivelurile extreme de incongruență de gen în copilărie persistă de obicei până la sfârșitul adolescenței și la începutul maturității [Wallien Cohen-Kettenis, 2008]. Cu

toate acestea, mulți adolescenți și adulți care prezintă disforie de gen nu raportează un comportament neconform de gen în copilăria lor [Docter, 1988; Landen, Walinder și Lundstrom, 1998]. Prin urmare, pentru oamenii din preajmă (părinți, alți membri ai familiei, prieteni și cunoscuți) disforia de gen, care s-a manifestat prima dată în adolescență, poate fi o surpriză.

Adolescenții care își percep caracteristicile sexuale primare și / sau secundare și sexul înregistrat în neconcordanță cu identitatea lor de gen pot suferi foarte mult de acest lucru. Mulți adolescenți cu disforie de gen (deși nu toți) caută terapie hormonală și intervenție chirurgicală. Mai mulți adolescenți încep să trăiască în genul lor dorit înainte de a părăsi școala [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003].

Proporția adolescenților menționați la clinicile de gen pentru terapia de suprimare a pubertății Tanner în stadiu incipient³ diferă în funcție de țară și centru. Nu toate clinicile oferă acest tip de terapie. Terapia este permisă să înceapă la 2-4 etape ale lui Tanner [Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker și colab., 2012]. Proporția adolescenților admiși la terapie pare să depindă de organizarea îngrijirii, de acoperirea asigurărilor, de diferențele culturale, de opiniile specialiștilor din domeniul sănătății și de procedura de diagnosticare.

Medicii fără experiență pot confunda simptomele disforiei de gen cu simptomele amăgirii psihotice, deși manifestările lor sunt calitativ diferite. Marea majoritate a copiilor și adolescenților cu disforie de gen nu suferă de boli mintale grave care stau la baza, cum ar fi tulburările psihotice [Steensma, Biemond, de Boer și Cohen-Kettenis, publicate online înainte de 01/07/2011].

Adolescenții cu disforie de gen au deseori tulburări de internalizare concomitente (de exemplu, anxietate și depresie) și / sau tulburări de exteriorizare (de exemplu, tulburări de opoziție provocatoare) [de Vries și colab., 2010]. Ca și în cazul copiilor, prevalența tulburărilor autiste la adolescenții cu disforie de gen îndreptați la clinici este, probabil, mai mare decât la alți adolescenți (de Vries și colab., 2010).

Competența specialiștilor din domeniul sănătății mintale care lucrează cu copii sau adolescenți cu disforie de gen

Următoarele sunt calificările minime recomandate pentru specialiștii

3 Scala Tanner descrie etapele pubertății la oameni. Dezvoltat de James Tanner, un endocrinolog britanic pediatric. Se compune din 5 etape.

din domeniul sănătății mintale care lucrează cu copii și adolescenți cu disforie de gen:

1. Să corespundă cerințelor de calificare pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale care lucrează cu adulții (a se vedea secțiunea VII).
2. Să treacă instruire completă în psihopatologia dezvoltării copiilor și adolescenților.
3. Să fie competenți în diagnosticarea și tratarea problemelor frecvente la copii și adolescenți.

Funcțiile specialiștilor din domeniul sănătății mintale care lucrează cu copii și adolescenți cu disforie de gen:

1. Să evalueze direct disforia de gen la copii și adolescenți (vezi mai jos îndrumările generale privind evaluarea).
2. Să ofere consiliere familială și psihoterapie de susținere pentru a ajuta copiii și adolescenții să înțeleagă identitatea lor de gen, pentru a reduce disconfortul cauzat de disforia de gen și pentru a ajuta la rezolvarea altor dificultăți psihosociale.
3. Să evalueze și să trateze orice problemă colaterală de sănătate mintală (sau să îndrepte la un alt specialist în sănătate mintală). Soluționarea unor astfel de probleme este un element necesar al întregului curs de terapie.
4. Să îndrume adolescenții către intervenții terapeutice complementare (cum ar fi suprimarea hormonală a pubertății) pentru a reduce disforia de gen. Recomandarea ar trebui să includă: documentația privind evaluarea disforiei de gen și a sănătății mintale, eligibilitatea adolescenților pentru terapie (enumerarea de mai jos), opinia de expert de la un specialist din domeniul sănătății mintale și orice alte informații legate de sănătatea adolescenților și trimiterea la tipuri specifice de terapie.
5. Să educă și să susțină copiii și adolescenții disforici de gen și familiile acestora în comunitățile lor (de exemplu, școli, centre de zi, tabere pentru copii). Acest lucru este deosebit de important deoarece copiii și adolescenții care nu se conformează normelor de gen prescrise de societate pot deveni victime ale atacurilor [Grossman, D'Augelli și Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell și Hubbard, 2006; Sausa, 2005], riscă cu izolare socială, depresie și alte consecințe negative

[Nuttbrock și colab., 2010].

6. Să ofere copiilor, adolescenților și familiilor acestora informații cu privire la disponibilitatea grupurilor de auto-ajutorare (de exemplu, grupuri de sprijin pentru părinții copiilor transgen și neconformi genului) [Gold & MacNish, 2011; Pleak 1999; Rosenberg, 2002].

Diagnosticul și asistența psihosocială pentru copii și adolescenți pot fi efectuate în centre multidisciplinare de gen. Dacă ele lipsesc, specialistul din domeniul sănătății mintale trebuie să evalueze copilul sau adolescentul și să ia orice decizii cu privire la intervențiile fizice împreună cu medicul endocrinolog pediatru.

Evaluarea psihologică a copiilor și adolescenților

Atunci când se evaluează starea copiilor și adolescenților care se adresează referitor la disforie de gen, este recomandabil ca specialiștii din domeniul sănătății mintale să respecte următoarele recomandări:

1. Specialiștii din domeniul sănătății mintale nu trebuie să ignore sau să exprime atitudini negative față de identitățile de gen neconforme sau semnele de disforie de gen. Este recomandabil să recunoașteți că există o problemă, să efectueze o evaluare aprofundată a disforiei de gen și a altor probleme de sănătate mintală asociate și să-i sfătuiți adolescentului și familiei cu privire la opțiunile de tratament (dacă este necesar). Dorința de a scoate problema la iveală și a o discuta poate aduce o ușurare semnificativă copilului și familiei sale.
2. La evaluarea disforiei de gen și a sănătății mintale, trebuie examinate caracteristicile identității de gen; să fie efectuată o evaluare psihodiagnostică și psihiatrică a sferei emoționale, a relațiilor cu colegii și a altor conexiuni sociale, a funcțiilor cognitive și a realizărilor academice. Sondajul ar trebui să includă și studiul naturii relațiilor de familie. Problemele emoționale și comportamentale sunt frecvente în mediul unui astfel de copil sau adolescent [de Vries, Doreleijers, Steensma și Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thummel, 2006; Wallien și colab., 2007].
3. Adolescenții și familiile lor trebuie să fie informați cu privire la posibilitățile și limitările diferitelor tipuri de terapie. Acest lucru este necesar atât pentru obținerea consimțământului informat, cât și pentru evaluarea problemei. În sine, reacția adolescentului la aceste

informații poate fi informativă din punct de vedere diagnostic. Informațiile furnizate pot determina adolescentul să își reconsidere opiniile cu privire la terapie, dacă acestea s-au bazat pe așteptări nerealiste.

Măsuri psihologice și sociale pentru a ajuta copiii și adolescenții

Oferind asistență psihologică copiilor și adolescenților cu disforie de gen, este de dorit ca lucrătorii medicali să respecte următoarele recomandări:

1. Specialiștii din domeniul sănătății mintale trebuie să asiste familia în acceptarea și susținerea unui copil sau adolescent cu disforie de gen. Familia joacă un rol important în sănătatea psihologică și bunăstarea adolescentului [Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004]. Acest lucru se aplică și colegilor și adulților din jur, deoarece aceștia pot servi ca o sursă suplimentară de sprijin social.
2. Psihoterapia ar trebui să se concentreze pe reducerea suferinței asociate cu disforia de gen la copil sau adolescent și pe alte probleme psihosociale. Pentru adolescenții care intenționează să treacă printr-o tranziție medicală transgen, psihoterapia se poate concentra pe sprijin înainte, în timpul și după tranziție. Nu s-a efectuat o evaluare oficială a eficacității diferitelor abordări psiho-terapeutice, dar au fost deja descrise mai multe metode de consiliere [Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis și Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica și Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006].
3. Este important de reținut că încercările de a schimba identitatea și expresia de gen a unei persoane pentru a se potrivi mai bine sexului atribuit la naștere nu au avut succes în trecut [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], în special pe termen lung [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. O astfel de terapie nu mai este considerată etică.
4. Ajutați familia copilului să facă față sentimentelor de nesiguranță și anxietate cu privire la rezultatele potențiale ale terapiei și ajutați copilul să dezvolte o stimă de sine pozitivă.
5. Specialiștii din domeniul sănătății mintale nu ar trebui să impună copilului idei binare despre sex. Este recomandabil să-i acordați spațiu pentru a explora diferite opțiuni pentru exprimarea genului. Când vine vorba de intervenții hormonale sau chirurgicale, nu toți

adolescenței au nevoie de ele

Este recomandabil să ajutați copiii și familiile acestora să stabilească un grad acceptabil de exprimare de către copil a unui rol de gen corespunzător identității sale în viața de zi cu zi, precum și să ajutați la momentul acestor schimbări sociale. De exemplu, un copil poate face o tranziție socială doar parțial (îmbrăcându-se și purtând o coafură care se potrivește identității sale de gen) sau toate (folosind și numele și pronumele care se potrivesc identității sale de gen). De asemenea, este necesar să se rezolve o întrebare dificilă - dacă este necesar să se informeze alte persoane despre situația copilului, când este mai bine să o facă și care poate fi reacția lor.

Furnizorii de servicii medicale trebuie să educe și să sprijine copiii și familiile lor în interacțiunile lor cu profesorii, consiliile școlare și instanțele judecătorești.

Este recomandabil ca un specialist din domeniul sănătății mintale să stabilească o relație terapeutică cu copilul neconform de gen și familia acestuia și să îl observe în timpul schimbărilor sociale ulterioare sau al intervențiilor fizice. Acest lucru vă va permite să revizuiți în mod regulat problema expresiei de gen și tratamentul disforiei de gen, pentru a lua cele mai informate decizii cu privire la acțiuni ulterioare. O abordare similară ar trebui utilizată dacă adolescentul și-a schimbat rolul de gen chiar înainte de vizita la specialist.

Tranziția socială în copilăria timpurie

Unii copii își exprimă dorința de a trece la un rol diferit de gen cu mult înainte de pubertate. Pentru unii copii, aceasta este o dorință - o consecință a identității de gen, în timp ce în altele aceasta se poate datora altor motive. Familiile variază foarte mult în ceea ce privește dorința lor de a-și permite copilului să schimbe rolurile de gen, deși tranzițiile sociale de succes în copilăria timpurie au loc în unele familii. Aceasta este o problemă controversată și nu există un consens între specialiștii din domeniul medical în această privință. Există suficiente date pentru a evalua rezultatele pe termen lung ale schimbării rolului de gen în copilăria timpurie. Studiile de urmărire a copiilor care au făcut o tranziție timpurie între genuri pot completa în mod semnificativ orientările clinice.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot ajuta familiile cu copii mici să decidă când și cum să implementeze cel mai bine o schimbarea rolului de gen. Aceștia ar trebui să ofere părinților informații despre beneficiile și riscurile potențiale ale diferitelor soluții. Trebuie de avut în vedere ratele scăzute menționate deja de persistență a disforiei de gen la vârsta adultă [Drummond și colab., 2008; Wallien și Cohen-Kettenis, 2008]. Revenirea la rolul de gen inițial poate fi atât de dificilă și incomodă încât copilul poate ezita să facă această a doua tranziție [Steensma & Cohen-Kettenis, 2011]. Din acest motiv, ar putea fi mai bine ca părinții să-și invite copilul să încerce să trăiască într-un rol diferit de gen, subliniind reversibilitatea acestuia. Specialiștii pot ajuta părinții să găsească posibile soluții de compromis (de exemplu, schimbarea rolurilor sociale în weekend). Este important ca părinții să îi arate copilului clar că există o cale de întoarcere.

Indiferent de deciziile specifice ale membrilor familiei cu privire la tranziție, sprijinul și sfaturile ar trebui să fie oferite familiei pe măsură ce se realizează calea aleasă și apar diverse consecințe. Chiar dacă părinții nu permit copilului lor să facă tranziția, aceștia ar trebui ajutați să stabilească o relație emoțională strânsă și de încredere, astfel încât copilul să poată înțelege experiențele și comportamentele de gen într-un mediu sigur. Dacă părinții îi permit copilului să facă tranziția, ar putea avea nevoie de consiliere cu privire la modul de a face experiența pozitivă pentru copil. De exemplu, pot avea nevoie de ajutor pentru a folosi pronumele corecte atunci când comunică cu un copil, organizează un mediu sigur la școală, atunci când comunică cu colegii și adulții. Pe măsură ce vă apropiați de pubertate, pot fi necesare teste suplimentare pentru a decide opțiunile de intervenție medicală.

Asistență medicală pentru adolescenți

Înainte de a lua în considerare opțiunile de intervenție medicală, este necesar să se studieze în detaliu situația psihologică, familială și socială în care se găsește adolescentul. Acest lucru poate dura diferit în funcție de complexitatea situației.

Intervențiile medicale trebuie privite în contextul dezvoltării adolescenților. Adolescenții pot adera la anumite viziuni ale identității și le pot exprima viguros, creând iluzia ireversibilității. Dimpotrivă, o schimbare către conformitatea cu genul poate fi pentru a mulțumi părinților și poate fi de scurtă durată, fără a reflecta schimbările pe termen lung ale disforiei de gen [Hembree și colab., 2009; Steensma și colab., Publicație online, 2011].

1. Intervențiile medicale la adolescenți se împart în trei categorii sau etape [Hembree și colab., 2009]:
2. Intervenții complet reversibile. Includ o terapie care suprimă pubertatea - utilizarea analogilor hormonului care eliberează gonadotropina (GnRH, gonadoliberina) pentru a suprima secreția de estrogen sau testosteron, ceea ce vă permite să întârziți apariția modificărilor pubertare corporale. Opțiunile de terapie alternativă includ: luarea de progestine (cel mai adesea Depo-Provera) sau alte medicamente (verospiron) care slăbesc efectul androgenilor secretați de testicule (cu excepția cazului în care adolescentul ia analogi GNRH). Contraceptivele orale (sau Depo-Provera) pot fi utilizate pentru a suprima menstruația.
3. Intervenții parțial reversibile. Includ terapia hormonală pentru masculinizarea sau feminizarea corpului. Unele modificări induse de hormoni pot necesita o intervenție chirurgicală plastică pentru a produce rezultatul (de exemplu, ginecomastia indusă de estrogen), în timp ce alte modificări sunt ireversibile (de exemplu, alterarea vocală indusă de testosteron).
4. Intervenții ireversibile. Acestea includ proceduri chirurgicale.

Schimbările în corp care corespund primelor două etape sunt recomandate să fie efectuate treptat pentru a asigura posibilitatea inversării procesului. Nu trebuie să vă deplasați de la o etapă la alta până nu a trecut suficient timp pentru ca adolescentul și părinții săi să se obișnuiască pe deplin cu schimbările care au avut loc.

Intervenții complet reversibile

Adolescenții îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru terapia antipubertară după începerea pubertății. Pentru ca adolescenții și părinții lor să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la suspendarea pubertății, se recomandă ca adolescentul să atingă cel puțin Etapa Tanner 2. Unii copii ajung la această etapă foarte devreme (în jurul vârstei de 9 ani). Cercetările care au evaluat această abordare au inclus copii cu vârsta de doar 12 ani și peste [Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries și Delemarre van de Waal, 2011; de Vries, Steensma și colab., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch și Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006].

1. Suprimarea hormonală a pubertății are două scopuri:
2. să acorde adolescentului mai mult timp pentru a accepta neconformitatea de gen și alte probleme de dezvoltare;
3. să faciliteze tranziția prin prevenirea dezvoltării unor caracteristici sexuale nedorite care vor fi dificil sau imposibil să revină la starea lor inițială dacă adolescentul decide ulterior să continue tranziția.

Suprimarea pubertății poate dura câțiva ani, timp în care se ia decizia de a opri complet terapia hormonală sau de a începe terapia hormonală feminizantă / masculinizantă. Suprimarea pubertății nu duce neapărat la o tranziție socială sau medicală.

Criterii pentru prescrierea terapiei supresive a pubertății pentru adolescenți

1. La adolescentul apare neconformitate de gen sau disforie de gen (pronunțată sau suprimate) de lungă durată și puternică.
2. Disforia de gen a început sau s-a agravat odată cu debutul pubertății.
3. Problemele psihologice, medicale sau sociale asociate care ar putea interfera cu terapia sunt rezolvate, iar adolescentul este suficient de stabil pentru a iniția terapia.
4. Adolescentul a dat consimțământul în cunoștință de cauză sau părinții săi (tutelele) sunt de acord cu terapia (dacă adolescentul nu a atins încă vârsta consimțământului medical) și sunt gata să-l susțină în procesul de tratament.

Administrarea medicamentelor, monitorizarea și riscurile terapiei de suprimare a pubertății

Pentru a suprima pubertatea, adolescenților cu organele genitale masculine trebuie să li se administreze analogi GnRH, care opresc secreția de hormon luteinizant și, prin urmare, secreția de testosteron. Alternativ, pot fi administrate progestine (Provera) sau alte medicamente care blochează secreția de testosteron și/sau neutralizează efectele testosteronului.

Adolescenților cu organe genitale feminine trebuie să li se prescrie analogi GnRH, care opresc secreția de estrogen și progesteron.

Alternativ, se pot administra progestine (Provera). Utilizarea pe termen lung a contraceptivelor orale (sau Depo-Pro-Vera) poate fi utilizată pentru a suprima menstruația. Utilizarea analogilor GnRH este terapia preferată la ambele grupuri de adolescenți [Hembree și colab., 2009], dar costul ridicat al acestor medicamente poate fi o barieră pentru unii pacienți.

Când pubertatea este suprimată, este necesar să se monitorizeze îndeaproape dezvoltarea fizică a adolescentului - de preferință de către un endocrinolog pediatric - astfel încât să poată fi efectuate procedurile necesare (de exemplu, pentru a evalua conformitatea creșterii cu preferințele de gen ale adolescentului, a normaliza densitatea osoasă scăzută) [Hembree și colab., 2009].

Inițierea timpurie de administrare a hormonilor inhibitori ai pubertății ajută la prevenirea consecințelor negative sociale și emoționale ale disforiei de gen pe cât posibil, în comparație cu inițierea ulterioară a terapiei. Intervenția la începutul adolescenței este de dorit sub supravegherea unui endocrinolog pediatric. Adolescenții cu organe genitale masculine care încep să ia analogi GnRH la începutul pubertății ar trebui să fie avertizați că țesutul penian ar putea să nu fie suficient pentru a acomoda tehnica de inversare a penisului pentru vaginoplastie datorită acestei terapii (rămân disponibile tehnici alternative, cum ar fi utilizarea unei grefe de piele sau a țesutului colonului).

Nici suprimarea pubertății, nici evitarea interferenței în pubertatea nu pot fi considerate soluții neutre. Pe de o parte, viața ulterioară a unei persoane poate fi complicată prin apariția unor caracteristici sexuale secundare ireversibile și ani suplimentari trăiți cu disforie de gen intensă. Pe de altă parte, există îngrijorări cu privire la efectele secundare ale utilizării analogilor GnRH (de exemplu, efectul lor asupra dezvoltării și creșterii osoase). Deși primele rezultate ale acestei abordări terapeutice (evaluate pentru adolescenți, urmărite de mai mult de 10 ani) sunt încurajatoare [Cohen-Kettenis și colab., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006], rezultatele pe termen lung pot fi observate numai atunci când primii pacienți ating vârsta adecvată.

Intervenții parțial reversibile

Adolescenților li se poate permite să inițieze terapia hormonală feminizantă / masculinizantă, dar de preferință cu acordul părinților. În multe

țări, tinerii de 16 ani sunt considerați adulți în mod legal pentru a lua decizii medicale și nu au nevoie de acordul părinților. În mod ideal, deciziile de tratament ar trebui luate în comun de către adolescent, familie și furnizorii de servicii medicale.

Regimurile hormonale pentru adolescenți diferă semnificativ de cele pentru pacienții adulți [Hembree și colab., 2009]. Pentru adolescenți, regimurile de administrare a medicamentelor hormonale sunt adaptate ținând cont de dezvoltarea lor somatică, emoțională și mintală la această vârstă [Hembree și colab., 2009].

Interferențe ireversibile

Operația genitală trebuie efectuată numai atunci când sunt îndeplinite următoarele condiții:

1. Adolescentul a atins vârsta legală de majorat;
2. Adolescentul are cel puțin 12 luni de experiență de viață neîntreruptă într-un rol de gen în concordanță cu identitatea sa de gen.

Ajungerea la vârsta majoratului este o condiție prealabilă pentru trimiterea la intervenția chirurgicală, dar nu un motiv independent pentru executarea ei.

Chirurgia mamară pentru adolescenții transmasculini poate fi efectuată mai devreme, dar de preferință după o perioadă suficientă de timp petrecut în rolul de gen preferat și după un an de terapie cu testosteron. Scopul secvenței propuse este de a permite adolescenților să experimenteze și să se adapteze social la rolurile de gen masculin înainte de a fi supus unei intervenții chirurgicale ireversibile. Pot fi alese alte abordări, în funcție de situația clinică specifică a adolescentului și de dorințele acestuia.

Riscuri de refuz al terapiei la adolescenți

Refuzarea intervenției medicale în timp util a adolescenților poate prelungi disforia de gen și poate contribui la formarea de semne externe nedorite, care pot provoca abuz și stigmatizare din partea adolescenților de aceeași vârstă. Deoarece nivelul violenței bazate pe gen este strâns legat de gradul de suferință psihiatrică din adolescență [Nuttbrock și colab., 2010], refuzul de a suprima pubertatea urmat de terapia hormonală feminizantă sau masculinizantă nu este o decizie neutră pentru adolescenți.

VII. Sănătatea mintală

Persoanele transgen și cele neconforme de gen pot solicita ajutor de la specialiștii din domeniul sănătății mintale din mai multe motive. Indiferent de motivele contactării, specialiștii ar trebui să aibă cunoștințe despre neconformitatea de gen, să acționeze cu competența culturală necesară și să fie sensibili în acordarea asistenței.

Această secțiune a standardelor examinează rolul specialiștilor din domeniul sănătății mintale în a ajuta adulții care caută ajutor pentru disforia de gen și problemele conexe. Specialiștii care lucrează cu copii și adolescenți trebuie să se refere la secțiunea VI.

Competența specialiștilor din domeniul sănătății mintale care lucrează cu adulți cu disforie de gen

Pregătirea specialiștilor din domeniul sănătății mintale calificați să lucreze cu adulții cu disforie de gen se bazează pe pregătirea clinică generală de bază în diagnosticul și tratamentul problemelor de sănătate mintală. Pregătirea clinică poate fi oferită în orice disciplină care pregătește specialiștii din domeniul sănătății mintale pentru practica clinică: psihologie, psihiatrie, asistență socială, consiliere psiholog-psihiatrică, terapie familială și maritală, asistență medicală sau medicină de familie cu pregătire comportamentală specifică în sănătate și consiliere comportamentală. Următoarele sunt calificările minime recomandate pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale care lucrează cu adulți cu disforie de gen:

1. O diplomă de masterat (sau echivalent) în Științe clinice ale comportamentului de la o instituție acreditată de un organism național sau regional corespunzător de acreditare. Specialiștii din domeniul sănătății mintale trebuie să fie calificați prin documente emise de autoritatea de acordare a licențelor corespunzătoare sau echivalentul acestora în țara concretă.
2. Competență în aplicarea Manualului de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (DSM) sau ICD în scopuri de diagnostic.
3. Abilitatea de a recunoaște și diagnostica problemele de sănătate mintală asociate și de a le distinge de disforia de gen.
4. Competență documentată în psihoterapie sau consiliere, supervizare finalizată.

5. Cunoașterea identităților neconforme de gen și a manifestărilor acestora, precum și evaluarea și tratamentul disforiei de gen.
6. Educație continuă în evaluarea și tratamentul disforiei de gen. Aceasta poate include participarea la întâlniri profesionale adecvate, simpozioane sau ateliere de lucru, supravegherea de către un specialist din domeniul sănătății mintale cu experiență relevantă sau participarea la cercetări legate de neconformitatea de gen și disforia de gen.

În plus față de cele de mai sus, se recomandă ca specialiștii din domeniul sănătății mintale să dezvolte și să mențină competența culturală pentru a le facilita munca cu clienții transgen și cei neconformi de gen. Aceasta poate include dobândirea de cunoștințe despre problemele actuale, protecția intereselor comunității transgen și politici publice, legate de persoanele transgen și familiile acestora. În plus, este de preferat să aveți cunoștințe despre sexualitate, probleme de sănătate sexuală și evaluarea și tratamentul disfuncțiilor sexuale.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale care lucrează prima dată (indiferent de nivelul lor de pregătire și de altă experiență) trebuie să lucreze sub supravegherea unui specialist din domeniul sănătății mintale cu competență recunoscută în diagnosticul și tratamentul disforiei de gen.

Sarcini pentru specialiști din domeniul sănătății mintale care lucrează cu adulți cu disforie de gen

Primul pas este ca specialistul din sănătatea mintală să determine motivul cererii clientului. Astfel de motive pot fi:

- primirea asistenței psihoterapeutice pentru a obține o înțelegere a identității de gen și a expresiei de gen sau în asistență în procesul de dezvoltare a identității;
- evaluarea stării unei persoane și trimiterea la intervenții medicale feminizante / masculinizante;
- sprijin psihologic pentru membrii familiei (parteneri, copii, rude);
- psihoterapie care nu are legătură cu problemele de gen.

Următoarele sunt îndrumări generale pentru sarcinile comune cu care se confruntă specialiștii din domeniul sănătății mintale care lucrează cu adulți

cu disforie de gen.

Sarcini legate de evaluare și trimitere la terapie

1. Evaluarea disforiei de gen

Specialiștii din domeniul sănătății mintale evaluează disforia de gen a clienților în ceea ce privește adaptarea lor psihosocială [Bockting și colab., 2006; Lev, 2004, 2009]. Procesul de evaluare include cel puțin:

- evaluarea identității de gen și a disforiei de gen;
- anamneză și procesul de dezvoltare a sentimentelor de disforie de gen;
- impactul stigmatizării asociate neconformității de gen asupra sănătății mintale;
- sprijin psihologic pentru familie, prieteni și colegi (de exemplu, în persoană sau online cu alte persoane sau grupuri trans).

Rezultatul evaluării poate fi absența oricărui diagnostic, diagnostic de disforie de gen sau alte diagnostice care caracterizează sănătatea și adaptarea psihosocială a clientului. Specialistul în sănătate mintală ar trebui să se asigure că disforia de gen nu este secundară sau explicată prin alte diagnostice.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale cu competențele enumerate mai sus (în continuare „specialiști calificați din domeniul sănătății mintale”) sunt cei mai bine echipați pentru a efectua această evaluare a disforiei de gen. Cu toate acestea, această sarcină poate fi îndeplinită în locul lor de către un alt medic care are pregătirea necesară în sănătatea comportamentală și este competent în evaluarea disforiei de gen, în special dacă specialistul lucrează într-o echipă specializată multidisciplinară care oferă acces la terapie hormonală de feminizare / masculinizare. Un astfel de specialist poate fi medicul care prescrie terapia hormonală sau un membru al echipei de tratament a medicului respectiv.

2. Furnizarea informațiilor despre variantele identității de gen și expresiei de gen și intervențiile medicale disponibile

Educarea clienților despre diversitatea identităților de gen și a expresiilor

de gen și despre oportunitățile disponibile pentru a atenua disforia de gen este o sarcină importantă. Specialistul poate apoi ajuta persoana să ia în considerare opțiunile disponibile, să găsească un rol și o expresie de gen care să îi fie confortabil și, dacă este necesar, să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la intervenția medicală. De asemenea, specialistul poate îndruma clientul către terapia individuală, familială sau de grup, sau către o comunitate transgen și ajutor reciproc. Specialistul și clientul trebuie să discute consecințele (atât pe termen scurt, cât și pe termen lung) ale schimbărilor rolurilor de gen care pot afecta aspectele psihologice, sociale, fizice, sexuale, profesionale, financiare sau juridice ale vieții [Bockting et al., 2006; Lev, 2004].

Această sarcină este de dorit și pentru un specialist calificat în sănătate mintală. Cu toate acestea, ea poate fi rezolvată de un alt specialist cu pregătire adecvată în sănătatea comportamentală și cu suficiente cunoștințe despre identități și expresii neconforme de gen și despre posibile intervenții medicale pentru disforia de gen (mai ales dacă specialistul lucrează într-un centru specializat multidisciplinar care oferă acces la terapia hormonală feminizantă/masculinizantă).

3. Evaluarea condiției, diagnosticarea și discutarea metodelor de terapie pentru problemele asociate ale sănătății mintale

Clienții care se referă la disforia de gen pot avea o varietate de probleme de sănătate mintală [Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas și Valdes, 2009; Murad și colab., 2010], atât legate cu, cât și fără legătură cu disforia de gen și / sau cu stresul minoritar cronic. Problemele potențiale pot include: anxietate, depresie, auto-vătămare, consecințele experiențelor unei persoane de respingere și umilință, comportament compulsiv, abuz de alcool sau droguri, probleme sexuale, tulburări de personalitate, tulburări alimentare, tulburări psihotice și autiste [Bockting et al. 2006; Nuttbrock și colab., 2010; Robinow, 2009]. Specialiștii din domeniul sănătății mintale trebuie să identifice aceste și alte probleme de sănătate mintală și să le integreze în planul lor global de terapie. Aceste probleme pot fi o sursă serioasă de suferință și, lăsate netratate, pot face dificilă tratarea disforiei de gen [Bockting și colab., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009]. Abordarea acestor probleme poate facilita în mare măsură eliminarea disforiei de gen, realizarea modificărilor rolurilor de gen, luarea unor decizii responsabile cu privire la intervenția medicală și îmbunătățirea calității vieții.

În unele cazuri, prescrierea de medicamente psihotrope pentru ameliorarea simptomelor sau tratarea unei tulburări mintale poate îmbunătăți starea unei persoane. În cazul în care specialistul nu poate prescrie medicamente singur, clientul trebuie trimis la un alt medic cu calificări adecvate. Prezența unor probleme de sănătate mintală concomitente nu exclude neapărat procedurile afirmative de gen, cu toate acestea, acestea trebuie controlate în mod optim înainte sau concomitent cu terapia. În plus, trebuie evaluată capacitatea clientului de a da consimțământul informat pentru tratament.

În plus față de profesioniștii din domeniul sănătății mintale, alți specialiști din domeniul sănătății cu pregătire adecvată în domeniul sănătății comportamentale în centrele de specialitate multidisciplinare care oferă terapie hormonală persoanelor transgen pot identifica și problemele de sănătate mintală și, dacă este necesar, le pot recomanda pentru o evaluare cuprinzătoare și terapie specialistului calificat în sănătatea mintală.

4. Evaluarea disponibilității indicațiilor și, dacă este necesar, pregătirea și trimiterea clientului la terapia hormonală

Criteriile de eligibilitate pentru terapia hormonală feminizantă/masculinizantă sunt enumerate în Secțiunea VIII și Anexa 2.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot ajuta clienților care planifică terapia hormonală prin următoarele:

- să ia o decizie responsabilă, ghidată de așteptări clare și realiste;
- să fie gata să treacă prin proceduri în conformitate cu planul general de terapie;
- dacă este necesar, să găsească sprijin din partea celor dragi sau a comunității;
- să ajute să treacă examinarea la medic pentru a exclude sau a elimina contraindicațiile medicale pentru administrarea medicamentelor hormonale;
- să ia în considerare consecințele psihosociale.

Clienții în vârstă fertilă trebuie sfătuiți cu privire la capacitatea lor reproductivă (vezi pct. IX) înainte de a începe terapia hormonală.

Este important să înțelegem că toate deciziile referitoare la terapia hormonală, precum și îngrijirea medicală în general, sunt luate în primul rând de către client. Cu toate acestea, specialistul din domeniul sănătății mintale este responsabil de consilierea și de ajutarea clientului să ia decizii în cunoștință de cauză și să se pregătească pentru procedură. Pentru sprijin optim în luarea deciziilor, specialiștii din domeniul sănătății mintale trebuie să fie în contact regulat cu clientul și să aibă suficiente informații despre el. Clienții trebuie examinați cu atenție și la un moment adecvat pentru a-și atenua disforia de gen și a le oferi îngrijiri medicale adecvate.

Îndreptarea la terapia hormonală feminizantă/masculinizantă

Pentru terapia hormonală feminizantă / masculinizantă, persoanele transgen pot solicita ajutor de la o varietate de specialiști. Cu toate acestea, îngrijirea medicală pentru persoanele transgen este un domeniu interdisciplinar, prin urmare se recomandă cooperarea și coordonarea diferiților specialiști.

Terapia hormonală poate fi începută prin trimiterea unui specialist calificat în sănătate mintală. Ca alternativă, un specialist din domeniul sănătății care a primit pregătirea necesară în sănătatea comportamentală și este competent în evaluarea disforiei de gen poate evalua prezența indicațiilor, poate pregăti și trimite pacientul către terapia hormonală - mai ales în absența unor probleme de sănătate mintală asociate semnificative și, de asemenea, dacă specialistul lucrează într-o echipă multidisciplinară specializată. Specialistul medical emitent furnizează documentație - în card și / sau în îndreptare - cu istoricul pacientului, dinamica stării sale și prezența indicațiilor pentru terapia ulterioară.

Specialiștii medicali care îndreaptă la terapia hormonală împărtășesc responsabilitatea etică și legală pentru această decizie medicului de terapie hormonală.

Conținutul recomandat de îndreptare pentru terapia hormonală feminizantă / masculinizantă este după cum urmează:

1. Caracteristicile generale ale clientului.
2. Rezultatele evaluării psihosociale a clientului, inclusiv diagnosticele.
3. Durata interacțiunii dintre medicul de referință și client, inclusiv

4. procedurile diagnostice și terapeutice finalizate în momentul sesizării.
5. Confirmarea îndeplinirii criteriilor pentru terapia hormonală și o scurtă descriere a rațiunii clinice pentru susținerea cererii clientului pentru terapia hormonală.
6. Confirmarea faptului de obținere consimțământului informat al pacientului.
7. O declarație conform căreia specialistul de referință este disponibil pentru coordonarea terapiei și furnizează în acest scop numărul său de telefon sau alte mijloace de comunicare.

Este posibil ca specialiștii care lucrează împreună într-un centru de specialitate multidisciplinar să nu aibă nevoie de o îndreptare. Evaluarea și recomandarea în acest caz pot fi documentate în dosarul medical al pacientului.

5. Dacă este necesar, evaluarea disponibilității indicațiilor, pregătirea și trimiterea la intervenție chirurgicală

Criteriile de eligibilitate pentru chirurgia glandelor mamare / sânilor și a organelor genitale sunt prezentate în secțiunea XI și anexa 2.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot ajuta clienții să planifice o intervenție chirurgicală prin următoarele:

1. să ia o decizie responsabilă, ghidată de așteptări clare și realiste;
2. să fie gata să treacă prin proceduri în conformitate cu planul general de tratament;
3. dacă este necesar, să găsească sprijin din partea celor apropiați sau a comunității;
4. să facă o alegere rezonabilă a unui chirurg pentru efectuarea procedurii;
5. să organizeze managementul postoperator al pacientului;

Clienții în vârstă fertilă trebuie sfătuiți cu privire la capacitatea lor reproductivă (vezi secțiunea IX) înainte de efectuarea intervenției chirurgicale

genitale.

Standardele nu stabilesc criteriile pentru alte proceduri chirurgicale (cum ar fi feminizarea / masculinizarea chirurgiei faciale), dar specialiștii în sănătatea mintală pot ajuta clienții să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la momentul adecvat și consecințele procedurii.

Este important să înțelegem că toate deciziile privind operațiile chirurgicale, precum și asistența medicală în general, sunt luate în primul rând de către client. Cu toate acestea, specialistul din domeniul sănătății mintale este responsabil de consilierea și ajutorarea clientului să ia decizii în cunoștință de cauză și să se pregătească pentru procedură. Pentru sprijin optim în luarea deciziilor, specialiștii din domeniul sănătății mintale trebuie să fie în contact regulat cu clientul și să aibă suficiente informații despre acesta. Clienții trebuie evaluați cu atenție și la moment adecvat pentru a-și atenua disforia de gen și a le oferi îngrijiri medicale adecvate.

Îndreptarea la intervenție chirurgicală

Tratamentul chirurgical pentru disforia de gen poate fi început după îndreptare (una sau două, în funcție de tipul de intervenție chirurgicală) de la un specialist calificat în sănătate mintală. Specialistul medical emitent furnizează documentație - în card și / sau în îndreptare - cu istoricul pacientului, dinamica stării sale și prezența indicațiilor. Specialiștii din domeniul medical care recomandă intervenția chirurgicală împart cu chirurgul responsabilitatea etică și legală pentru această decizie.

- Este necesară o îndreptare de la un specialist calificat în sănătate mintală pentru intervenția chirurgicală la glandele mamare / sânii (mastectomie, reconstrucție mamară sau mamoplastie de augmentare).
- Două îndreptări (de la specialiștii calificați în domeniul sănătății mintale care au evaluat independent pacientul) sunt necesare pentru chirurgia genitală (histerectomie / salpingo-ooforectomie, orhiectomie, chirurgie genitală reconstructivă). Dacă prima îndreptare a fost emisă de psihoterapeutul pacientului, a doua ar trebui să provină de la o persoană care a jucat doar un rol evaluativ în lucrul cu pacientul. Pot fi întocmite două îndreptări separate sau una semnată de ambii specialiști (de exemplu, dacă lucrează în aceeași clinică).

- Dacă se efectuează o histerectomie / salpingo-ooforectomie sau orhiectomie din alte motive decât disforia de gen sau din cauza altor diagnostice, nu este necesară o îndreptare de la un specialist din domeniul sănătății mintale.

Conținut recomandat pentru fiecare dintre îndreptări

1. Caracteristicile generale ale clientului.
2. Rezultatele evaluării psihosociale a clientului, inclusiv diagnosticele.
3. Durata interacțiunii specialistului în sănătatea mintală cu clientul, inclusiv procedurile de diagnostic și terapeutice finalizate în momentul îndreptării.
4. Confirmarea îndeplinirii criteriilor pentru intervenția chirurgicală și o scurtă descriere a rațiunii clinice pentru susținerea cererii pacientului de intervenție chirurgicală.
5. Confirmarea faptului de obținere a consimțământului informat al pacientului.
6. O declarație conform căreia specialistul de referință este disponibil pentru coordonarea tratamentului și furnizează în acest scop numărul său de telefon de contact sau alte mijloace de comunicare.

Este posibil ca specialiștii care lucrează împreună într-un centru de specialitate multidisciplinar să nu aibă nevoie de o îndreptare. Evaluarea și recomandarea în acest caz pot fi documentate în dosarul medical al pacientului.

Interacțiunea specialiștilor din domeniul sănătății mintale cu medicii care prescriu hormoni, chirurghi și alți specialiști din domeniul sănătății

Este recomandabil ca specialiștii din domeniul sănătății mintale să discute periodic cursul terapiei cu alți specialiști (atât în sănătatea mintală, cât și în alte discipline medicale) care sunt competenți în diagnosticul și tratamentul disforiei de gen. O astfel de interacțiune a specialiștilor implică în furnizarea de asistență medicală către client ar trebui să rămână colectivă, cu coordonarea acțiunilor după cum este necesar. Comunicarea deschisă și consecventă poate fi necesară pentru consultare, trimitere la terapie și rezolvarea problemelor postoperatorii.

Sarcini legate de psihoterapie

Psihoterapia nu este o condiție prealabilă pentru terapia hormonală și chirurgicală. Este necesar un screening și / sau o evaluare a sănătății mintale pentru trimiterea la terapia hormonală și intervenția chirurgicală pentru disforia de gen. În schimb, psihoterapia este opțională - deși este de dorit.

Standardele nu oferă îndrumări cu privire la numărul minim de ședințe de psihoterapie necesare înainte de inițierea terapiei hormonale sau a intervenției chirurgicale din mai multe motive [Lev, 2009]. În primul rând, numărul minim suficient de sesiuni poate fi interpretat ca o barieră care împiedică posibilitatea creșterii personale. În al doilea rând, specialiștii din domeniul sănătății mintale pot sprijini clienții în toate etapele tranziției, nu doar înainte de intervențiile medicale potențiale. Și în al treilea rând, toți clienții ating obiectivele psihoterapiei la rate diferite.

Obiective ale psihoterapiei pentru adulți cu probleme de gen

Scopul principal al psihoterapiei este îmbunătățirea bunăstării psihologice generale, a calității vieții unei persoane și a realizării sale de sine. Psihoterapia nu vizează schimbarea identității de gen a unei persoane; mai degrabă, poate ajuta o persoană să înțeleagă problemele de gen și să găsească modalități de a atenua disforia de gen, dacă este prezentă [Bockting și colab., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004]. De obicei, obiectivul general al terapiei este de a ajuta persoanele transgen să obțină un confort pe termen lung cu identitatea lor de gen și șanse mai mari de comunicare, studiu și muncă interpersonale de succes [Fraser, 2009c].

Sunt posibile diferite tipuri de psihoterapie - psihoterapie personală, familială, de pereche sau de grup, aceasta din urmă fiind deosebit de importantă pentru organizarea asistenței reciproce.

Tipuri de asistență psihoterapeutică pentru persoanele cu probleme de gen

Căutarea unui rol de gen confortabil este, în primul rând, un proces psihosocial. Psihoterapia poate fi de neprețuit în rezolvarea următoarelor probleme:

- Găsirea și cercetarea identității și rolului de gen;
- Reducerea impactului stigmatizării minorității și a stresului asupra

sănătății mintale umane;

- Facilitarea procesului de autodivulgare [Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004], care pentru unii oameni poate include schimbări în exprimarea rolurilor de gen și supuse intervențiilor medicale feminizante / masculinizante.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot oferi sprijin și pot promova dezvoltarea abilităților interpersonale și a rezistenței la stres pentru persoanele transgen și familiile lor într-o lume care de multe ori nu este pregătită pentru a le accepta și respecta. Psihoterapia poate ajuta, de asemenea, la abordarea problemelor comorbide de sănătate mintală (cum ar fi anxietatea sau depresia) identificate în timpul anchetei.

Pentru persoanele transgen și neconforme genului care intenționează să schimbe rolurile de gen și să facă o tranziție, specialiștii din domeniul sănătății mintale pot ajuta la elaborarea unui plan personalizat cu obiective personale și intervale de timp. Deși experiența tranziției transgen este unică pentru fiecare persoană, aspectele sociale cauzează adesea mai multe dificultăți oamenilor decât cele fizice. Deoarece schimbarea rolului de gen implică adesea schimbări cardinale în viața personală și socială a unei persoane, decizia cu privire la aceasta ar trebui să fie însoțită de informarea clientului cu privire la posibilele dificultăți familiale, interpersonale, educaționale, profesionale, materiale și juridice care pot apărea în timpul procesului de tranziție.

Multe persoane transgen și cele neconforme de gen care caută ajutor nu au fost niciodată acceptate într-un rol de gen compatibil cu identitatea lor de gen. Specialiștii din domeniul sănătății mintale îi pot ajuta pe acești clienți să anticipeze implicațiile schimbărilor în rolurile de gen și să îi îndrume pe parcursul procesului. Psihoterapia îi poate ajuta pe clienți să înceapă să se exprime în moduri care sunt cele mai adecvate identității lor de gen și, pentru unii, să-și depășească frica de schimbări în expresia de gen. Oamenii își pot asuma riscuri calculate în afara terapiei pentru a câștiga experiență și încredere într-un rol nou. Poate fi necesar ajutor pentru a dezvoltă identitatea de gen în familie și comunitate (prieteni, școală, locul de muncă).

Pentru persoanele transgen care au deja experiență de viață într-un rol diferit de gen (mic sau semnificativ), specialiștii din domeniul sănătății mintale pot ajuta la rezolvarea dificultăților emergente și pot facilita adaptarea optimă într-un nou rol de gen.

Terapia familială sau sprijinul familiei

Decizia de a schimba rolurile de gen și intervenția medicală afectează nu numai clientul, ci și pe cei apropiați lui [Emerson & Rosenfeld 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004]. Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot ajuta clienții să decidă cum să-i educe pe membrii familiei și pe ceilalți despre identitatea lor de gen și despre viitoarele proceduri medicale. Terapia familială se poate face cu soții sau partenerii, copiii și alte rude ale clientului.

De asemenea, clienții pot solicita asistență în relațiile intime, sexualitatea și sănătatea sexuală.

Terapia de familie poate fi administrată alături de terapia individuală și, dacă este adecvat clinic, de același medic. Ca alternativă, clientul poate fi direcționat către un alt terapeut cu experiență de lucru cu membrii familiei. În plus, resursele de auto-ajutorare, cum ar fi grupurile de sprijin online și offline pentru partenerii transgen și familiile acestora, pot fi utile.

Urmărirea eventuală pe parcursul vieții

Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot continua să lucreze cu clienții și familiile lor în diferite etape ale vieții lor. Psihoterapia poate fi de ajutor în momente diferite și pentru diferite probleme de-a lungul vieții.

Psihoterapie online, consiliere online sau consiliere la distanță

S-a confirmat că consilierea online sau psihoterapia sunt cerute în special de persoanele care nu au acces la îngrijiri psihoterapeutice profesionale, precum și de persoanele care sunt excluse social și stigmatizate [Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel și colab., 2004; Fraser, 2009b]. Probabil, acest tip de psihoterapie poate fi utilă pentru persoanele trans, transgen și neconforme de gen. Terapia online are potențialul de a oferi servicii îmbunătățite, extinse, creative și personalizate; totuși, ca zonă în curs de dezvoltare, o astfel de terapie poate avea riscuri imprevizibile.

Ghidurile de telemedicină sunt clare în toate disciplinele dintr-un număr de state din SUA [Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin și Brown-Connolly, 2005], situația internațională este mai puțin sigură [Maheu și colab., 2005]. Se recomandă precauție până când terapia online este eficientă și sigură.

Specialiștii din domeniul sănătății mintale online sunt încurajați să fie la curent cu știrile asociațiilor profesionale și cu reglementările naționale, precum și cu literatura nouă legată de acest domeniu în evoluție rapidă. Au fost publicate descrieri detaliate ale posibilităților aplicației, metode și probleme etice legate de terapia online [Fraser, 2009b].

Alte sarcini ale specialistului în sănătate mintală

Furnizați informații științifice actualizate și susțineți persoanele transgen din comunitate (școli, muncă, alte organizații) și ajutați clienții cu modificări ale actelor de identitate.

Pe măsură ce își dau seama de identitatea lor de gen, persoanele transgen și cele neconforme de gen se pot confrunta cu dificultăți în mediul lor profesional și educațional [Lev, 2004, 2009]. Specialiștii din domeniul sănătății mintale pot aduce o contribuție importantă la bunăstarea clienților, pledând activ pentru interesele lor și oferind oamenilor informații actualizate cu privire la problemele de neconformitate de gen [Currah & Minter, 2000; Currah, Juang și Minter, 2006]. Rolul specialiștilor din domeniul sănătății mintale poate include consultarea cu profesorii și administratorii, personalul, managerii de resurse umane, angajatorii și reprezentanții altor organizații. În plus, medicilor li se poate solicita să confirme modificările în numele și / sau sexul clientului pe actele de identificare precum pașaport, permis de conducere, certificat de naștere sau diplomă.

Oferirea informațiilor despre grupurile de auto-ajutor

Pentru unii oameni transgen, experiența participării la grupuri de auto-ajutor poate fi chiar mai informativă și mai plină de satisfacții decât psihoterapia individuală [Rachlin, 2002]. Ambele experiențe sunt potențial valoroase și ar trebui încurajată participarea persoanelor cu probleme de gen

în comunitate. Este necesar să se asigure accesul la resursele de asistență reciprocă și la resursele de informare.

Cultura și influența acesteia asupra evaluării și psihoterapiei

Specialiștii din domeniul sănătății mintale lucrează în diferite țări în condiții foarte diferite. Formele de suferință care îi motivează pe oameni să caute ajutor profesional sunt înțelese și clasificate în fiecare cultură în

aceiași mod ca și în cultura respectivă (Frank și Frank, 1993). Mediul cultural influențează foarte mult opiniile specialiștilor din domeniul sănătății mintale cu privire la aceste condiții. Diferențele culturale legate de identitatea și expresia de gen pot avea un impact asupra pacienților, specialiștilor și practicii psihoterapeutice stabilite. Prin urmare, aceste standarde, care sunt un produs al culturii occidentale, trebuie să fie adaptate în funcție de contextul cultural.

Principii etice legate de sănătatea mintală

Specialiștii în sănătate mintală trebuie să fie certificați sau autorizați în conformitate cu reglementările guvernamentale [Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011].

Specialiștii trebuie să respecte codurile deontologice ale organizațiilor de acordare a licențelor sau de certificare atunci când lucrează cu persoane transgen și cele neconforme de gen.

Terapii care vizează schimbarea identității de gen pentru a se potrivi mai bine cu sexul atribuit la naștere au fost întreprinse în trecut [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], dar fără succes [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. Un astfel de tratament nu este considerat etic în medicina modernă.

Dacă lucrul cu persoane trans, transgen, neconforme de gen și familiile acestora este incomod pentru un specialist din domeniul sănătății mintale sau nu există o experiență relevantă, specialistul ar trebui să trimită clientul la un medic competent sau să se consulte cu un coleg mai experimentat. Dacă specialiștii solicitați nu sunt disponibili în regiunea dată, clientul poate fi sfătuit să găsească un specialist la distanță.

Probleme de acces la îngrijirea medicală

Specialiști calificați în sănătate mintală nu sunt disponibili peste tot; prin urmare, accesul la îngrijiri de calitate poate fi limitat. WPATH își propune să îmbunătățească acest acces și oferă în mod regulat oportunități de educație continuă pentru a educa profesioniștii din toate disciplinele cu privire la modul de a oferi asistență medicală de calitate, specifică persoanelor transgen. Furnizarea de asistență medicală de la distanță prin utilizarea noilor tehnologii poate fi o modalitate de îmbunătățire a accesului [Fraser, 2009b].

În multe locuri din întreaga lume, accesul la asistența medicală pentru

persoanele transgen, trans și neconforme de gen este, de asemenea, limitat de lipsa asigurărilor de sănătate sau a altor surse de finanțare pentru îngrijirea necesară. WPATH încurajează companiile de asigurări de sănătate și alți plătitori terți să acopere costurile procedurilor necesare din punct de vedere medical pentru a atenua disforia de gen [Asociația Medicală Americană, 2008; Anton, 2009; Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen, 2008].

Clienții care nu pot accesa serviciile sunt sfătuiți să se informeze despre resursele disponibile de asistență reciprocă (online și offline). De asemenea, măsurile de reducere a riscurilor pot fi adecvate pentru a ajuta clienții să ia cele mai bune decizii pentru a-și îmbunătăți calitatea vieții.

VIII. Terapia hormonală

Necesitatea terapiei hormonale din punct de vedere medical

Terapia hormonală feminizantă/masculinizantă - administrarea substanțelor endocrine exogene pentru a induce schimbări feminizatoare sau masculinizante - este o intervenție necesară din punct de vedere medical pentru multe persoane transgen și cele neconforme de gen cu disforie de gen [Newfield, Hart, Dibble, Kohler, 2006; Pfäfflin, Junge, 1998]. Este important de remarcat faptul că unii oameni se străduiesc pentru o feminizare / masculinizare maximă, în timp ce alții trăiesc confortabil cu un aspect mai androgen, minimizând caracteristicile sexuale secundare existente prin administrarea de medicamente hormonale [Factor, Rothblum, 2008]. Datele privind rezultatele psihosociale ale terapiei hormonale sunt prezentate în Anexa 4.

Terapia hormonală trebuie adaptată la obiectivele fiecărui pacient, la raportul risc/beneficiu al medicamentelor, la alte indicații medicale și la considerațiile sociale și economice. Administrarea de medicamente hormonale poate oferi un confort semnificativ pacienților care nu doresc să treacă printr-o tranziție socială a rolurilor de gen sau să fie supuși unei intervenții chirurgicale sau care nu pot face acest lucru [Meyer III, 2009]. Terapia hormonală este de dorit pentru implementarea ulterioară a unor (dar nu toate) tipuri de intervenții chirurgicale (vezi secțiunea XI și apendicele 2).

Criterii pentru inițierea terapiei hormonale

Terapia hormonală poate fi inițiată după o evaluare psihosocială și obținerea de către specialistul calificat din domeniul sănătății a consimțământului informat al pacientului (vezi secțiunea VII). Îndreptarea trebuie să fie emisă de un specialist calificat în sănătate mintală care a efectuat evaluarea, cu excepția cazului în care evaluarea a fost efectuată de un medic care are, de asemenea, o calificare în sănătate mintală.

- Criteriile pentru începerea terapiei hormonale sunt următoarele:
- Disforie de gen persistentă, bine documentată.
- Capacitatea pacientului de a lua decizii responsabile și de a consimți terapia. Vârsta majoratului (în cazul în care pacientul n-a atins majoratul, vezi secțiunea VI).

- Problemele medicale sau psihice grave concomitente ale pacientului ar trebui să fie sub supraveghere medicală.

Problemele de sănătate mentală concomitente nu sunt întotdeauna o contraindicație pentru terapia hormonală; cu toate acestea, aceste probleme ar trebui abordate fie înainte, fie concomitent cu terapia pentru disforie de gen (vezi secțiunea VII).

În unele cazuri, terapia hormonală poate fi prescrisă chiar dacă pacienții nu îndeplinesc criteriile de eligibilitate. Acest lucru este acceptabil atunci când se trece un pacient la medicamente hormonale de o calitate cunoscută în loc să ia medicamente neautorizate sau netestate sau pentru pacienții care trăiesc deja în conformitate cu identitatea lor de gen și care iau medicamente hormonale.

Un rezultat seropozitiv al testului de sânge pentru infecțiile transmisibile din sânge (HIV, hepatita B, C) nu este o contraindicație pentru numirea terapiei hormonale.

În cazuri rare (în cazul problemelor medicale grave), terapia hormonală poate fi contraindicată. Specialiștii din domeniul sănătății ar trebui să ajute un astfel de pacient să aibă acces la terapii non-hormonale pentru disforia de gen.

Consimțământ informat

Deoarece terapia hormonală feminizantă/masculinizantă poate duce la modificări fizice ireversibile, este obligatoriu să obțineți consimțământul informat de la pacient. Acest lucru se aplică și minorilor care au fost declarați liberi de îngrijirea părinților de către instanță, persoanelor aflate în închisoare și persoanelor cu deficiențe cognitive care sunt considerate competente să participe la luarea deciziilor medicale [Bockting și colab., 2006]. Medicii trebuie să consemneze în istoricul medical că pacientului i s-au furnizat informații despre toate aspectele terapiei hormonale, inclusiv posibilele beneficii și riscuri, inclusiv efectele asupra performanței reproductive și că informațiile furnizate au fost absorbite de pacient.

Legătura dintre standardele de îngrijire și protocoale în baza modelelor de consimțământ informat

Mai multe centre medicale din Statele Unite au dezvoltat protocoale

pentru prescrierea terapiei hormonale pe baza unei abordări care a devenit cunoscută sub numele de Modelul Consimțământului Informat [Centrul de sănătate comunitară Callen Lorde, 2000, 2011; Programul de sănătate comunitară Fenway pentru sănătate transgen, 2007; Centrul de sănătate Tom Waddell, 2006]. Aceste protocoale respectă instrucțiunile prezentate în această versiune a Standardelor de îngrijire. Standardele, fiind orientări clinice flexibile, permit, dacă este necesar, adaptarea lor la nevoile unei anumite persoane, precum și adaptarea protocoalelor și recomandărilor de terapie furnizate la condițiile serviciilor medicale [Ehrbar & Gorton, 2010].

Obținerea consimțământului informat de la pacienți pentru terapia de substituție hormonală este o sarcină medicală importantă pentru a se asigura că pacienții înțeleg beneficiile și riscurile psihologice și fizice, precum și consecințele psihosociale ale terapiei de substituție hormonală. Medicii care prescriu hormoni sau specialiștii din domeniul sănătății care recomandă hormoni ar trebui să aibă cunoștințe și experiență suficiente pentru a evalua disforia de gen. Aceștia ar trebui să educe oamenii despre beneficiile specifice, limitările și riscurile terapiei hormonale, luând în considerare vârsta pacientului, experiența anterioară cu terapia hormonală și problemele de sănătate fizică sau mintală asociate.

Identificarea și gestionarea problemelor acute sau continue de sănătate mintală este o parte importantă a procesului de consimțământ informat. Acest lucru poate fi realizat de către un specialist din domeniul sănătății mintale sau de către un medic care prescrie hormoni instruiți corespunzător (vezi secțiunea VII). Același medic sau alt membru special instruit al echipei de tratament (de exemplu, o asistentă medicală) poate rezolva problemele legate de consecințele psihosociale ale consumului de medicamente hormonale atunci când este necesar (de exemplu, efectul masculinizării / feminizării asupra percepției unei persoane de către mediul său și relațiile cu familia, prietenii și colegii). Dacă este indicat, acești specialiști pot oferi recomandări pentru psihoterapie și pentru evaluarea și tratamentul problemelor de sănătate mintală comorbide, cum ar fi anxietatea sau depresia.

Diferența dintre modelul de consimțământ informat și versiunea actuală a Standardelor este că Standardele pun un accent mai mare pe rolul important al specialiștilor din domeniul sănătății mintale în atenuarea disforiei de gen și promovarea schimbării rolului de gen și a adaptării psihosociale. Acest rol poate include o evaluare cuprinzătoare a sănătății mintale și psihoterapie, dacă se dovedește. Modelul consimțământului informat propune o abordare în care obținerea consimțământului informat de la pacient este o condiție

prealabilă pentru inițierea terapiei hormonale, efectuată sub supravegherea diferiților specialiști, pentru a reduce riscul. Se pune mai puțin accentul pe furnizarea de îngrijiri de sănătate mintală înainte ca pacientul să o caute, cu excepția cazului în care există probleme grave de sănătate mintală care trebuie soluționate înainte de prescrierea terapiei hormonale.

Efectele fizice ale terapiei hormonale

Terapia hormonală feminizantă/masculinizantă determină următoarele modificări fizice:

- La persoanele transmasculine: scăderea vocii, creșterea clitorisului (individual), creșterea părului facial și corporal, încetarea menstruației, atrofierea țesutului glandei mamare, creșterea dorinței sexuale și scăderea proporției țesutului adipos în raport cu masa musculară.
- La persoanele transfeminine: creșterea sânilor (individual), dorința sexuală scăzută, erecția slăbită, dimensiunea testiculară scăzută, proporția crescută de țesut adipos în raport cu masa musculară.
- Majoritatea acestor modificări fizice apar în decurs de 2 ani. Severitatea și dinamica temporală a acestora pot varia (a se vedea tabelele 1a și 1b).

Tabelul 1a. Impactul și durata preconizată a hormonilor masculinizanți¹

Schimbări	Apariția așteptată*	Maximum așteptat*
Creșterea grăsimii pielii / apariția de acnee	1–6 luni	1–2 ani
Creșterea părului facial și corporal	3–6 luni	3–5 ani
Chelie a scalpului	> 12 luni**	Individual
Creșterea masei musculare / forței musculare	6–12 luni	2–5 ani***
Redistribuirea țesutului adipos	3–6 luni	2–5ani
Încetarea menstruațiilor	2–6 luni	–
Mărirea clitorisului	3–6 luni	1–2 ani
Modificări atroifice în vagin	3–6 luni	1–2 ani
Scăderea vocii	3–12 luni	1–2 ani

¹ Adaptat cu permisiunea lui Hembree et al. Drepturi de autor: 2009, Societatea de Endocrinologie

*Conform observațiilor clinice

**Depinde foarte mult de vârstă și ereditate; poate fi minim

***Depinde foarte mult de volumul antrenamentelor

**Tabelul 1b. Impactul și durata preconizată
a hormonilor feminizanți²**

Schimbări	Apariția așteptată*	Maximum așteptat*
Redistribuirea țesutului adipos	3–6 luni	2–5 luni
Scăderea masei musculare și a forței	3–6 luni	1–2 luni**
Înmuierea pielii/reducerea grăsimii pielii	3–6 luni	nu sunt date
Scăderea libidoului	1–3 luni	1–2 ani
Scăderea frecvenței erecțiilor spontane	1–3 luni	3–6 luni.
Încetarea funcției sexuale masculine	individual	individual
Creșterea sânilor	3–6 luni	2–3 ani
Scăderea volumului testicular	3–6 luni	2–3 ani
Scăderea producției de spermă	individual	individual
Încetinirea creșterii părului facial și corporal și subțierea lui	6–12 luni	> 3 ani***
Chelie după model masculin	Creșterea părului nu se reia; căderea părului se oprește după 1–3 luni	1–2 ani
<p>*Conform observațiilor clinice **Depinde foarte mult de volumul antrenamentelor ***Dispariția completă a părului masculin necesită electroliză și / sau îndepărtare cu laser</p>		

CGradul și viteza modificărilor fizice depind în parte de medicamentul ales, doza și calea de administrare, care sunt selectate în conformitate cu obiectivele specifice ale pacientului și cu profilul de risc medical. În prezent, nu s-a găsit nicio relație directă între răspunsul la terapia hormonală și vârsta, fizicul, etnia sau aspectul rudelor pacientului și, prin urmare, rezultatul nu poate fi prezis (posibil cu excepția scăderii vocii la persoanele transmasculine). Toți ceilalți factori fiind egali, nu există niciun motiv pentru

a pretinde că oricare dintre medicamentele hormonale aprobate oficial sau căile lor de administrare sunt mai eficiente decât alte medicamente și căi de administrare, în ceea ce privește realizarea modificărilor fizice dorite.

Riscurile terapiei hormonale

Toate intervențiile medicale prezintă riscuri. Probabilitatea de reacții adverse grave depinde de mulți factori: medicamentul în sine, doza, calea de administrare și caracteristicile clinice ale pacientului (vârstă, comorbidități, istoric familial, stil de viață). Prin urmare, este imposibil să se prevadă apariția unui efect secundar specific la un anumit pacient.

Riscurile terapiei hormonale feminizante/masculinizante sunt rezumate în Tabelul 2.

Tabelul 2. Riscuri asociate cu terapia hormonală

Nivel de risc	Hormoni feminizanți	Hormoni masculinizanți
Riscuri probabil crescute	Boală tromboembolică venoasă* Pietre la fiere Creșteri ale enzimelor hepatice Îngrășare Hipertrigliceridemie	Policitemie Îngrășare Acnee Alopecie androgenică Apnee de somn
Riscuri probabil crescute, cu prezența unor factori de risc suplimentari **	Boală cardiovasculară	
Riscuri posibil crescute	Hipertensiune Hiperprolactinemie sau prolactinom	Creșteri ale enzimelor hepatice Hiperlipidemie
Riscuri posibil crescute, cu prezența unor factori de risc suplimentari **	Diabet zaharat de tip 2*	Destabilizarea unor anumite afecțiuni psihiatrice*** Boală cardiovasculară Hipertensiune Diabet zaharat de tip 2

Fără riscuri crescute sau riscul nu este definit	Cancer mamar	Pierderea densității osoase Cancer mamar Cancer ovarian Cancer uterin
<p>Notă. Elementele notate cu litere îngroșate au semnificație clinică.</p> <p>*Riscul este mai mare la administrarea orală decât la cea transdermală a estrogenului.</p> <p>**Factorii de risc suplimentar includ vârsta.</p> <p>***Incluzând tulburările bipolare, schizoafective și alte afecțiuni care pot include simptome maniacale ori psihotice. Destabilizarea în cauză pare să fie asociată cu dozele mărite sau cu nivelul suprafiziologic de testosteron din sânge.</p>		

Pe baza nivelului de dovezi, riscurile sunt clasificate după cum urmează:

- Riscuri probabil crescute;
- Riscuri posibil crescute;
- Fără riscuri crescute sau riscul nu este definit.

Ultima categoria include riscuri pentru care dovezile sunt atât de mici încât este imposibil să se tragă o concluzie fără ambiguități.

O descriere mai detaliată a riscurilor este prezentată în Anexa 1. Se bazează pe două analize factuale privind terapia hormonală masculinizantă / feminizantă [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009], împreună cu un volumos studiu de grup [Asscheman și colab., 2011]. Aceste analize pot oferi medicilor informații detaliate suplimentare, precum alte materiale clinice publicate și acceptate pe scară largă [Dahl, Feldman, Goldberg și Jaber, 2006; Ettner, Monstrey și Eyler, 2007].

Competența medicilor care prescriu hormoni, relații cu alți specialiști din domeniul sănătății

Terapia hormonală feminizantă / masculinizantă se realizează cel mai bine în contextul unei abordări holistice a sănătății care include o abordare integrată și coordonată a problemelor psihosociale [Feldman & Safer, 2009]. Deși psihoterapia sau consilierea regulată nu sunt o cerință pentru inițierea terapiei hormonale, dacă terapeutul este implicat, se recomandă (cu acordul pacientului) să se mențină comunicarea regulată între specialiștii din domeniul sănătății pentru a se asigura că procesul de tranziție progresează corect, atât fizic, cât și psihologic.

Cu o pregătire adecvată, terapia hormonală feminizantă/masculinizantă poate fi administrată de o varietate de specialiști din domeniul sănătății, inclusiv asistenți medicali și medici de îngrijire primară [Dahl și colab., 2006]. Vizitele la medici în legătură cu terapia hormonală pot oferi îngrijiri medicale adecvate unui subgrup al populației care în mod normal nu ar primi-o [Clements, Wilkinson, Kitano și Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000]. Multe dintre sarcinile de screening, precum și de gestionare a comorbidităților asociate cu utilizarea hormonilor pe termen lung (de exemplu, screening-ul cancerului și bolile cardiovasculare), se încadrează în categoria primară, mai degrabă decât cea de îngrijire specializată [Academia Americană a Medicilor de Familie, 2005; Eyster, 2007; Organizația Mondială a Sănătății, 2008], în special în regiunile în care nu există specialiști care să lucreze cu probleme de gen.

Deoarece persoanele transgen au nevoie de îngrijiri comune și coordonate de la specialiști din diferite domenii ale medicinei, ceea ce nu este întotdeauna ușor de realizat, mai ales având în vedere dificultățile asociate cu fragmentarea generală a sectorului asistenței medicale [Organizația Mondială a Sănătății, 2008], este important ca lucrătorii medicali, care acordă asistență medicală primară să fie incluși în furnizarea de îngrijire persoanelor transgen și să-și îmbunătățească calificările în domeniul terapiei hormonale feminizante/masculinizante.

Dacă medicamentele hormonale sunt prescrise de un medic specialist, acesta ar trebui să colaboreze îndeaproape cu medicul curant al pacientului/terapeut districtual. Dacă medicul curant/terapeut districtual nu are experiență cu acest tip de terapie hormonală sau dacă pacientul are o tulburare metabolică sau endocrină anterioară (care poate fi afectată de terapia hormonală), este necesară implicarea unui endocrinolog.

Deși nu există încă programe aprobate de pregătire în medicina adresată persoanelor transgen, medicii furnizori de hormoni au responsabilitatea de a obține informații și experiență corespunzătoare în acest domeniu. Clinicienii își pot extinde experiența în oferirea terapiei hormonale de feminizare/masculinizare co-gestionând îngrijirea medicală și consultându-se cu un medic mai experimentat sau oferind variante mai restrânse de terapie hormonală. Pentru că acest domeniu al medicinei este în continuă dezvoltare, medicii ar trebui să se familiarizeze cu schimbări care au loc și să discute cu colegii problemele nou apărute. Astfel de consultări pot avea loc prin intermediul unor rețele create de WPATH și de alte organizații naționale sau locale.

Responsabilitățile medicilor care prescriu terapia hormonală

1. Efectuați o evaluare inițială care include o discuție cu privire la modificările fizice dorite ale pacientului, starea de sănătate, examenul fizic, evaluarea riscurilor și testele de laborator adecvate.
2. Discutați cu pacientul efectele scontate de feminizare/masculinizare ale medicamentelor hormonale și posibilele lor efecte secundare, inclusiv efectele asupra fertilității [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009]. Este important de reținut că fertilitatea trebuie discutată cu pacientul înainte de inițierea terapiei hormonale (vezi pct. IX).
3. Asigurați-vă că pacientul este capabil să evalueze riscurile și beneficiile terapiei și să ia o decizie în cunoștință de cauză cu privire la intervenția medicală.
4. Efectuați o monitorizare regulată, inclusiv examinări generale și de laborator pentru a monitoriza eficacitatea terapiei hormonale și detectarea în timp util a efectelor secundare.
5. Contactați medicul currant/terapeut districtual, medicul de sănătate mintală și chirurgul pacientului, după cum este necesar.
6. Dacă este necesar, oferiți pacientului o scurtă confirmare scrisă că se află sub supravegherea unui medic și că primește asistență sub formă de terapie hormonală feminizantă/masculinizantă. Pacientul poate purta această confirmare cu el (în special în stadiile incipiente ale terapiei hormonale) pentru a preveni dificultăți cu poliția și alte autorități.

În funcție de situația clinică, este posibil ca unele dintre aceste responsabilități să nu fie relevante. Prin urmare, sfera consilierii, a examenelor medicale și a evaluărilor de laborator ar trebui să fie individualizată în funcție de nevoile pacientului.

Cazuri speciale de terapie hormonală

În unele cazuri, clinicienii pot considera necesar să prescrie medicamente hormonale fără a iniția sau administra terapie hormonală de feminizare/masculinizare pe termen lung. În unele situații clinice (vezi mai jos, de la complexitate minimă până la cel mai înalt nivel), este posibil ca în terapia hormonală feminizantă/masculinizantă să se implice medici care altfel n-ar

putea oferi acest tratament.

1. Terapia suprapusă³

Există situații în care un pacient cere ajutor în timp ce se află deja în procesul de administrare a medicamentelor hormonale prescrise de un alt medic sau cumpărate într-un alt mod (de exemplu, prin internet). Într-o astfel de situație, un medic practician poate scrie o rețetă temporară pentru medicamente hormonale (valabilă de la 1 la 6 luni) și în acest timp poate fi găsit un medic care poate oferi terapie hormonală pe termen lung. În același timp, medicul trebuie să evalueze regimul prescris de medicul anterior pentru siguranța și interacțiunea medicamentelor și, dacă este necesar, să înlocuiască medicamentele cu altele mai sigure [Dahl și colab., 2006; Feldman & Safer, 2009]. Dacă medicamentele hormonale au fost deja prescrise, ar trebui solicitate fișele medicale (cu permisiunea pacientului) cu rezultatele examinărilor inițiale, testelor de laborator și notelor privind efectele secundare.

De asemenea, medicul prescriptor al preparatelor hormonale trebuie să contacteze specialistul din domeniul sănătății mintale care lucrează în prezent cu pacientul. Dacă pacientul nu a avut niciodată o evaluare psihologică (a se vedea secțiunea VII), medicul ar trebui să îl trimită pe pacient la un profesionist calificat în sănătate mintală ori de câte ori este posibil [Feldman & Safer, 2009]. Medicii care prescriu medicamente hormonale ca parte a terapiei suprapuse ar trebui să colaboreze cu pacientul pentru a determina durata terapiei.

2. Terapia hormonală după îndepărtarea gonadelor

Гормональная терапия (эстрогенная или тестостероновая) обычно продолжается пожизненно после овариэктомии или орхиэктомии, если нет медицинских противопоказаний. Поскольку после операций по удалению половых желез дозировки гормональных препаратов часто снижаются [Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003] и затем корректируются только с учетом возраста и сопутствующих заболеваний, гормональная терапия у трансгендерных людей схожа с заместительной гормональной терапией у пациентов с гипогонадизмом.

3. Terapia hormonală de susținere (înainte de îndepărtarea gonadelor)

După obținerea efectului maxim de feminizare/masculinizare din terapia

³ engl. Bridging therapy

hormonală (de obicei după 2 ani sau mai mult), pacientul este trecut la o doză de întreținere. Este ajustat pentru modificări ale stării de sănătate, vârstei sau stilului de viață [Dahl et al., 2006]. La adresări ulterioare ale pacientului, medicul evaluează terapia curentă pentru siguranța și interacțiunea medicamentelor și, dacă este necesar, înlocuiește medicamentele cu altele mai sigure. Este recomandabil să monitorizați în continuare starea de sănătate a pacientului și să efectuați testele de laborator necesare, în conformitate cu liniile directoare existente [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009]. Doza și calea de administrare a medicamentului trebuie revizuite în mod regulat ori de câte ori există modificări ale stării de sănătate a pacientului și atunci când sunt publicate informații noi despre riscurile dovedite ale administrării medicamentelor (vezi Regimurile de terapie hormonală, mai jos).

4. Începutul feminizării/masculinizării hormonale

Începerea terapiei hormonale este sarcina cea mai dificilă și consumatoare de timp pentru un medic. Terapia hormonală trebuie prescrisă individual, luând în considerare obiectivele pacientului, raportul risc/beneficiu al medicamentelor, disponibilitatea și costul acestora, prezența bolilor concomitente la pacient și alți factori. În ciuda selecției largi de regimuri hormonale pentru administrarea medicamentelor disponibile pentru familiarizare [Dahl și colab., 2006; Hembree și colab., 2009; Moore și colab., 2003], datele din studiile clinice randomizate privind siguranța și eficacitatea medicamentelor nu au fost publicate.

Evaluarea riscurilor la începutul terapiei hormonale

Atunci când se prescrie o terapie hormonală unui pacient, se evaluează dorințele pacientului și riscul de a dezvolta efecte secundare asociate cu administrarea medicamentelor hormonale. În evaluarea riscului, pacientul și medicul trebuie să elaboreze un plan de acțiuni pentru a minimiza riscurile înainte de inițierea terapiei sau în cursul terapiei.

Evaluarea stării de sănătate a pacientului ar trebui să se bazeze pe examinarea pacientului cu măsurarea obligatorie a greutateii, înălțimii și tensiunii arteriale. Necesitatea examinării părților corpului care sunt controversate pentru pacienții transgen, cum ar fi pieptul, organele genitale sau zona rectală, ar trebui să fie decisă în mod individual, în funcție de riscul existent al anumitor boli, sau dacă este necesar să se efectueze proceduri preventive [Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007].

Măsuri preventive

Medicii care prescriu terapia hormonală ar trebui să discute măsurile preventive cu pacienții, mai ales dacă pacientul nu are un furnizor de asistență medicală primară. În funcție de vârstă și grupul de risc, pacientului i se pot prescrie examinări adecvate sau examinări pentru bolile pe care le poate provoca terapia hormonală. Este recomandabil să efectuați primele screening-uri chiar înainte de începerea terapiei hormonale.

Evaluarea riscurilor terapiei hormonale feminizante la persoanele transfeminine

Nu există contraindicații absolute pentru terapia feminizantă ca atare, dar există contraindicații absolute pentru administrarea anumitor medicamente pentru terapia feminizantă, în special estrogeni. Contraindicațiile includ următoarele condiții: evenimente trombotice anterioare pe fondul hipercoagulabilității, istoricul tumorilor sensibile la estrogen și insuficiența hepatică cronică în stadiu final [Gharib și colab., 2005].

Anumite boli (tabelul 2 și Anexa 1) pot fi agravate de medicamentele estrogenice sau anti-androgene și, prin urmare, ar trebui evaluate și bine monitorizate de către medic înainte de inițierea terapiei hormonale [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009]. Clinicienii ar trebui să acorde o atenție deosebită fumatului, deoarece el este asociat cu un risc crescut de tromboză venoasă, care este în continuare creștere cu utilizarea estrogenilor. Consultarea cu un cardiolog poate fi adecvată pentru pacienții cu boli cardiovasculare sau cerebrovasculare.

Pentru a evalua riscul actual și potențialele evenimente adverse în viitor, este important să aveți rezultate inițiale de laborator. Acestea ar trebui colectate pe baza riscurilor cunoscute ale terapiei hormonale feminizante (vezi Tabelul 2) și a factorilor de risc individuali ai pacientului, inclusiv istoricul familial. Au fost publicate liste recomandate de analize de bază de laborator [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009], dar ele pot fi modificate pentru pacienți și sisteme de sănătate cu resurse limitate, precum și pentru pacienți sănătoși.

Evaluarea riscurilor terapiei hormonale masculinizante la persoanele transmasculine

Contraindicațiile absolute pentru terapia cu testosteron includ sarcina, boala coronariană instabilă și policitemia netratată cu un hematocrit de 55% sau mai mare [Carnegie, 2004]. Întrucât aromatizarea testosteronului în estrogen poate crește riscul la pacienții cu antecedente de cancer de sân sau alte tipuri de cancer estrogen-dependent [Moore și colab., 2003], se recomandă consultarea cu un oncolog înainte de inițierea terapiei hormonale. Comorbiditățile care pot fi exacerbate de testosteron ar trebui identificate și tratate, de preferință înainte de începerea terapiei hormonale [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009]. Pentru pacienții cu boli cardiovasculare sau cerebrovasculare, este indicată consultarea cu un cardiolog.

La persoanele transmasculine (chiar la cei care nu administrează testosteron), s-a observat o prevalență crescută a sindromului ovarian polichistic (SOP) [Baba și colab., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid și Jacobs, 1993; Bosinski și colab., 1997]. Deși nu există dovezi ale unui efect al SOP asupra probabilității de a dezvolta transgeneritate și necomfortitate de gen, afecțiunea este asociată cu un risc crescut de diabet, boli de inimă, hipertensiune arterială și cancer ovarian și endometrial [Catrall & Healy, 2004]. De asemenea, este de dorit să identificați SOP înainte de a începe terapia cu testosteron, pentru a evita progresia acestor afecțiuni. De asemenea, testosteronul poate afecta fătul în curs de dezvoltare [Physicians' Desk Reference, 2011]. De aceea, pacienții care iau medicamente cu testosteron au nevoie de contraceptive eficiente.

Pentru a evalua riscul actual și potențialele evenimente adverse în viitor, este important să aveți rezultate inițiale de laborator. Acestea ar trebui colectate pe baza riscurilor cunoscute ale terapiei hormonale masculinizante (vezi Tabelul 2) și a factorilor de risc individuali ai pacientului, inclusiv istoricul familial. Au fost publicate liste recomandate de analize de bază de laborator [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009], dar ele pot fi modificate pentru pacienți și sisteme de sănătate cu resurse limitate și pentru pacienți sănătoși.

Monitorizarea eficienței și a riscurilor în timpul terapiei hormonale

Scopul observației clinice în timpul terapiei hormonale este de a evalua gradul de feminizare/masculinizare a corpului care are loc și de a monitoriza efectele secundare ale medicamentului administrat. Cu toate acestea, ca și în cazul altor terapii pe termen lung, este necesară o abordare holistică a monitorizării pacienților. Acest lucru se poate face folosind protocoale de monitorizare clinică publicate [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009]. Pacienții cu afecțiuni medicale subiacente pot avea nevoie de o monitorizare mai frecventă. Pacienții sănătoși, care nu au acces la specialiști calificați, pot utiliza consultații pe internet sau pot contacta medicii locali. În absența altor indicații, specialiștii din domeniul sănătății pot acorda prioritate monitorizării acelor riscuri care sunt mai susceptibile de a crește din cauza terapiei hormonale sau riscuri care sunt mai puțin susceptibile de a se dezvolta, dar prezintă un risc grav pentru pacienți.

Monitorizarea eficacității și riscurilor terapiei hormonale feminizante la persoanele transfeminine

Cea mai bună estimare a eficacității terapiei hormonale este răspunsul clinic la terapie. Feminizarea corporală și minimizarea caracteristicilor corporale masculine ar trebui să fie în concordanță cu obiectivele pacientului individual. Testele de laborator vor fi necesare pentru a determina doza adecvată de medicamente hormonale. Nivelul de testosteron trebuie menținut sub nivelul superior al normei feminine fiziologice; nivelurile de estradiol se încadrează în norma fiziologică pentru femeile aflate la vârsta fertilă, dar semnificativ sub nivelurile suprafiziologice [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009].

Pentru a preveni complicațiile nedorite, trebuie de monitorizat tulburările cardiovasculare și tromboembolismul venos prin măsurarea tensiunii arteriale, a greutății și a pulsului, examinarea inimii și a plămânilor, examinarea extremităților pentru prezența edemului periferic sau localizat sau a durerii [Feldman & Safer, 2009]. Setul de teste de laborator necesare este determinat de riscurile terapiei hormonale feminizante (vezi Tabelul 2), de bolile individuale și de factorii de risc ai pacientului, precum și de regimul specific de terapie hormonală. Au fost publicate protocoale de laborator [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009].

Monitorizarea eficacității și riscurilor terapiei hormonale masculinizante la persoanele transmasculine

Cea mai bună estimare a eficacității terapiei hormonale este răspunsul clinic la terapie. Masculinizarea corporală și minimizarea caracteristicilor corporale feminine ar trebui să fie în concordanță cu obiectivele pacientului individual. Pentru a determina o doză adecvată de medicamente hormonale, vor fi necesare teste de laborator. Nivelurile de testosteron trebuie menținute în cadrul normei fiziologice masculine, evitând nivelurile suprafiziologice [Dahl și colab., 2006; Hembree și colab., 2009]. La pacienții care iau cipionat sau enantat de testosteron intramuscular, nivelurile de testosteron sunt verificate cu o zi înainte de injecție și la jumătatea intervalului dintre injecții [Dahl și colab., 2006; Hembree și colab., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan și Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber și Chipkin, 2003].

Pentru a preveni complicațiile nedorite trebuie de monitorizat supraponderabilitate, acneea, sângerările uterine, tulburările cardiovasculare, precum și simptomele psihiatrice la pacienții cu risc. Examenul fizic ar trebui să includă măsurători ale tensiunii arteriale, greutateii, pulsului, examinarea pielii și examinarea inimii și a plămânilor [Feldman & Safer, 2009]. Setul de teste de laborator necesare este determinat de riscurile terapiei hormonale masculinizante (vezi tabelul 2), boli individuale și factori de risc ai pacientului, precum și un regim specific de terapie hormonală. Au fost publicate protocoale de laborator [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009].

Scheme de terapie hormonală

Deoarece nu au fost efectuate studii clinice controlate privind siguranța sau eficacitatea regimurilor individuale de terapie hormonală, în literatura medicală sunt propuse diferite doze și tipuri de medicamente [Moore și colab., 2003; Tangpricha și colab., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens și Gooren, 1997]. În plus, nu toate medicamentele pot fi disponibile pacienților din motive geografice sau financiare. Prin urmare, aceste standarde se referă la cele mai cunoscute și utilizate frecvent regimuri de medicamente și prezintă clasele de medicamente și căile de administrare utilizate în majoritatea schemelor publicate.

După cum sa menționat mai sus, există diferențe în ceea ce privește siguranța medicamentelor. Recomandările Societății Internaționale de Endocrinologie [Hembree și colab., 2009] și Feldman și Safer [2009]

oferă o listă a medicamentelor hormonale utilizate și dozelor acestora⁴. Este recomandabil ca medicii care prescriu medicamente hormonale să fie conștienți de publicațiile noi și să utilizeze medicamente care sunt recunoscute în prezent ca fiind cele mai sigure.

Scheme de terapie hormonală feminizatoare pentru persoanele transfeminin

Estrogen.

Utilizarea estrogenului oral, și în special a etinilestradiolului (Microfollin), pare să crească riscul de tromboembolism venos. Prin urmare, etinilestradiolul nu este recomandat pentru terapia hormonală feminizantă. Estrogenul transdermic este recomandat pacienților cu risc crescut de tromboembolism venos. Riscul evenimentelor adverse crește odată cu creșterea dozei, mai ales dacă acest lucru duce la niveluri hormonale suprafizice [Hembree și colab., 2009]. În prezența bolilor concomitente, care pot fi agravate de utilizarea estrogenului, estrogenul oral trebuie evitat și medicamentele trebuie începute la doze mai mici. În unele cazuri, pacientul nu poate lua estrogeni în doze suficiente pentru a obține modificările dorite, fără a dăuna sănătății sale. Astfel de situații trebuie discutate cu pacienții cu mult înainte de a începe terapia hormonală.

Medicamente care scad androgeni (antiandrogeni).

A lua estrogen în combinație cu antiandrogeni este cel mai bine studiat regim de terapie hormonală feminizantă. Antiandrogenii reduc nivelul de testosteron endogen sau activitatea testosteronului și reduc astfel simptomele masculine, cum ar fi părul corporal. De asemenea, reduc cantitatea de estrogen necesară pentru suprimarea testosteronului, reducând astfel riscurile asociate cu dozele mari de estrogen exogen [Prior, Vigna, Watson, Diewold și Robinow, 1986; Prior, Vigna și Watson, 1989].

1. Antiandrogenii obișnuiți includ:
2. Spironolactona (Veroshpiron) este un agent antihipertensiv care încetinește direct secreția de testosteron și legarea androgenului la receptorul de androgen. Tensiunea arterială și nivelurile de electroliți trebuie monitorizate din cauza riscului de hiperkaliemie.
3. Acetat de ciproteronă (Androcur) este un compus gestagenic cu

4 A se vedea „Terapia endocrină pentru persoanele cu disforie/incongruență de gen”

proprietăți antiandrogenice. Medicamentul nu este aprobat în Statele Unite din cauza preocupărilor cu privire la hepatotoxicitatea potențială, dar este utilizat pe scară largă în alte țări [De Cuypere și colab., 2005].

4. Agoniștii GnRH (de exemplu, goserelină, buserelină, triptorelină) sunt neurohormoni care blochează receptorul gonadoliberinei, blocând astfel eliberarea FSH și LH. Acest lucru duce la o blocare extrem de eficientă a secreției gonadale. Cu toate acestea, aceste medicamente sunt scumpe și sunt disponibile numai sub formă de injecții sau implanturi.
5. Inhibitori de 5-alfa-reductază (finasteridă sau dutasteridă) - blochează conversia testosteronului în substanța mai activă, 5-alfa-dihidrotestosteron. Aceste medicamente au efecte benefice asupra prevenirii căderii părului scalpului, creșterii părului corpului, glandelor sebacee și stării pielii.

Ciproteronă și spironolactonă sunt cele mai utilizate antiandrogeni și sunt, fără îndoială, cele mai economice medicamente.

Progestine.

Cu excepția ciproteronului, includerea progestinelor în terapia hormonală feminizantă este controversată [Oriol, 2000]. Deoarece progestinele sunt implicate în dezvoltarea glandelor mamare la nivel celular, unii practicieni cred că aceste substanțe sunt necesare pentru dezvoltarea completă a sânelui [Basson & Prior, 1998; Oriol, 2000]. Cu toate acestea, comparațiile clinice ale regimurilor de terapie hormonală cu și fără progestative au arătat că suplimentarea cu progestin nu mărește creșterea sânelor și nu scade nivelul seric de testosteron liber [Meyer III și colab., 1986]. Există îngrijorări cu privire la efectele secundare potențiale ale progestinelor, inclusiv depresia, creșterea în greutate și modificările lipidelor [Meyer III și colab., 1986; Tangpricha și colab., 2003]. De asemenea, se suspectează că progestinele (în special medroxiprogesterona) cresc riscul de cancer mamar și de boli cardiovasculare la femei [Rossouw și colab., 2002]. Progesteronul micronizat poate fi mai bine tolerat și poate avea un efect mai benefic asupra profilului lipidic decât medroxiprogesteronul [de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace și Wiita, 2000].

Regimuri de terapie hormonală masculinizante pentru persoanele transmasculine

Testosteron.

Testosteronul poate fi administrat pe cale orală, transdermică sau parenterală, dar sunt disponibile și formulări bucale și implantabile. Undecanoatul de testosteron oral produce niveluri serice mai scăzute de testosteron decât injectabilele și are o eficacitate limitată în suprimarea menstruației [Feldman, 2005, aprilie; Moore și colab., 2003]. Deoarece cipionatul de testosteron intramuscular sau enantatul de testosteron este adesea administrat la fiecare 2-4 săptămâni, unii pacienți pot observa fluctuații ciclice ale efectului medicamentului (de exemplu, oboseală și iritabilitate la sfârșitul ciclului de injecție, agresivitate sau spirit ridicat la începutul injecției ciclului); tot la un moment dat nivelurile de testosteron pot fi în afara normei fiziologice masculine [Jockenhovel, 2004]. Aceste fenomene pot fi atenuate prin reducerea și creșterea dozei sau prin administrarea zilnică de medicamente transdermice [Dobs și colab., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag și colab., 2004]. Undecanoatul de testosteron intramuscular menține niveluri stabile, fiziologice de testosteron timp de aproximativ 12 săptămâni și este eficient atât la hipogonadism cât și la persoanele transmasculine [Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann și Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad și Nieschlag, 2006]. Există dovezi că testosteronul transdermic și intramuscular au un efect masculinizant similar, dar medicamentele transdermice pot acționa mai lent [Feldman, 2005, aprilie]. În general, ar trebui de străduit de folosit cea mai mică doză suficientă pentru a menține rezultatele dorite - în special pentru persoanele de vârstă mijlocie și persoanele în vârstă. În acest caz, trebuie luate măsuri de precauție pentru menținerea densității osoase.

Alte mijloace.

Progesterinele, cel mai frecvent medroxiprogesteron (Provera), pot fi utilizate pentru o perioadă scurtă de timp pentru a ajuta la oprirea menstruației devreme în terapia hormonală. Agoniștii GnRH pot fi utilizați în mod similar, precum și pentru sângerările uterine refractare la pacienții fără patologii ginecologice vizibile.

Hormoni bioidentici și extemporali

Pe măsură ce controversa din jurul utilizării hormonilor bioidentici pentru terapia de substituție hormonală postmenopauză a continuat,

a crescut interesul pentru utilizarea medicamentelor similare în terapia hormonală feminizantă/masculinizantă. Nu există dovezi că hormonii bioidentici extemporali sunt mai siguri sau mai eficienți decât hormonii bioidentali aprobați de guvern [Sood, Shuster, Smith, Vincent și Jatoi, 2011]. Prin urmare, indiferent dacă hormonii sunt extemporali sau nu, cu aceleași ingrediente active, este obișnuit să se considere efectele secundare ale ambelor medicamente ca fiind aceleași.

IX. Sănătatea reproductivă

Multe persoane transgen și cele neconforme de gen ar dori să aibă copii. Deoarece terapia hormonală feminizantă/masculinizantă limitează fertilitatea [Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui și Bremner, 1999], pacienții doresc să ia decizii de fertilitate înainte de a începe terapia hormonală sau de a fi supuși unei intervenții chirurgicale pentru a elimina sau modifica organele lor de reproducere. Au existat cazuri de persoane supuse terapiei hormonale și intervențiilor chirurgicale genitale care ulterior au regretat incapacitatea lor de a avea descendenți genetici [De Sutter, Kira, Verschoor și Hotimsky, 2002].

Specialiștii din domeniul sănătății mintale recomandă terapia hormonală sau intervenția chirurgicală, medicii care prescriu medicamente hormonale și chirurgii ar trebui să educe pacienții cu privire la performanța reproductivă înainte de a începe terapia hormonală și intervenția chirurgicală. Această discuție ar trebui să aibă loc chiar și în absența interesului pacienților la momentul vizitei, ceea ce poate fi tipic pentru pacienții tineri [De Sutter, 2009]. Este de dorit o discuție timpurie, dar nu întotdeauna posibilă. Dacă o persoană nu a suferit încă o intervenție chirurgicală genitală, este posibil să opriți temporar administrarea de medicamente hormonale pentru a relua producția de hormoni endogeni și apoi de celule germinale [Payer, Meyer III și Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta și Dhont, 2001].

Deoarece există foarte puține date științifice publicate despre sănătatea reproductivă a persoanelor transgen, pentru orientare puteți utiliza materiale pentru conservarea funcției reproductive la persoanele cu cancer, care sunt, de asemenea, susceptibile la operații de îndepărtare a organelor reproductive.

Persoanele transfeminine, în special cele care nu au încă copii, ar trebui să fie informați despre posibilitatea plasării spermei într-o bancă de spermă înainte de a începe terapia hormonală. Într-un studiu asupra efectelor dozelor mari de estrogeni asupra testiculelor [Payer și colab., 1979], s-a arătat că, atunci când estrogenul este întrerupt, este posibilă restabilirea funcției testiculare. Într-un sondaj efectuat asupra persoanelor transfeminine cu privire la înghețarea spermei [De Sutter și colab., 2002], majoritatea covârșitoare a 121 de respondenți au fost de acord că medicii ar trebui să discute cu pacienții despre posibilitatea congelării spermei. Colectarea spermei trebuie efectuată înainte de terapia hormonală sau după întreruperea tratamentului,

după așteptarea unei creșteri naturale a numărului de spermatozoizi. Crioconservarea trebuie discutată chiar și atunci când calitatea spermei este slabă. La adulții cu azoospermie, este posibilă o biopsie testiculară, urmată de crioconservarea materialului de biopsie pentru conservarea spermei, dar procedura poate fi nereușită.

Oportunitățile de reproducere pentru persoanele transmasculine pot include congelarea ovocitelor (ouălor) sau a embrionilor. Gameții și embrionii înghețați pot fi apoi folosiți pentru gestație de către o mamă surrogat. Studiile la femei cu sindromul ovarului polichistic arată că ovarele se pot repara parțial după expunerea la doze mari de testosteron [Hunter & Sterrett, 2000]. Oprirea testosteronului pentru o perioadă scurtă de timp poate permite ovarelor să se refacă suficient pentru a produce ouă; succesul depinde probabil de vârsta pacientului și de durata tratamentului cu testosteron. În ciuda lipsei de studii sistematice, sunt cunoscute și descrise cazurile de sarcină și naștere cu succes după suspendarea terapiei hormonale [More, 1998].

Pacienții ar trebui, de asemenea, informați că tehnologiile de reproducere nu sunt disponibile în toate regiunile și pot fi foarte scumpe. Persoanelor transgen și celor neconforme de gen nu li se vor refuza oportunitățile de a-și păstra potențialul reproductiv din orice motiv.

Un caz special este prezentat de adolescenții de vârstă prepubertară și pubertară, care iau blocante pubertare sau hormoni de sex doriți. În acest caz, conservarea funcției reproductive este în prezent imposibilă.

X. Antrenamentul vocal și terapia de comunicare

Comunicarea verbală și non-verbală este un aspect important al comportamentului uman și al exprimării genului. Persoanele transgen și cele neconforme de gen pot solicita ajutor profesional în dezvoltarea caracteristicilor vocii (ton, intonație, timbru, ritm de vorbire și formulare), precum și abilități de comunicare non-verbale (gesturi, postură și mișcări, expresii faciale) pentru a realiza încrederea în sine exprimând identitatea lor de gen.

Competența specialiștilor de formare a vocii în terapia comunicării care lucrează cu clienții trans, transgen și neconformi de gen

Acești specialiști pot include defectologi, logopezi și foniatri; Cerințele minime pentru calificările specialiștilor pentru a lucra cu persoane trans, transgen și neconforme de gen sunt următoarele:

1. Instruire specializată și competențe în evaluarea și dezvoltarea abilităților de comunicare la persoanele trans, transgen și neconforme de gen.
2. O înțelegere de bază a problemelor de sănătate specifice oamenilor transgen, inclusiv terapia hormonală și chirurgia de feminizare/masculinizare, precum și problemele psihosociale specifice persoanelor transgeni descrise în standarde; înțelegerea principiilor de bază ale tactului atunci când aveți de-a face cu persoane transgen, cum ar fi utilizarea pronumelor și numelor corecte.
3. Educație continuă în domeniul evaluării și dezvoltării abilităților de comunicare în rândul persoanelor trans, transgen și neconforme de gen. Aceasta poate include: participarea la întâlniri profesionale adecvate, simpozioane sau seminarii, participarea la cercetări legate de gen, efectuarea propriilor cercetări și supravegherea de către un specialist mai experimentat și calificat.

Alți specialiști, cum ar fi antrenorii de comunicare vocală și profesorii vocali și de actorie, pot oferi, de asemenea, asistență valoroasă atunci când lucrează cu persoane transgen; în același timp, este de dorit ca acești specialiști să aibă experiență de cooperare cu un logoped.

Considerații de evaluare și tratament

Scopul terapiei de comunicare și al activității vocale este de a învăța o persoană să-și folosească vocea și abilitățile comunicative în așa mod ca să se simte sigur și natural în rolul de gen și ca această utilizare să reflecte sentimentul de sine al persoanei [Adler, Hirsch și Mordaunt, 2006]. Comunicarea vocală și elementele sale (stilul, sunetul vocii, alegerea vocabularului) sunt o chestiune de preferință personală, deci este imperativ ca specialiștii să respecte preferințele individuale ale clienților în acest sens. Este inacceptabil de impus clienților comportamente care pot fi inconfortabile pentru aceștia sau pe care ei nu le pot simți drept naturale. Pentru a obține cel mai bun rezultat, este recomandabil ca un specialist să afle obiectivele și preferințele unui anumit client în problema exprimării de sine a genului.

Oamenii pot alege abilități verbale și comportamentale care sunt considerate a fi adecvate identității lor de gen și pe care ar dori să le stăpânească. Specialistul în acțiune vocală și comunicare verbală ar trebui să ofere clientului cunoștințele și asistența necesare pentru atingerea obiectivului stabilit, ghidat de datele obținute în urma diagnosticului [Hancock, Krissing și Owen, 2010]. Diagnosticul include o evaluare a stării proprii voci de către client însuși, precum și o evaluare de către un specialist a vocii, utilizării rezonatorilor, articulării, abilităților de vorbire și de comunicare non-verbală ale clientului.

Planurile de formare vocală și terapie de comunicare sunt dezvoltate luând în considerare datele disponibile de cercetare, cunoștințele clinice și experiența specialistului, precum și obiectivele și valorile proprii ale clientului. Lucrul specialistului este axat, de obicei, pe tonul, intervalul, intonația, intensitatea și accentul, calitatea vocii, timbrul, articulația, tempoul și expresia vorbirii, formele lingvistice și comunicarea non-verbală [Adler și colab., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts și Greven, 2000; Gelfer 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983]. Lucrul cu un specialist poate lua forma unor sesiuni individuale și/sau de grup. Frecvența și durata sesiunilor depind de nevoile clientului.

Protocoalele existente pentru formarea vocii și terapia de comunicare pot fi luate în considerare la elaborarea unui plan individual de terapie [Carew, Dacakis și Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer 1999; McNeill, Wilson, Clark și Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988].

Feminizarea sau masculinizarea vocii implică utilizarea inadecvată a aparatului vocal. Sunt necesare măsuri preventive pentru a evita utilizarea abuzivă și deteriorarea ireversibilă a vocii. Astfel, toate serviciile de instruire vocală și terapie de comunicare ar trebui să includă îngrijirea sănătății vocale [Adler și colab., 2006].

Sănătatea vocii după intervențiile de feminizare

Deoarece scăderea vocii la persoanele transfeminine care nu au primit terapie de suprimare a pubertății este o schimbare pubertară ireversibilă care nu este afectată de terapia hormonală feminizantă ulterioară, acești oameni pot folosi o intervenție chirurgicală de feminizare a vocii pentru a-și ridica tonul vocii (vezi secțiunea XI). Satisfacția pacientului cu rezultatele operației și relația dintre risc și beneficiul pe termen lung diferă. În același timp, este de dorit ca persoanele care solicită operațiuni de feminizare a vocii să se consulte și cu un specialist în formarea vocii și terapie de comunicare pentru a obține efectul maxim al operației, pentru a păstra sănătatea vocală, precum și pentru a învăța aspecte comunicative care nu țin de înălțimea vocii.

XI. Intervenții chirurgicale

Intervenții chirurgicale afirmative de gen sunt eficiente și necesare din punct de vedere medical

Intervențiile chirurgicale, și în special intervențiile chirurgicale genitale, sunt adesea stadiul final și cel mai deliberat în tranziția medicală a persoanelor transgen. În timp ce multe persoane trans, transgen și neconforme de gen găsesc confort în identitatea lor de gen fără intervenție chirurgicală, pentru alții, intervenția chirurgicală este o măsură importantă și necesară pentru a atenua disforia de gen [Hage & Karim, 2000]. Scopul operației este de a atenua disforia de gen la acești pacienți prin modificarea caracteristicilor sexuale primare și/sau secundare pentru a le face mai consistente cu identitatea de gen a pacienților. Mai mult, operația poate ajuta pacienții să se simtă mai relaxați cu partenerii sexuali sau în locuri precum cabinetul unui medic, piscina sau sala de sport. De asemenea, intervenția poate reduce riscurile în cazul arestării sau percheziției de către poliție și alte servicii de securitate.

Studiile ulterioare au arătat că intervenția chirurgicală îmbunătățește sentimentul de bine al unei persoane, satisfacția cu aspectul și funcția sa sexuală [De Cuypere și colab., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998]. Informații suplimentare despre rezultatele tratamentului chirurgical sunt rezumate în Anexa 3.

Probleme etice ale chirurgiei afirmative de gen

În practica chirurgicală normală, îndepărtarea țesuturilor se efectuează pentru a restabili funcționarea afectată a corpului sau, în cazul chirurgiei plastice, pentru a face modificări estetice ale corpului din motive estetice. Unele persoane, inclusiv cele din comunitatea medicală, se opun modificărilor chirurgicale ca măsuri de atenuare a disforiei de gen, considerând că astfel de intervenții sunt nejustificate din punct de vedere etic deoarece criteriile de mai sus nu sunt îndeplinite.

Este important ca specialiștii care se ocupă de persoanele cu disforie de gen să nu aibă obiecții față de schimbarea structurilor sănătoase din punct de vedere anatomic. Pentru a înțelege mai bine modul în care intervenția chirurgicală poate ameliora suferința psihologică a persoanelor cu disforie de gen, specialiștii sunt încurajați să asculte modul în care acești pacienți își descriu emoțiile, îndoielile și experiențele de viață. Reticența specialiștilor

de a efectua intervenții chirurgicale din motive etice care sună ca „mai întâi nu faceți rău”, merită respect și discuție; ea poate fi depășită prin aflarea de la pacienți înșiși despre experiențele lor personale de disforie de gen și potențialul rău al refuzului accesului la tratament dorit.

Chirurgia sânilor și a organelor genitale pentru ameliorarea disforiei de gen este mai mult decât un set de intervenții planificate. Înainte de a efectua o intervenție chirurgicală planificată, de regulă, este necesar doar un acord personal despre consimțământ reciproc între pacient și chirurg. Chirurgia genitală sau a sânilor este o intervenție medicală necesară pentru ameliorarea disforiei de gen și se efectuează numai după ce pacientul a fost examinat de un specialist calificat în sănătate mintală (vezi secțiunea VII). Aceste intervenții pot fi efectuate numai dacă există documentație scrisă despre astfel de examinare și dacă pacientul îndeplinește criteriile pentru o anumită intervenție chirurgicală. Urmând această procedură, specialiștii din domeniul sănătății mintale, chirurgii și, bineînțeles, pacienții împărtășesc responsabilitatea de a lua decizie despre schimbarea ireversibilă a corpului pacientului.

Un rezultat seropozitiv al testului de sânge pentru infecțiile transmisibile din sânge (HIV, hepatita B, C) nu este un motiv pentru refuzul admiterii la operație.

Interacțiunea chirurgului cu specialiștii din domeniul sănătății mintale, medicii prescriptorii hormonalți (dacă este necesar) și pacienții (consimțământul informat)

În tratamentul disforiei de gen, rolul chirurgului nu este pur tehnic. Dimpotrivă, un chirurg conștiincios ar trebui să se familiarizeze cu istoricul medical al pacientului și cu justificarea pentru îndreptarea la operație. Acest lucru necesită o consultare îndelungată cu pacientul, precum și o cooperare strânsă cu alți specialiști care lucrează (sau au lucrat) cu acest pacient. Dacă chirurgul nu face parte dintr-o echipă multidisciplinară de medici, el trebuie să se bazeze pe competența specialistului în sănătate mintală, care l-a îndreptat pe pacient, și (dacă este cazul) pe medicul prescriptor de terapie hormonală în evaluarea disforiei de gen a pacientului și alegerea măsurilor de tratament.

Dacă sunt îndeplinite criteriile (vezi mai jos) pentru intervenție/intervenții, puteți începe să planificați intervenția. Se efectuează o consultație

preoperatorie cu pacientul, în timpul căreia sunt discutate următoarele aspecte:

- Metode de modificare chirurgicală disponibile pacientului (cu îndreptarea către colegii care oferă posibilități alternative, dacă este necesar).
- Avantajele și dezavantajele fiecărei metode.
- Limitări care împiedică obținerea rezultatelor „ideale”; chirurgii trebuie să asigure un set complet de fotografii al pacienților “înainte” și “după”, inclusiv cele mai bune și cele mai proaste rezultate.
- Riscuri inevitabile și posibile complicații ale diferitelor metode, frecvența acestor complicații la pacienții acestui chirurg.

Discutarea acestor probleme este o parte esențială a obținerii consimțământului informat, care este atât o cerință etică, cât și legală pentru orice procedură chirurgicală. Pentru a atinge obiectivul intervenției - pentru a atenua disforia de gen - este important ca așteptările pacientului la operație să fie realiste.

Deoarece modificările chirurgicale ale corpului sunt ireversibile, este foarte important să informați pacientul în mod corespunzător. Este recomandabil să furnizați pacientului toate informațiile specificate în scris în avans, dacă este necesar, completând textul cu desene schematice. Pacientului ar trebui să i se acorde suficient timp pentru a se gândi la decizia cu privire la operație. De asemenea, el ar trebui să poată discuta cu chirurgul orice întrebări sau preocupări pe care le poate avea. Abia atunci poate fi semnat un consimțământ informat; perioada minimă recomandată înainte de aceasta este de 24 de ore.

După operație, chirurgul asigură pacientului supravegherea corespunzătoare și oferă instrucțiuni pentru trecerea perioadei postoperatorii. Dacă este necesar, chirurgul oferă sfaturi specialiștilor care vor lucra împreună cu pacientul în viitor.

Prezentare generală a procedurilor chirurgicale

Pentru persoanele transfeminine:

1. Chirurgia glandelor mamare/sânului: chirurgie plastică pentru mărirea sânilor (implanturi/lipofilling).

2. Chirurgie genitală: penectomie, orhiectomie, vaginoplastie, chirurgie plastică a clitorisului, chirurgie plastică a vulvei.
3. Altele: chirurgie facială feminizantă, liposucție, lipofilling, chirurgie vocală, reducere a cartilajului tiroidian, operații plastice pentru mărirea feselor (implanturi/lipo-degetare), restabilirea părului, diverse proceduri estetice.

Pentru persoanele transmasculine:

1. Chirurgia glandelor mamare/sânului: mastectomie subcutanată, operație de masculinizare a sânilor.
2. Chirurgie genitală: histerectomie/ooforectomie, reconstrucția părții fixe a uretrei (poate fi combinată cu metoidioplastie sau faloplastie (folosind un lambou de picior sau lambou vascularizat liber)), excizie vaginală, scrotoplastie, implantarea de faloproteze și/sau proteze testiculare.
3. Altele: chirurgie vocală (rar), liposucție, lipofilling, implanturi mamare, diverse proceduri estetice.

Chirurgie reconstructivă în comparație cu cea estetică

Întrebarea „ar trebui să fie considerate intervențiile chirurgicale afirmative de gen drept „chirurgia estetică” sau „reconstructivă”? este relevantă nu numai din punct de vedere filosofic, ci și din punct de vedere financiar. În cea mai mare parte, chirurgia estetică sau cosmetică nu este considerată necesară din punct de vedere medical și, prin urmare, este de obicei acoperită complet de pacient. În schimb, procedurile reconstructive sunt considerate necesare din punct de vedere medical - cu rezultate terapeutice incontestabile - și, prin urmare, sunt plătite parțial sau în totalitate de către sistemele de sănătate guvernamentale sau de companiile de asigurări.

- Din păcate, în domeniul chirurgiei plastice și reconstructive (atât în general, cât și în raport cu chirurgia afirmativă de gen), nu există o distincție clară între ceea ce este pur reconstructiv și ceea ce este pur cosmetic.
- Majoritatea procedurilor de chirurgie plastică sunt de fapt o combinație de proceduri reconstructive și cosmetice.

În timp ce majoritatea experților sunt de acord că chirurgia genitală și

mastectomia nu pot fi considerate pur cosmetice, opiniile diferă în ceea ce privește măsura în care alte proceduri chirurgicale (de exemplu, operația de mărire a sânilor, chirurgia facială feminizantă) pot fi considerate pur reconstructive. În timp ce este mult mai ușor de perceput faloplastia sau vaginoplastia ca intervenții pentru a pune capăt suferinței de-a lungul vieții, pentru unii pacienți intervențiile precum rinoplastia reductivă poate avea un impact drastic asupra calității vieții lor și, prin urmare, este mult mai necesară din punct de vedere medical decât pentru cineva fără disforie de gen.

Criterii pentru intervenții

Ca și în cazul Standardelor în general, au fost elaborate criteriile pentru inițierea tratamentului chirurgical pentru disforia de gen cu scopul de a oferi pacienților cea mai bună îngrijire posibilă. Deși Standardele permit o abordare individualizată pentru a satisface cel mai bine nevoile pacienților, criteriul pentru toate intervențiile chirurgicale mamare și genitale este documentarea disforiei cronice de gen de către un specialist calificat în sănătate mintală. Pentru unele intervenții chirurgicale criteriile suplimentare includ pregătirea, urmarea terapiei hormonale feminizante/masculinizante și un an de viață neîntreruptă într-un rol de gen în concordanță cu identitatea de gen a persoanei.

Aceste criterii sunt prezentate mai jos. Pe baza datelor disponibile și a consensului clinic al experților, se dau diferite recomandări pentru diferite operații.

Standardele nu specifică ordinea în care ar trebui făcute diferitele operații. Numărul și secvența procedurilor chirurgicale pot diferi de la pacient la pacient în funcție de nevoile lor clinice.

Criterii pentru intervenții chirurgicale pentru glandele mamare/sânii

Criterii pentru mastectomie și crearea sânilor masculini la persoanele transmasculine:

1. Disforie de gen persistentă, documentată.
2. Capacitatea pacientului de a lua o decizie în cunoștință de cauză și de a consimți la tratament.
3. Vârsta majoratului (dacă pacientul nu a atins vârsta majoratului, vezi secțiunea VI).

Problemele medicale sau mintale grave concomitente ale pacientului ar trebui să fie sub supravegherea unui medic.

1. Terapia hormonală nu este o condiție obligatorie.
2. Criterii pentru chirurgia plastică de mărire a sânilor (implanturi/lipofilling) la persoanele transfeminine:
3. Disforie de gen persistentă, documentată.
4. Capacitatea pacientei de a lua o decizie în cunoștință de cauză și de a consimți la tratament.
5. Vârsta majoratului (dacă pacientul nu a atins vârsta majoratului, vezi secțiunea VI).
6. Problemele medicale sau mintale grave concomitente ale pacientului ar trebui să fie sub supravegherea unui medic.

Deși nu este un criteriu obligatoriu, femeilor transgen li se recomandă să urmeze o terapie hormonală feminizantă (cel puțin 12 luni) înainte de a fi supusă unei intervenții chirurgicale de mărire a sânilor. Scopul este de a maximiza creșterea sânilor, rezultând cu rezultate chirurgicale (estetice) mai bune.

Criterii pentru chirurgia genitală

Criteriile pentru histerectomie și ooforectomie la persoanele transmasculine și pentru orchiectomia la persoanele transfeminine sunt:

- Disforie de gen persistentă, documentată.
- Capacitatea pacientului/pacientei de a lua o decizie în cunoștință de cauză și de a consimți la tratament.
- Vârsta majoratului (dacă pacientul/pacienta nu a atins vârsta majoratului, vezi secțiunea VI).
- Problemele medicale sau mintale grave concomitente ale pacienților trebuie monitorizate de un medic.

12 luni de terapie hormonală continuă, în conformitate cu obiectivele de gen ale pacientului/pacientei (în absența contraindicațiilor clinice sau a nedorinței/incapacității de a urma o terapie hormonală).

Scopul principal al terapiei hormonale înainte de efectuarea unei ectomii

gonadice este suprimarea secreției hormonilor endogeni pentru a putea evalua modificările în curs și a lua o decizie finală înainte ca pacientul să fie supus unei intervenții chirurgicale ireversibile.

- Aceste criterii nu se aplică pacienților supuși acestor proceduri din alte motive medicale decât disforia de gen.
- Criterii pentru metoidioplastie sau faloplastie la persoanele transmasculine și pentru vaginoplastie la persoanele transfeminine:
- Disforie de gen persistentă, documentată.
- Capacitatea pacientului/pacientei de a lua o decizie în cunoștință de cauză și de a consimți la tratament.
- Vârsta majoratului (dacă pacientul/pacienta nu a atins vârsta majoratului, vezi secțiunea VI).
- Problemele medicale sau mintale grave concomitente ale pacienților trebuie monitorizate de un medic.
- 12 luni de terapie hormonală continuă, în conformitate cu obiectivele de gen ale pacientului/pacientei (în absența contraindicațiilor clinice sau a nedorinței/incapacității de a urma o terapie hormonală).
- 12 luni de viață continuă în funcție de identitatea de gen.

Deși acest lucru nu este un criteriu necesar, se recomandă, de asemenea, ca acești pacienți să vadă în mod regulat un specialist în domeniul sănătății mintale sau al altui medic.

Justificare pentru o experiență de viață preoperatorie de 12 luni într-un rol de gen în concordanță cu identitatea pacientului

Potrivit majorității experților, experiența de a trăi o perioadă de timp în conformitate cu identitatea de gen oferă unei persoane posibilitatea de a se adapta social într-un rol nou și de a evalua adecvarea deciziei sale înainte de a efectua intervenții chirurgicale ireversibile. S-a menționat deja că adaptarea

socială în timpul tranziției transgen poate fi mai dificilă decât reconstruirea fizică a corpului. Mai mult, adoptarea unui nou rol de gen poate schimba grav viața unei persoane, prin urmare, înainte de efectuarea operației, este extrem de dorit să se țină seama de dificultățile familiale, interpersonale, educaționale, profesionale, materiale și juridice care pot apărea în legătură

cu tranziția și după ea. În procesul de adaptare, o persoană poate avea nevoie de sprijinul unui specialist calificat în sănătate mintală și al altor persoane transgen [Bockting, 2008].

Perioada de 12 luni este suficient de lungă pentru a avea timp să treacă printr-o varietate de evenimente din viața de zi cu zi, inclusiv comunicarea cu partenerii, rudele, prietenii, colegii și alte persoane, călătoria în vacanță/ concediu, sărbători de familie etc. În acest timp, persoana trebuie să participe continuu la viața socială într-un rol care corespunde identității sale de gen. Aceasta implică dezvăluirea identității sale către parteneri, rude, prieteni și un cerc mai larg (la școală, la serviciu etc.).

Faptul că pacientul are o experiență de viață în rolul său de gen ar trebui documentat în dosarul său medical, inclusiv începutul acestei perioade pentru persoanele care se pregătesc pentru o intervenție chirurgicală genitală. În unele cazuri, profesioniștii din domeniul sănătății mintale pot solicita confirmarea acestui criteriu: pot contacta persoane care au interacționat cu pacientul în noul său rol de gen și (dacă este cazul) pot solicita documentația unei schimbări de nume sau de sex legal.

Chirurgie pentru persoanele cu tulburări psihotice și alte boli psihice grave

Dacă sunt diagnosticate tulburări psihice severe și afectarea percepției realității (episoade psihotice, tulburare bipolară, tulburare disociativă, tulburare de personalitate limită (borderline)), medicamentele psihotrope și/ sau psihoterapia sunt prescrise pentru a îmbunătăți starea pacientului înainte de operație (Dhejne et al., 2011). După aceea, psihiatrul reevaluează starea pacientului și decide dacă este pregătit pentru operație. Este recomandabil dacă este vorba de un specialist care este deja familiarizat cu pacientul. Operația nu trebuie efectuată dacă pacientul se află într-o stare psihotică [De Cuypere și Vercruyse, 2009].

Competența chirurgilor care efectuează intervenții chirurgicale la glandele mamare/sânii sau genitaliile

Intervențiile chirurgicale afirmative de gen pot fi efectuate de urologi, ginecologi, chirurghi plastici sau chirurghi generali. Chirurgii ar trebui să aibă cunoștințe specializate despre tehnicile de reconstrucție genitală, documentate prin instruirea unui chirurg mai experimentat. Medicii care

operează pot publica rapoarte privind rezultatele operațiilor, care ar fi utile pentru alți medici și pentru pacienți. Chirurgii ar trebui să participe în mod regulat la întâlniri profesionale în care sunt prezentate noi tehnici. Schimbul de informații și experiență între pacienți și specialiști din domeniul medical poate fi realizat pe internet.

Este recomandabil ca chirurgul să cunoască mai multe tehnici de reconstrucție chirurgicală a organelor genitale pentru a selecta cea mai adecvată tehnică chirurgicală în conformitate cu dorințele și caracteristicile pacientului. Dacă chirurgul este calificat într-o singură tehnică care nu este adecvată pacientului sau nu se potrivește pacientului, chirurgul ar trebui să informeze pacientul cu privire la alte tehnici existente și să sugereze o îndreptare către chirurgul care le cunoaște.

Tehnici și complicații ale intervenției chirurgicale I a glandele mamare/sânii

Glandele mamare nu sunt organe de reproducere, iar prezența și mărimea lor nu sunt incluse în determinarea sexului; cu toate acestea, acestea sunt o caracteristică sexuală secundară importantă. Efectuarea unei intervenții chirurgicale la sân necesită, de asemenea, aceeași decizie echilibrată ca începerea terapiei hormonale, deoarece această intervenție chirurgicală introduce și schimbări relativ ireversibile în organism.

Chirurgia plastică pentru mărirea sânilor (reconstrucția sânilor) la persoanele transfeminale nu este diferită de cea a femeilor cisgen și se efectuează de obicei prin implantarea de proteze mamare și, uneori, prin lipofilling. Complicațiile postoperatorii includ infecții și fibroză capsulară, dar acestea sunt rare [Kanhai, Hage, Karim și Mulder, 1999].

O mastectomie este efectuată pentru a forma sânul masculin la persoanele transmasculine. Pentru mulți oameni transmasculini, aceasta este singura intervenție chirurgicală la care sunt supuși. Rezultatul cosmetic al operației depinde de tehnica specifică, precum și de starea inițială a sânului. Atunci când cantitatea de țesut mamar îndepărtat necesită și îndepărtarea pielii, cicatricile sunt inevitabile, iar pacientul ar trebui să fie avertizat cu privire la acest lucru. Complicațiile mastectomiei subcutanate pot include necroza mamelonului, neregularități ale conturului și cicatrici [Monstrey și colab., 2008].

Tehnici de chirurgie genitală și complicații posibile

Procedurile chirurgicale genitale pentru persoanele transfeminine pot include orhiectomia, penectomia și chirurgia plastică a vaginului, clitorisului și labiilor. Tehnicile includ inversiunea pielii penisului, grefă rectosigmoidă a pediculului și grefe de piele libere pentru căptușirea neovaginei. Menținerea sensibilității sexuale este un obiectiv important în vaginoplastie, împreună cu crearea unui vagin funcțional și oferirea unui aspect cosmetic acceptabil.

Complicațiile chirurgicale ale intervenției chirurgicale genitale la persoanele transfeminine pot include necroză completă sau parțială a vaginului și a labiilor, fistule ale vezicii urinare sau intestinului în vagin, stenoză a uretrei și un vagin prea scurt sau îngust pentru actul sexual. Deși tehnicile chirurgicale pentru a crea neovaginul au avansat la un nivel funcțional și estetic ridicat, au fost raportate cazuri de anorgasmie post-procedură. De asemenea, pentru corectarea cosmetică, poate fi necesară o etapă suplimentară a materialelor plastice ale labiilor [Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006].

Procedurile chirurgicale genitale pentru persoanele transmasculine pot include histerectomie, ooforectomie (salpingo-ovariectomie), excizie vaginală, metoidioplastie, scrotoplastie, uretroplastie, implantare de proteză testiculară și faloplastie. Histerectomia laparoscopică și salpingo-ooforectomia pot evita cicatricile la nivelul abdomenului inferior. Accesul vaginal poate fi dificil, deoarece majoritatea pacienților nu au născut și adesea nu au avut relații sexuale. Tehnicile chirurgicale moderne pentru faloplastie variază. Alegerea tehnicilor poate fi limitată de considerații anatomice sau chirurgicale, precum și de considerațiile financiare ale clientului. Dacă obiectivele faloplastiei sunt neofalul de aspect bun, urinarea în picioare, sensibilitatea sexuală sau capacitatea de a efectua actul sexual, pacientul ar trebui să fie informat în mod clar că operațiile sunt efectuate în mai multe etape, iar dificultățile tehnice frecvente pot necesita operații suplimentare. Chiar și metoidioplastia, care în teorie este o procedură cu un singur pas pentru crearea unui microfalus, necesită adesea mai multe operații. Scopul urinării în picioare cu această tehnică nu poate fi întotdeauna atins [Monstrey et al., 2008].

Complicațiile faloplastiei la persoanele transmasculine pot include stenoza frecventă a tractului urinar și a fistulelor și, uneori, necroza neofalului. Metoidioplastia are ca rezultat un micropenis, adesea fără capacitatea de a urina în picioare. Faloplastia utilizând un lambou pedunculat sau un

lambou vascularizat liber este o procedură pe mai multe etape pe termen lung, cu o incidență ridicată a complicațiilor, inclusiv dificultăți de urinare și cicatricea inevitabilă a locurilor donatoare. Din acest motiv, mulți oameni transmasculini nu suferă niciodată o intervenție chirurgicală genitală în afară de histerectomie și salpingo-ooforectomie [Hage & De Graaf, 1993].

Cu toate acestea, chiar și cu apariția complicațiilor chirurgicale severe, pacienții rareori regretă operațiile la care au fost supuși. Importanța intervențiilor chirurgicale este confirmată de dovezile repetate conform cărora rezultatul cu succes al operației este unul dintre cei mai fiabili predictorii ai rezultatului cu succes al tranziției transgen în general [Lawrence, 2006].

Alte intervenții chirurgicale

Alte intervenții chirurgicale pentru feminizarea corpului includ: reducerea condrolaringoplastiei (reducerea mărilor lui Adam), intervenția chirurgicală pentru schimbarea vocii, lipoplastia de aspirație (conturare) la nivelul taliei, rinoplastia (remodelarea nasului), reducerea oaselor faciale, plastia circulară a feței și blefaroplastia (întinerirea pleoapelor)).

Alte intervenții chirurgicale de masculinizare corporală includ liposucția, lipofilling și implantarea sânilor. Chirurgia vocală este rareori necesară pentru a obține o voce mai joasă, dar poate fi recomandată, de exemplu, dacă terapia hormonală este inefficientă în acest sens.

Pentru aceste operații nu este necesară îndreptarea unui specialist din domeniul sănătății mintale. Cu toate acestea, specialistul poate ajuta clientul în luarea unei decizii cu privire la operațiune și calendarul acesteia, ținând cont de impactul acestor proceduri asupra aspectelor sociale ale tranziției.

Deși majoritatea acestor proceduri sunt denumite de obicei estetice, ele pot fi necesare pentru un pacient cu disforie de gen severă, în funcție de imaginea clinică individuală și de situația vieții.

XII. Monitorizarea postoperatorie

Pentru a obține rezultate chirurgicale și psihologice optime ale intervențiilor afirmative de gen, este de dorit urmărirea postoperatorie pe termen lung a pacientului [Monstrey și colab., 2009]. Mai mult, chirurgul primește astfel feedback de la pacient și poate evalua succesul sau dezavantajele metodei chirurgicale alese. Cu pacienții nerezidenți, trebuie să discutați în prealabil cât timp vor avea nevoie pentru a petrece în clinică sub supraveghere; de asemenea, este de dorit ca chirurgul operator să poată aranja ca acești pacienți să aibă urmărirea postoperatorie pe termen lung de către specialiștii locali la întoarcere.

Uneori, pacienții transgen care au suferit o intervenție chirurgicală refuză supravegherea medicală suplimentară, inclusiv de către un endocrinolog (dacă pacientul ia medicamente hormonale), considerând că nu este necesar. Cu toate acestea, monitorizarea trebuie efectuată, deoarece acești medici pot preveni, diagnostica și trata cel mai bine complicațiile specifice pacienților care iau hormoni și care sunt supuși unei intervenții chirurgicale. Același lucru este valabil și pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale, deoarece aceștia tind să cunoască cel mai bine pacientul și sunt cel mai bine echipați pentru a-l ajuta în adaptarea postoperatorie. Specialiștii din domeniul sănătății mintale trebuie, de asemenea, să sublinieze importanța urmării postoperatorii pentru pacienți.

Pacienții care au fost supuși unei intervenții chirurgicale ar trebui să fie supuși controalelor medicale periodice, în conformitate cu liniile directoare recomandate pentru vârsta lor (vezi secțiunea XIII).

XIII. Prevenirea și îngrijirea medicală primară pe tot parcursul vieții

Toată lumea are nevoie din când în când de asistență medicală, iar persoanele transgen nu fac excepție. Este recomandabil ca astfel de persoane să primească ajutorul unui medic care este familiarizat cu specificul sănătății transgen. Exemple de solicitări ale pacienților transgen către un medic generalist sunt prevenirea consecințelor negative ale gonadectomiei timpurii sau a terapiei hormonale pe termen lung la doze mari. Dacă medicul nu poate oferi asistență, este recomandabil să fie solicitat sfatul colegilor.

Problemele de îngrijire primară ar trebui să fie abordate înainte, în timpul și după orice modificare a rolului de gen și intervențiile de disforie de gen sunt finalizate. Deși specificitatea sănătății transgen afectează mai ales endocrinologii și chirurgii, medicii generaliști ar trebui, de asemenea, să fie pregătiți să ajute și să asiste persoanele transgen [Feldman, 2007].

Prevenirea generală

Recomandările ale sondajului elaborate pentru populația generală sunt adecvate pentru oamenii care este puțin probabil să fie expuși terapiei hormonale feminizante/masculinizante. Cu toate acestea, în domeniul precum factorii de risc pentru bolile cardiovasculare, osteoporoza și anumite tipuri de cancer (sân, col uterin, ovarian, uterin și de prostată), astfel de orientări generale pot subestima sau supraestima necesitatea evaluării pacienților care primesc terapie hormonală.

Au fost publicate protocoale detaliate pentru acordarea asistenței primare pentru pacienții care primesc terapie hormonală feminizantă/masculinizantă, inclusiv terapia prescrisă după o intervenție chirurgicală afirmativă de gen [Centrul de excelență pentru sănătatea transgen, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth și Spade, 2005]. Procedând astfel, medicii ar trebui, de asemenea, să fie ghidați de liniile directe bazate pe dovezi adoptate în țara lor și ar trebui, de asemenea, să informeze pacienții cum efectul terapiei hormonale le va afecta riscul de morbiditate inițial.

Depistarea cancerului

Depistarea cancerului sistemelor de organe legate de sex poate prezenta provocări medicale și psihosociale deosebite pentru pacienții transgen și cei neconformi de gen, precum și pentru medicii lor. În absența unor studii longitudinale mari, este puțin probabil ca clinicienii să aibă suficiente date pentru a determina tipul și frecvența adecvate de screening al cancerului la persoanele transgen. Examinările excesive sunt asociate cu costuri financiare suplimentare, duc la o proporție ridicată de rezultate fals pozitive și, adesea, expunere la radiații inutile și intervenții diagnostice inutile (de exemplu, biopsii). Screeningul insuficient duce la întâzieri în diagnosticarea la timp a cancerelor potențial vindecabile.

Unele tipuri de screening pot fi percepute de pacienți ca fiind confortabile și adecvate sexului lor (în cazul mamografiei pentru femeile transgen), iar unele ca fiind contradictorii cu sexul lor, dureroase fizic și emoțional (în cazul unui test Papanicolau).

Îngrijirea medicală pentru infecțiile urogenitale

Îngrijirea ginecologică poate fi necesară atât pentru persoanele transmasculine, cât și pentru cele transfeminine. Dintre persoanele transmasculine, un astfel de ajutor este necesar în special celor care nu au fost supuși unei intervenții chirurgicale genitale. Dintre persoanele transfeminine, un astfel de ajutor este necesar după intervenția chirurgicală genitală. Deși mulți chirurghi sfătuiesc pacienții cu privire la îngrijirea postoperatorie pentru infecțiile urogenitale, medicii de asistență primară și ginecologii trebuie, de asemenea, să cunoască specificul acestor boli la persoanele transgen.

Toate persoanele transfeminine ar trebui să fie consiliate cu privire la igiena genitală și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală; cei care au suferit o intervenție chirurgicală genitală ar trebui sfătuiți cu privire la necesitatea mării vaginale regulate sau a actului sexual pentru a menține adâncimea și lățimea vaginului [van Trotsenburg, 2009]. Datorită particularităților anatomiei pelvisului masculin, axa și dimensiunile neovaginului diferă semnificativ de cele ale femeilor cisgen. Aceste diferențe anatomice pot afecta relațiile sexuale și, prin urmare, trebuie luate în considerare [van Trotsenburg, 2009].

Infecțiile tractului urinar inferior se dezvoltă adesea la persoanele transfeminine după operație datorită faptului că uretra reconstituită devine

mai scurtă. În plus, acești pacienți pot suferi de tulburări funcționale ale tractului urinar inferior. Astfel de tulburări pot fi cauzate de o încălcare a inervației autonome a podelei vezicii urinare în timpul disecției dintre rect și vezică și de o modificare a locației vezicii în sine. Urinarea disfuncțională (de exemplu, vezica hiperactivă, incontinența urinară de stres sau incontinența urgentă) se poate dezvolta după o intervenție chirurgicală genitală [Hoebeke și colab., 2005; Kuhn, Hildebrand și Birkhauser, 2007].

Majoritatea persoanelor transmasculine nu au excizie vaginală (colpectomie). La pacienții care iau hormoni masculinizanți, în ciuda conversiei semnificative a testosteronului în estrogeni, pot fi observate modificări atrofice ale mucoasei vaginale, care pot duce la mâncărime și arsură. Examinarea poate fi atât dureroasă din punct de vedere fizic, cât și emoțional, dar absența tratamentului poate complica grav situația. Ginecologii care lucrează cu persoane transmasculine ar trebui să ia în considerare, de asemenea, disconfortul pe care îl pot experimenta pacienții cu organele genitale feminine.

XIV. Aplicabilitatea standardelor de îngrijire pentru persoanele care trăiesc în centrele instituționalizate

Standardele se aplică în totalitate tuturor persoanelor transgen și celor neconforme de gen, indiferent de locul în care locuiesc.

Oamenii nu trebuie discriminați în ceea ce privește accesul la asistență medicală adecvată în funcție de locul în care se află, inclusiv în instituții precum închisori sau instituții de îngrijire a sănătății pe termen lung/mediu [Brown, 2009]. Îngrijirea sănătății pentru persoanele transgen și cele neconforme de gen care trăiesc în instituții ar trebui să fie similară cu ceea ce le-ar fi disponibil dacă ar locui în afara instituției în aceeași comunitate.

Toate elementele de evaluare și tratament ale stării, așa cum sunt descrise în standarde, pot fi furnizate persoanelor care trăiesc în instituții [Brown, 2009]. Este inacceptabil să refuzi accesul la aceste tipuri de tratament necesare din punct de vedere medical pe baza plasării unei persoane într-o instituție închisă. Dacă nu există o expertiză internă a profesioniștilor din cadrul instituției sau din afara personalului medical care să evalueze și/sau să trateze persoanele cu disforie de gen, ar trebui consultați experți externi cu cunoștințe în acest domeniu de sănătate specializat.

Persoanele cu disforie de gen în instituții pot avea, de asemenea, tulburări mintale comorbide [Cole și colab., 1997]. Aceste tulburări trebuie evaluate și tratate corespunzător.

Persoanele care sunt admise într-o unitate cu un regim selectat de terapie hormonală ar trebui să continue cu acesta sau terapii similare și să fie monitorizate în conformitate cu standardele. Abordarea "stop-cadru" nu este un tratament adecvat în majoritatea situațiilor [Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections / Maloney, C.A. Nu. 92-12820-MLW, 2002]. Persoanele cu disforie de gen cărora li se recunoaște că necesită terapie hormonală (în conformitate cu standardele) ar trebui să o înceapă. Consecințele întreruperii bruște a hormonilor sau nedepunerii terapiei hormonale atunci când este necesar din punct de vedere medical pot avea consecințe negative, cum ar fi automedicația chirurgicală prin autocastrare, dispoziție depresivă, disforie sau suicidalitate [Brown, 2010].

Se pot face aranjamente instituționale rezonabile pentru furnizarea de îngrijiri medicale care respectă standardele, cu condiția ca aceste aranjamente să nu periclitizeze acordarea de îngrijiri medicale necesare persoanelor cu disforie de gen. Un exemplu de astfel de aranjament rezonabil este utilizarea

hormonilor injectabili - în absența contraindicațiilor medicale - într-un mediu în care deviația de la regimul oral este foarte probabilă [Brown, 2009]. Negarea modificărilor necesare în rolul de gen sau accesul la tratament, inclusiv intervenția chirurgicală, pe baza șederii în spital nu este rezonabilă în conformitate cu aceste standarde [Brown, 2010].

Locuințele și dușurile/băile pentru persoanele transgen și cele neconforme de gen care trăiesc în instituții ar trebui să ia în considerare identitatea și rolul lor de gen, starea fizică, păstrarea demnității și siguranța personală. Plasarea într-o cameră, secție sau celulă pentru persoane de același sex numai pe baza aspectului organelor genitale externe poate fi inacceptabilă și poate pune persoana în pericol de atac [Brown, 2009].

Instituțiile în care trăiesc și primesc îngrijiri medicale persoane transgen și cele neconforme de gen trebuie să se asigure că este menținut un mediu comunitar tolerant și pozitiv pentru a se asigura că rezidenții nu sunt atacați de personal sau de alți rezidenți.

XV. Aplicabilitatea standardelor de îngrijire pentru persoanele cu tulburări de formare ale sexului

Terminologie

Tulburările de formare ale sexului (TFS) sunt o afecțiune somatică a dezvoltării atipice a sistemului reproductiv [Hughes, Houk, Ahmed, Lee și LWPEs / ESPE Consensus Group, 2006]. TFS include o afecțiune care anterior se numea „intersexualitate”. Deși termenul a fost schimbat în TFS la o conferință de consens internațională din 2005 [Hughes și colab., 2006], dezacordul de vocabular persistă. Unii se opun puternic termenului „tulburări”, preferând să vadă aceste condiții congenitale ca o manifestare a diversității [Diamond, 2009] și continuă să folosească termenul „intersex”. În acest manual, pentru comoditatea medicilor, termenul medical „tulburări de formare ale sexului” este utilizat din punct de vedere al obiectivității și inestimabilității. Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen rămâne deschisă unei noi terminologii care să reflecte mai bine experiențele acestei grupe de populație diverse și să ducă la un acces îmbunătățit la asistența medicală.

Motivarea adăugării standardelor pentru îngrijire

Anterior, persoanele cu TFS care îndeplineau și criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea identității de gen¹ [Asociația Americană de Psihiatrie, 2000] au fost excluse din acest diagnostic general și au fost în schimb clasificate în punctul „tulburarea identității de gen, nespecificată”. Ele, de asemenea, au fost excluse din standardele de ajutor WPATH.

În noua ediție a DSM-5 (www.dsm5.org), termenul Tulburare de identitate de gen a fost înlocuit cu Disforie de gen. Mai mult, pentru DSM-5 s-a sugerat că persoanele cu disforie de gen și TFS ar trebui considerate ca având un subtip de disforie de gen. Această clasificare propusă - care distinge în mod clar între persoanele cu disforie de gen cu și fără TFS - este destul de justificată: la persoanele cu TFS, disforia de gen diferă prin manifestările sale fenomenologice, prevalență, dezvoltare și etiologie [Meyer-Bahlburg, 2009].

Adulții cu TFS și disforie de gen ajung din ce în ce mai mult la atenția specialiștilor din domeniul sănătății. În consecință, o scurtă discuție despre

¹ Tulburarea de identitate de gen este denumirea anterioară a diagnosticului. În DSM-5 revizuit, diagnosticul se numește disforie de gen.

Îngrijirea acestor persoane este inclusă în această versiune a standardelor.

Considerații de anamneză

Specialiștii din domeniul medical care îngrijesc atât pacienții cu TFS cât și disforia de gen ar trebui să fie conștienți de faptul că contextul medical în care au crescut acești pacienți este de obicei foarte diferit de cel al persoanelor fără TFS.

La unii oameni, TFS este recunoscută la naștere, când se găsesc organe genitale atipice pentru sexul lor (acum sunt detectate tot mai multe organe genitale atipice chiar și în perioada prenatală prin examinarea cu ultrasunete). Acești bebeluși sunt supuși apoi unui număr mare de proceduri de diagnostic medical. După consultarea familiei cu specialiștii din domeniul medical, în timpul cărora se iau în considerare diagnosticul specific și semnele fizice și hormonale, se înregistrează sexul nou-născutului [Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus și Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck și colab., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf și Gearhart, 2004].

Alte persoane cu TFS vin în atenția specialiștilor medicali în timpul pubertății atunci când este detectată dezvoltarea atipică a caracteristicilor sexuale secundare, ceea ce duce la o serie de examinări specifice.

Tipul de TFS și gravitatea afecțiunii influențează decizia privind înregistrarea inițială a sexului pacientului, intervenția chirurgicală genitală ulterioară și acordarea altor asistențe medicale și psihologice [Meyer-Bahlburg, 2009]. De exemplu, gradul de expunere prenatală la androgeni la persoanele cu TFS se corelează cu gradul de masculinizare a comportamentului legat de sex (adică rolul de gen și expresia de gen); totuși, corelația nu este semnificativă, iar variația semnificativă a comportamentului rămâne inexplicabilă [Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt și New, 2006]. În special, nu s-a găsit nicio corelație similară între expunerea la androgeni în perioada prenatală și identitatea de gen [Meyer-Bahlburg și colab., 2004]. Acest lucru evidențiază faptul că persoanele cu aceeași identitate de gen (de bază) pot avea diferențe semnificative în gradul de masculinizare a comportamentului legat de sex.

Evaluarea și tratamentul disforiei de gen la persoanele cu tulburări de formare ale sexului

Este extrem de rar ca persoanele cu TFS să aibă disforie de gen definită înainte de diagnosticarea TFS. Chiar și atunci, diagnosticul de TFS este de obicei evident din istoricul și examenul fizic de bază, care se face de obicei pentru a evalua adecvarea terapiei hormonale sau a intervenției chirurgicale pentru disforia de gen. Specialiștii din domeniul sănătății mintale ar trebui să îndemne pacienții care prezintă disforie de gen să fie supuși unui examen fizic, mai ales dacă în prezent nu sunt vizitați de niciun medic.

Majoritatea persoanelor cu TFS, născuți cu organe genitale nedeterminate, nu dezvoltă disforie de gen [Meyer-Bahlburg și colab., 2004; Wisniewski și colab., 2004]. Cu toate acestea, unele persoane cu TFS suferă de disforie cronică de gen și își schimbă în acte sexul înregistrat la naștere [Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson 1999; Zucker, 1999]. Dacă există semne persistente și pronunțate ale disforiei de gen, atunci, indiferent de vârsta pacientului, este necesară o evaluare aprofundată a stării de către medicii care au experiență în evaluarea și tratamentul disforiei de gen. Au fost publicate ghiduri detaliate pentru efectuarea unei astfel de evaluări și luarea deciziilor de tratament pentru disforia de gen în contextul TFS [Meyer-Bahlburg, 2011]. Modificările aduse sexului atribuit la naștere sau rolului de gen la pacienții cu TFS trebuie efectuate numai după o evaluare cuprinzătoare.

Medicii care acordă asistență acestor pacienți pentru ameliorarea disforiei de gen pot beneficia de experiența de lucru cu pacienți fără TFS [Cohen-Kettenis, 2010]. Cu toate acestea, criteriile specifice pentru tratament (vârsta, speranța de viață în rolul de gen dorit) nu se aplică de obicei persoanelor cu TFS; criteriile ar trebui interpretate luând în considerare situația individuală a pacientului [Meyer-Bahlburg, 2011]. În contextul TFS, schimbările în sexul înregistrat la naștere și rolul de gen apar la orice vârstă cuprinsă între vârsta școlii primare și vârsta adultă mijlocie. Chiar și o intervenție chirurgicală genitală poate fi efectuată la acești pacienți mult mai devreme decât la persoanele cu disforie de gen fără TFS, dacă operația este pe deplin justificată de diagnosticul, prognosticul bazat pe dovezi pentru dezvoltarea identității de gen în acest sindrom, severitatea sindromului, și dorințele pacientului.

Un motiv pentru această diferență de tratament este că intervenția chirurgicală genitală pentru persoanele cu TFS este adesea efectuată în perioada copilăriei și adolescenței. Infertilitatea poate fi deja prezentă din cauza insuficienței gonadale precoce sau a gonadectomiei din cauza riscului

de malignitate. Chiar și așa, pacienții cu TFS sunt sfătuiți să treacă la un rol de gen diferit numai dacă au o istorie lungă de comportament atipic de gen și dacă disforia de gen și/sau dorința de a-și schimba rolul de gen sunt puternice și persistente pe o perioadă lungă de timp. Șase luni este intervalul de timp pentru debutul simptomelor sugerat pentru diagnosticul DSM-5 al disforiei de gen [Meyer-Bahlburg, 2011].

Surse suplimentare

Istoricul medical al persoanelor cu TFS este adesea complex și poate include o varietate de evenimente atipice genetice, endocrine și somatice congenitale, precum și tratamente hormonale, chirurgicale și alte. Din acest motiv, trebuie luați în considerare mulți factori suplimentari atunci când se acordă îngrijire psihosocială și medicală acestor pacienți, indiferent dacă este prezentă disforie de gen [Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008]. Unele familii și pacienți consideră, de asemenea, util să se consulte sau să lucreze cu grupuri de auto-ajutorare comunitare.

Există literatura medicală foarte respectată privind managementul medical al pacienților cu TFS. O mare parte din această literatură a fost produsă de specialiști calificați în endocrinologie și urologie pediatrie, cu contribuții de la specialiști în domeniul sănătății mintale foarte specializați, în special în domeniul genului. Conferințele internaționale recente de consens au revizuit liniile directoare pentru îngrijirea bazată pe dovezi (inclusiv aspecte legate de sex și chirurgia genitală) pentru TFS în general [Hughes și colab., 2006] și în special pentru hiperplazia suprarenală congenitală (Grupul de lucru comun LWPE/ESPE CAH și colab., 2002; Speiser și colab., 2010) A fost luată în considerare și necesitatea studiilor TFS în general [Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004] și a sindroamelor individuale precum 46, XXY [Simpson și colab., 2003].

Bibliografie

Abramowitz, S. I. (1986). Rezultatele psihosociale ale intervenției chirurgicale de realocare a sexului. *Jurnalul de Consultanță și Psihologie Clinică*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183

Comitetul de practică ginecologică ACOG. (2005). Avizul Comitetului # 322: Hormoni bioidentici compuși. *Obstetrică și Ginecologie*, 106 (5), 139-140.

Adler, R. K., Hirsch, S. și Mordaunt, M. (2006). *Terapia vocală și de comunicare pentru clientul transgen/trans: un ghid clinic cuprinzător*. San Diego, CA: Plural Pub.

Academia Americană a Medicilor de Familie. (2005). Definiția medicinei de familie. De pe <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>

Asociația Medicală Americană. (2008). Rezoluția 122 (A-08). De pe <http://www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/471/122.doc>

Asociația Americană de Psihiatrie. (2000). *Manual de diagnosticare și statistic al tulburărilor mintale DSM-IV-TR* (ed. a IV-a, rev. Text). Washington, DC: Autor.

Asociația Americană de Vorbire, Limbaj și Auz. (2011). Domeniul de practică. De pe www.asha.org

Anton, B. S. (2009). *Lucrările Asociației Psihologice Americane pentru anul legislativ 2008: Proces-verbal al ședinței anuale a consiliului de reprezentanți, 22-24 februarie 2008, Washington, DC și 13 și 17 august 2008, Boston, MA și proces verbal al Ședințele consiliului de administrație din februarie, iunie, august și decembrie 2008*. *Psiholog American*, 64, 372-453. doi: 10.1037 / a0015932

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A. și Gooren, L. J. G. (2011). Un studiu de urmărire pe termen lung al mortalității la transsexualii care primesc tratament cu hormoni sexuali încrucișați. *Jurnalul European de Endocrinologie*, 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). Asocierea dintre sindromul ovarului polichistic și transsexualitatea de la femeie la bărbat. *Reproducerea Umană*, 22 (4), 1011-1016. doi: 10.1093 / humrep / del474

Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J. și Bezemer, P. D. (1993). Prevalența transsexualității în Olanda. *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. și Jacobs, H. S. (1993). Ovariele polichistice sunt o constatare frecventă la transsexualii de la femei la bărbați netratate. *Endocrinologie clinică*, 38 (3), 325-329. doi: 10.1111 / j.1365-2265.1993.tb01013.x

Basson, R. (2001). Către un tratament hormonal optim al tulburării de identitate de gen de la bărbat la femeie. *Jurnalul de Medicină Sexuală și Reproductivă*, 1 (1), 45-51.

- Basson, R. și Prior, J. C. (1998). Terapia hormonală a disforiei de gen: transsexualul bărbat-femeie. În D. Denny (Ed.), *Conceptele actuale în identitatea transgender* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *Fenomenul transsexual*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Liminitatea de gen polineziană prin timp și spațiu. În G. Herdt (Ed.), *Al treilea sex, al treilea gen: Dincolo de dimorfismul sexual în cultură și istorie* (pp. 285-328). New York, NY: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). De la construcție la context: genul prin ochii transgenderului. *Raportul Siecus*, 28 (1), 3-7.
- Bockting, W. O. (2008). Psihoterapia și experiența din viața reală: de la dihotomia de gen la diversitatea de gen. *Sexologii*, 17 (4), 211-224. doi: 10.1016 / j. sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O. și Coleman, E. (2007). Etapele de dezvoltare ale procesului de coming out transgen: către o identitate integrată. În R. Ettner, S. Monstrey și A. Eyler (Eds.), *Principiile medicinei și chirurgiei transgen* (pp. 185-208). New York, NY: Haworth Press.
- Bockting, W. O. și Goldberg, J. M. (2006). Liniile directe pentru îngrijirea transgen [Număr special]. *Jurnalul Internațional al Transgenderismului*, 9 (3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G. și Goldberg, J. M. (2006). Consilierea și îngrijirea sănătății mintale pentru adulții transgen și cei dragi. *Jurnalul Internațional al Transgenderismului*, 9 (3/4), 35-82. doi: 10.1300 / J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). În căutarea Evei (pp. 189–192). New York, NY: Bergin și Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcendența și transgeneritate: transsexualii bărbați-femei, dihotomie și diversitate. În G. Herdt (Ed.), *Al treilea sex, al treilea gen: Dincolo de dimorfismul sexual în cultură și istorie* (pp. 447-486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Haiduc de gen: la bărbați, femei și la noi*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G. și Wille, R. (1997). O rată mai mare de tulburări hiperandrogenice la transsexualii de la femeie la bărbat. *Psihoneuroendocrinologie*, 22 (5), 361-380. doi: 10.1016 / S0306-4530 (97) 00033-4
- Brill, S. A. și Pepper, R. (2008). *Copilul transgen: un manual pentru familii și profesioniști*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recomandări revizuite la secțiunea standardele de îngrijire a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen privind îngrijirea medicală pentru persoanele încarcerate cu tulburare de identitate de gen. *Jurnalul Internațional al Transgenderismului*, 11 (2), 133-139. doi: 10.1080 / 15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastrarea și autopenectomia ca autotratament chirurgical la persoanele încarcerate cu tulburare de identitate de gen. *Jurnalul Internațional al*

Transgenderismului, 12 (1), 31-39. doi: 10.1080 / 15532731003688970

Bullough, V. L. și Bullough, B. (1993). *Îmbrăcarea încrucișată, sex și gen*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Centrul de sănătate comunitară Callen Lorde. (2000). *Protocoale ale programului de sănătate transgen*. De pe http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Centrul de sănătate comunitară Callen Lorde. (2011). *Protocoale ale programului de sănătate transgen*. De pe http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf

Asociația canadiană a patologilor și audiologilor vorbirii-limbajului. (n.d.). *Programul de certificare clinică CASLPA*. De pe <http://www.caslpa.ca/>

Carew, L., Dacakis, G. și Oates, J. (2007). Eficacitatea terapiei prin rezonanță orală asupra percepției feminității vocii la transsexualii de la bărbat la femeie. *Journal of Voice*, 21 (5), 591-603. doi: 10.1016 / j.jvoice. 2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosticul hipogonadismului: evaluări clinice și teste de laborator. *Recenzii în Urologie*, 6 (Supliment 6), S3–8.

Cattrall, F. R. și Healy, D. L. (2004). Riscuri metabolice, cardiovasculare și neoplazice pe termen lung cu sindromul ovarului polichistic. *Cele Mai Bune Practici și Obstetrică Clinică și Ginecologie de Cercetare*, 18 (5), 803–812. doi: 10.1016 / j.bpobgyn.2004.05.005

Centrul de excelență pentru sănătatea transgen, UCSF. (2011). *Protocol de îngrijire primară pentru îngrijirea sănătății transgen*. De pe <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>

Chiñas, B. (1995). *Atitudinile lui Isthmus Zapotec față de sex și anomalii de gen*. În S. O. Murray (Ed.), *Homosexualități masculine latino-americane* (pp. 293-302). Albuquerque: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K. și Marx, R. (1999). Prevenirea HIV și nevoile serviciilor de sănătate ale comunității transgen din San Francisco. *Jurnalul Internațional al Transgenderismului*, 3 (1), 2-17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Tulburare de identitate de gen în DSM? *Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților*, 40 (4), 391-391. doi: 10.1097 / 00004583-200104000-00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Schimbarea de gen la 46, persoane XY cu deficit de 5 α -reductază-2 și deficit de 17 β -hidroxisteroid dehidrogenază-3. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 34 (4), 399–410. doi: 10.1007 / s10508-005-4339-4

Cohen-Kettenis, P.T. (2006). *Tulburări de identitate de gen*. În C. Gillberg, R. Harrington și H. C. Steinhausen (Eds.), *Un manual al clinicianului de psihiatrie a copiilor și adolescenților* (pp. 695-725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Aspecte psihosociale și psihosexuale ale tulburărilor de dezvoltare sexuală. *Cele Mai Bune Practici și Endocrinologie Clinică și Metabolism de Cercetare*, 24 (2), 325–334. doi: 10.1016 / j. beem.2009.11.005

Cohen-Kettenis, P. T. și Kuiper, A. J. (1984). Transsexualitatea și psihoterapia. *Revista pentru Psihoterapie*, 10, 153–166.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J. și Zucker, K. J. (2003). Caracteristicile demografice, competența socială și problemele de comportament la copiii cu tulburare de identitate de gen: o analiză comparativă transnațională, trans-clinică. *Jurnalul de Psihologie Anormală a Copiilor*, 31 (1), 41-53. doi: 10.1023 / A: 1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T. și Pfäfflin, F. (2003). Transgenderism și intersexualitate în copilărie și adolescență: facerea alegerilor. Thousand Oaks, CA: Înțelept.

Cohen-Kettenis, P. T. și Pfäfflin, F. (2010). Criteriile de diagnostic DSM pentru tulburarea de identitate de gen la adolescenți și adulți. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 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. și Delemarrevan de Waal, H.A. (2011). Suprimarea pubertății la un adolescent disforic de gen: o urmărire de 22 de ani. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 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. și Zucker, K. J. (2006). Un chestionar privind identitatea de gen pentru copii al părinților: o analiză comparativă transnațională, trans-clinică. *Psihologie clinică și psihiatrie a copiilor*, 11 (3), 397-405. doi: 10.1177 / 1359104506059135

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E. și Meyer, W.J., III. (1997). Comorbiditatea disforiei de gen și a altor diagnostice psihiatrice majore. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 26 (1), 13-26.

Coleman, E. (2009a). Spre versiunea 7 a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (1), 1-7. doi: 10.1080 / 15532730902799912

Coleman, E. (2009b). Spre versiunea 7 a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen: Abordări hormonale și chirurgicale ale tratamentului. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (3), 141-145. doi: 10.1080 / 15532730903383740

Coleman, E. (2009c). Spre versiunea 7 a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen: abordări medicale și terapeutice ale tratamentului. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (4), 215–219. doi: 10.1080 / 15532730903439450

Coleman, E. (2009d). Spre versiunea 7 a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen: Evaluare psihologică și abordări ale tratamentului. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (2), 69–73. doi: 10.1080 /

15532730903008008

Coleman, E., Colgan, P. și Gooren, L. (1992). Comportamentul transgen al bărbaților în Myanmar (Birmania): o descriere a asaltului. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 21 (3), 313-321.

Costa, L. M. și Matzner, A. (2007). *Trupuri masculine, suflete ale femeilor: narațiuni personale ale tinerilor transgen din Thailanda*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Currah, P., Juang, R. M. și Minter, S. (2006). *Drepturile transgen*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Currah, P. și Minter, S. (2000). Excluderi fără principii: lupta pentru realizarea egalității judiciare și legislative a persoanelor transgen. *Jurnalul femeilor și dreptului William și Mary*, 7, 37-60.

Dacakis, G. (2000). Menținerea pe termen lung a frecvenței fundamentale crește la transsexualii de la bărbat la femeie. *Jurnalul Vocii*, 14 (4), 549-555. doi: 10.1016 / S0892-1997 (00) 80010-7

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M. și Jaber, A. (2006). Aspecte fizice ale terapiei endocrine transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 9 (3), 111-134. doi: 10.1300 / J485v09n03_06

Darney, P. D. (2008). Contracepție hormonală. În H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky și P. R. Larsen (Eds.), *Manual de endocrinologie Williams* (ed. a XI-a, pp. 615-644). Philadelphia, PA: Saunders.

Davies, S. și Goldberg, J. M. (2006). Aspecte clinice ale feminizării și masculinizării transgen ale vorbirii. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 9 (3-4), 167-196. doi: 10.1300 / J485v09n03_08

de Bruin, M. D., Coerts, M. J. și Greven, A. J. (2000). Logopedie în managementul transsexualilor de la bărbați la femei. *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). Sănătatea sexuală și fizică după operația de realocare a sexului. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 34 (6), 679-690. doi: 10.1007 / s10508-005-7926-5

De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Caraël, B., Heylens, G., Rubens, R.,

... Monstrey, S. (2007). Prevalența și demografia transsexualității în Belgia. *European Psychiatry*, 22 (3), 137-141. doi: 10.1016 / j.eurpsy.2006.10.002

De Cuypere, G. și Vercruyse, H. (2009). Criterii de eligibilitate și disponibilitate pentru operația de realocare a sexului: Recomandări pentru revizuirea standardelor de îngrijire WPATH. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (3), 194-205. doi: 10.1080 / 15532730903383781

Delemarre-van de Waal, H. A. și Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Managementul clinic al tulburării de identitate de gen la adolescenți: un protocol privind aspectele psihologice și endocrinologice pediatrice. *Jurnalul European de Endocrinologie*, 155 (Suppl 1), S131-S137. doi: 10.1530 / eje.1.02231

Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M. și Cohen Kettenis, P. T. (2004). Managementul pubertății la băieții și fetele transsexuale. *Cercetare hormonală în pediatrie*, 62 (Suppl 2), 75-75. doi: 10.1159 / 000081145

de Lignières, B. (1999). Progesteron micronizat oral. *Terapie clinică*, 21 (1), 41-60. doi: 10.1016 / S0149-2918 (00) 88267-3

Derrig-Palumbo, K. și Zeine, F. (2005). *Terapie online: un ghid al terapeutului pentru extinderea practicii*. NewYork, NY: W.W. Norton.

Dessens, A. B., Slijper, F. M. E. și Drop, S. L. S. (2005). Disforie de gen și schimbare de gen la femeile cromozomiale cu hiperplazie suprarenală congenitală. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 34 (4), 389-397. doi: 10.1007 / s10508-005-4338-5

De Sutter, P. (2009). Opțiuni de reproducere pentru persoane: Recomandări pentru revizuirea standardelor de îngrijire ale WPATH. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (3), 183-185. doi: 10.1080 / 15532730903383765

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A. și Hotimsky, A. (2002). Dorința de a avea copii și păstrarea fertilității la femeile transsexuale: un sondaj. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 6 (3). De pe http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no03_02.htm

Devor, A. H. (2004). Martor și oglindire: un model de paisprezece etape. *Jurnal de psihoterapie homosexuală și lesbiană*, 8 (1/2), 41-67.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T. și Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Managementul clinic al disforiei de gen la adolescenți. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 9 (3-4), 83-94. doi: 10.1300 / J485v09n03_04

de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D. și Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Comorbiditatea psihiatrică la adolescenții disforici de gen. *Jurnal de psihologie și psihiatrie a copilului*. Publicare online anticipată. 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. și Doreleijers, T. A. (2010). Tulburări ale spectrului autist la copii și adolescenți cu disforie de gen. *Jurnalul autismului și tulburărilor de dezvoltare*, 40 (8), 930-936. doi: 10.1007 / s10803-010-0935-9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H. și Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Suprimarea pubertății la adolescenții cu tulburare de identitate de gen: un studiu prospectiv de urmărire. *Jurnalul de Medicină Sexuală*. Publicare online anticipată. doi: 10.1111 / j.1743-6109.2010.01943.x

- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N. și Landen, M. (2011). Urmărirea pe termen lung a persoanelor transsexuale supuse unei operații de realocare a sexului: studiu de cohortă în Suedia. *PLoS ONE*, 6 (2), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Intersexualitatea umană: Diferență sau tulburare? *Arhivele Comportamentului Sexual*, 38 (2), 172–172. doi: 10.1007/s10508-008-9438-6
- Di Ceglie, D. și Thümmel, E. C. (2006). O experiență de lucru în grup cu părinții copiilor și adolescenților cu tulburare de identitate de gen. *Psihologie și psihiatrie clinică a copiilor*, 11 (3), 387-396. doi: 10.1177/1359104506064983
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E. și Mazer, N. A. (1999). Farmacocinetica, eficacitatea și siguranța unui sistem transdermic de testosteron îmbunătățit prin permeație în comparație cu injecțiile bi-săptămânale de testosteron enantat pentru tratamentul bărbaților hipogonadici. *Jurnalul de endocrinologie clinică și metabolizare*, 84 (10), 3469–3478. doi: 10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Travesti și transsexuali: către o teorie a comportamentului între sexe*. New York, NY: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M. și Zucker, K. J. (2008). Un studiu de urmărire a fetelor cu tulburare de identitate de gen. *Psihologia dezvoltării*, 44 (1), 34-45. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrar, R. D. și Gorton, R. N. (2010). Explorarea modelelor de tratament ale furnizorului în interpretarea standardelor de îngrijire. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 12 (4), 198–210. doi: 10.1080/15532739.2010.544235
- Ekin, R. și King, D. (2006). *Fenomenul transgen*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J. și Bezemer, P. D. (1988). Prevalența transsexualității în Olanda. *Jurnalul britanic de psihiatrie*, 152 (5), 638-640.
- Eldh, J., Berg, A. și Gustafsson, M. (1997). Urmărire pe termen lung după o intervenție chirurgicală de realocare a sexului. *Jurnalul scandinav de chirurgie plastică și reconstructivă și chirurgia mâinilor*, 31 (1), 39-45.
- Emerson, S. și Rosenfeld, C. (1996). Etapele adaptării la membrii familiei persoanelor transgen. *Jurnalul de psihoterapie familială*, 7 (3), 1-12. doi: 10.1300/J085V07N0301
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O. și Meyer I, W. J. (2003, septembrie). Viziunea clientului asupra identității de gen: viața, starea tratamentului și rezultatul. Lucrare prezentată la al 18-lea simpozion bienal Harry Benjamin, Gent, Belgia.
- Ettner, R., Monstrey, S. și Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principiile medicinei și chirurgiei transgen*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Îngrijirea medicală primară a pacientului cu variantă de gen. În R. Ettner, S. Monstrey și E. Eyler (Eds.), *Principiile medicinei și chirurgiei transgen* (pp. 15-32). Binghamton, NY: Haworth Press.

Factor, R. J. și Rothblum, E. (2008). Explorarea identității de gen și a comunității între trei grupuri de persoane transgen din Statele Unite: MTF, FTM și genderqueer. *Health Sociology Review*, 17 (3), 235-253.

Feinberg, L. (1996). *Luptători transgen: crearea istoriei de la Ioana de Arc la Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.

Feldman, J. (2005, aprilie). Terapie hormonală masculinizantă cu testosteron 1% gel topic. Lucrare prezentată la cel de-al 19-lea Simpozion Bienal al Asociației Internaționale Harry Benjamin Disforia de Gen, Bologna, Italia.

Feldman, J. (2007). Îngrijirea preventivă a pacientului transgen. În R. Ettner, S. Monstrey și E. Eyler (Eds.), *Principiile chirurgiei și medicinei transgen* (pp. 33-72). Binghamton, NY: Haworth Press.

Feldman, J. și Goldberg, J. (2006). Asistență medicală primară transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 9 (3), 3-34. doi: 10.1300 / J485v09n03_02

Feldman, J. și Safer, J. (2009). Terapie hormonală la adulți: revizuire sugerate la a șasea versiune a standardelor de îngrijire. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (3), 146-182. doi: 10.1080 / 15532730903383757

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K.,... Walker-Schmucker, W. (2004). Mituri și realități ale activității clinice online, observații asupra fenomenelor de comportament online, experiență și relații terapeutice. Un raport al

treilea an din grupul de studii clinice de caz ISMHO. De pe https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp

Programul de sănătate comunitară Fenway pentru sănătate transgen. (2007). Protocol pentru terapie hormonală. De pe http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?DocID=2181

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Sindromul disforiei de gen - conceptualizarea care liberalizează indicațiile pentru reorientarea totală a genului și implică un regim de reabilitare multidimensional pe bază largă. *Revista de Medicină din Vest*, 120 (5), 386-391.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C. și Wiita, B. (2000). Comparația regimurilor care conțin progesteron micronizat oral sau acetat de medroxiprogesteronă asupra calității vieții la femeile aflate în postmenopauză: un studiu transversal. *Jurnalul sănătății femeilor și medicină bazată pe gen*, 9 (4), 381-387.

Frank, J. D. și Frank, J. B. (1993). *Convingerea și vindecarea: un studiu comparativ al psihoterapiei* (ed. A 3-a). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Psihoterapie în profunzime cu persoane transgen. *Terapie sexuală și de relații*, 24 (2), 126-142. doi: 10.1080 / 14681990903003878

Fraser, L. (2009b). Etherapy: Considerații etice și clinice pentru versiunea 7 a Standardelor de îngrijire a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (4), 247-263.

doi: 10.1080 / 15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psihoterapia în Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen: Context și recomandări. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (2), 110-126. doi: 10.1080 / 15532730903008057

Garaffa, G., Christopher, N. A. și Ralph, D. J. (2010). Reconstrucție falică totală la transsexualii de la femeie la bărbat. *Urologie europeană*, 57 (4), 715-722. doi: 10.1016 / j.eururo.2009.05.018

Gelder, M. G. și Marks, I. M. (1969). Tratatamentul de aversiune în transvestism și transsexualism. În R. Green și J. Money (Eds.), *Transsexualism și reassignarea sexului* (pp. 383-413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gelfer, M. P. (1999). Tratatamentul vocii pentru clientul transgen de la bărbat la femeie. *Jurnalul American de Vorbire și Patologie a Limbajului*, 8 (3), 201-208.

Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J. și Solomon, C. (2005). *Menopauza: un ghid pentru management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.

Gijs, L. și Brewaeys, A. (2007). Tratatamentul chirurgical al disforiei de gen la adulți și adolescenți: evoluții recente, eficacitate și provocări. *Revizuirea anuală a cercetării sexuale*, 18, 178-224.

Gold, M. și MacNish, M. (2011). Ajustare și reziliență după dezvoltarea identității transgen în familiile adolescenților și adulților tineri: Teme și implicații clinice. Washington, DC: Academia Americană de Terapie Familială.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T. și Valdes, M. (2009). Caracteristicile sociodemografice, clinice și psihiatrice ale transsexualilor din Spania. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 38 (3), 378-392. doi: 10.1007 / s10508-007-9307-8

Gooren, L. (2005). Tratatamentul hormonal al pacientului transsexual adult. *Cercetare hormonală în pediatrie*, 64 (Suppl 2), 31-36. doi: 10.1159 / 000087751

Gorton, R. N., Buth, J. și Spade, D. (2005). Terapie medicală și întreținere a sănătății pentru bărbații transgen: Un ghid pentru furnizorii de servicii medicale. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.

Green, R. (1987). „Sindromul băiatului sissy” și dezvoltarea homosexualității. New Haven, CT: Yale University Press.

Green, R. și Fleming, D. (1990). Urmărirea intervenției chirurgicale transsexuale: status în anii 1990. *Revizuirea anuală a cercetării sexuale*, 1 (1), 163-174.

Greenson, R. R. (1964). Despre homosexualitate și identitate de gen. *Jurnalul internațional de psiho-analiză*, 45, 217-219.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J. și Hubbard, S. (2006). Reacțiile părinților la expresia și identitatea neconformă a tinerilor transgen. *Jurnalul serviciilor sociale gay și lesbiene*, 18 (1), 3-16. doi: 10.1300 / J041v18n01 02

- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. și Salter, N. P. (2006). Tineri transgen bărbat-femeie: jaloane de exprimare a genului, atipicitate de gen, victimizare și răspunsurile părinților. *Jurnalul Studiilor de Familie GLBT*, 2 (1), 71-92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A. și Conte, F. A. (2003). Tulburări de diferențiere a sexului. În P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed și K. S. Polonsky (Eds.), *Manualul Williams de endocrinologie* (ed. A X-a, pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J. și De Graaf, F. H. (1993). Abordarea cerințelor ideale prin faloplastie cu lambou liber: Câteva reflecții asupra rafinamentelor tehnicii. *Microchirurgie*, 14 (9), 592-598. doi: 10.1002 / micr.1920140910
- Hage, J. J. și Karim, R. B. (2000). Ar trebui GIDNOS să fie nimic? Opțiuni de tratament pentru disforia de gen non-transsexuală. *Chirurgie plastică și reconstructivă*, 105 (3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissing, J. și Owen, K. (2010). Percepții vocale și calitatea vieții persoanelor transgen. *Jurnalul Vocii*. Publicație online avansată doi: 10.1016 / j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Ajustarea postchirurgicală a pacienților transsexuali de sex masculin. *Clinici de chirurgie plastică*, 1 (2), 335-344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Tratatamentul endocrin al persoanelor transsexuale: Ghid de practică clinică a societății endocrine. *Jurnalul de endocrinologie clinică și metabolizare*, 94 (9), 3132-3154. doi: 10.1210 / jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M. și Johnson, A. (2010). O intervenție afirmativă pentru familiile cu copii cu variante de gen: evaluările părinților privind sănătatea mintală a copilului și genul. *Jurnalul de terapie sexuală și conjugală*, 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). Impactul operației de realocare a sexului asupra funcției tractului urinar inferior. *Urologie europeană*, 47 (3), 398-402. doi: 10.1016 / j.eururo.2004.10.008
- Hoening, J. și Kenna, J. C. (1974). Prevalența transsexualității în Anglia și Țara Galilor. *Jurnalul britanic de psihiatrie*, 124 (579), 181-190. doi: 10.1192 / bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A. și LWPE / ESPE Consensus Group. (2006). Declarație de consens privind gestionarea tulburărilor intersexuale. *Arhivele bolilor din copilărie*, 91 (7), 554–563. Doi: 10.1136 / adc.2006.098319
- Hunter, M. H. și Sterrett, J. J. (2000). Sindromul ovarului polichistic: nu este doar infertilitate. *Medic de familie american*, 62 (5), 1079–1095.
- Institutul de Medicină. (2011). Sănătatea persoanelor lesbiene, gay, bisexuale și transgen: Construirea unei baze pentru o mai bună înțelegere. Washington, DC: National Academies Press.
- Jackson, P. A. și Sullivan, G. (Eds.). (1999). Băieți-fete, fete-băieți, băieți chiriași:

homosexualități masculine și feminine în Thailanda contemporană. Binghamton, NY: Haworth Press.

Jockenhövel, F. (2004). Terapia cu testosteron - ce, când și cui? Bărbatul îmbătrânit, 7 (4), 319-324. doi: 10.1080 / 13685530400016557

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T. și Bodlund, O. (2010). Un studiu de urmărire de cinci ani al adulților suedezi cu tulburare de identitate de gen. Arhivele Comportamentului Sexual, 39 (6), 1429–1437. doi: 10.1007 / s10508-009-9551-1

Grupul de lucru mixt LWPE/ESPE CAH, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G. și Speiser, P. W. (2002). Declarație de consens privind deficiența de 21-hidroxilază din Lawson

Societatea endocrină pediatrică Wilkins și Societatea Europeană pentru Endocrinologie Pediatrică. Jurnalul de endocrinologie clinică și metabolizare, 87 (9), 4048–4053. doi: 10.1210 / jc.2002-020611

Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M. și Thyen, U. (2007). Comportamentul rolului de gen la copiii cu cariotip XY și tulburări ale dezvoltării sexuale. Hormoni și comportament, 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). Aproximarea și sublupația cricotiroidiană la 21 de transsexuali bărbăți-femei. Laringoscopul, 115 (4), 611–618. doi: 10.1097 / 01. mlg.0000161357.12826.33

Kanhi, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B. și Mulder, J. W. (1999). Condiții excepționale de prezentare și rezultatul mamoplastiei de augmentare la transsexualii de la bărbat la femeie. Analele chirurgiei plastice, 43 (5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). Sunt transsexual - auzi-mă răcînd. Dreptul și politica din Minnesota, 21-49 iunie.

Klein, C. și Gorzalka, B. B. (2009). Funcționarea sexuală la transsexuali după terapia hormonală și chirurgia genitală: O revizuire (CME). Jurnalul de medicină sexuală, 6 (11), 2922–2939. doi: 10.1111 / j.1743- 6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuypere, G. și Bockting, W. (2010a). Procesul spre consens asupra recomandărilor pentru revizuirea diagnosticelor DSM ale tulburărilor de identitate de gen de către Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. Jurnalul internațional al transgenderismului, 12 (2), 54-59. doi: 10.1080 / 15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuypere, G. și Bockting, W. (2010b). Recomandări pentru revizuirea diagnosticelor DSM ale tulburărilor de identitate de gen: Declarație de consens a Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. Jurnalul internațional al transgenderismului, 12 (2), 115-118. doi: 10.1080 / 15532739.2010.509215

Kosilek împotriva Departamentului de corecții din Massachusetts / Maloney, C.A. 92-12820-MLW (Judecătoria federală SUA, Boston, MA, 2002).

- Krege, S., Bex, A., Lummen, G. și Rubben, H. (2001). Transsexualism bărbat-femeie: o tehnică, rezultate și urmărire pe termen lung la 66 de pacienți. *Jurnalul britanic de urologie*, 88 (4), 396-402. doi: 10.1046 / j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D. și Birkhauser, M. (2009). Calitatea vieții la 15 ani după operația de realocare a sexului pentru transsexualism. *Fertilitatea și sterilitatea*, 92 (5), 1685–1689. doi: 10.1016 / j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R. și Birkhauser, M. (2007). Au transsexualii tulburări de micțiune? *Revista Europeană de Obstetrică și Ginecologie și Biologie a Reproducerii*, 131 (2), 226-230. doi: 10.1016 / j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wälinder, J. și Lundström, B. (1998). Caracteristicile clinice ale unei cohorte totale de solicitanți de sex feminin și bărbați pentru realocarea sexului: un studiu descriptiv. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97 (3), 189–194. doi: 10.1111 / j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factori asociați cu satisfacția sau regretul după o intervenție chirurgicală de realocare a sexului de la bărbat la femeie. *Arhivele comportamentului sexual*, 32 (4), 299–315. doi: 10.1023 / A: 1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Complicațiile raportate de pacient și rezultatele funcționale ale intervenției chirurgicale de realocare a sexului la bărbați-femei. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 35 (6), 717-727. Doi: 10.1007 / s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Apariția transgenerității: îndrumări terapeutice pentru lucrul cu persoanele cu variante gender și familiile acestora*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). Cele zece sarcini ale furnizorului de sănătate mintală: Recomandări pentru revizuirea Standardelor de îngrijire ale Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (2), 74-99. doi: 10.1080 / 15532730903008032
- Levy, A., Crown, A. și Reid, R. (2003). Intervenție endocrină pentru transsexuali. *Endocrinologie clinică*, 59 (4), 409–418. doi: 10.1046 / j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T. și Donahoe, P. K. (2004). Determinarea și diferențierea sexului. *Revista de medicină din New England*, 350 (4), 367-378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P. și Brown-Connolly, N. E. (2005). *Profesionistul în sănătate mintală și noile tehnologii: un manual pentru practica de azi*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Între roz și albastru: o abordare familială multidimensională a copiilor neconformi de gen și a familiilor acestora. *Family Process*, 50 (4), 453-470. doi: 10.1111 / j.1545- 5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Disforie de gen și schimbare de gen în insensibilitatea androgenă sau micropenă. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 34 (4), 411-421. doi: 10.1007 / s10508-005-4341-x

- McNeill, E. J. M. (2006). Gestionarea vocii transgen. *Jurnalul de laringologie și otologie*, 120 (07), 521-523. doi: 10.1017 / S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S. și Deakin, J. (2008). Percepția vocii în clientul transgen. *Jurnalul Vocii*, 22 (6), 727-733. doi: 10.1016 / j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J. și Tuerk, C. (2002). Un grup de sprijin pentru părinții băieților care nu se conformează genului. *Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților*, 41 (8), 1010-1013. doi: 10.1097 / 00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudecata ca stres: Probleme conceptuale și de măsurare. *Jurnalul american de sănătate publică*, 93 (2), 262-265. Meyer, J. K. și Reter, D. J. (1979). Redistribuirea sexului: urmărire. *Arhivele psihiatriei generale*, 36 (9), 1010-1015.
- Meyer, W. J., III. (2009). Standardele Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen privind cerințele de îngrijire a terapiei hormonale pentru adulții cu tulburare de identitate de gen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (2), 127-132. Doi: 10.1007 / 15532730903008065
- Meyer, W. J., III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B. și Walker, P. A. (1986). Evaluarea fizică și hormonală a pacienților transsexuali: un studiu longitudinal. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 15 (2), 121-138. doi: 10.1007 / BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Atribuirea și reatribuirea de gen în intersexualitate: controverse, date și linii directe pentru cercetare. *Progrese în Medicină Experimentală și Biologie*, 511, 199-223. doi: 10.1007 / 978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Rezultatul identității de gen la persoanele în vârstă de 46 de ani, XY cu agenezie peniană, exstrofie cloacală a vezicii urinare sau ablație peniană. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 34 (4), 423-438. doi: 10.1007 / s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Ghiduri de tratament pentru copiii cu tulburări de dezvoltare sexuală. *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). Variante de diferențiere a genului în tulburările somatice ale dezvoltării sexului. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (4), 226-237. Doi: 10.1080 / 15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). De la tulburarea mintală la hipogonadismul iatrogen: dileme în conceptualizarea variantelor de identitate de gen ca condiții psihiatrice. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 39 (2), 461-476. doi: 10.1007 / s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Monitorizarea genului și realocarea genului copiilor și adolescenților cu o tulburare somatică a dezvoltării sexuale. *Clinici de psihiatrie pentru copii și adolescenți din America de Nord*, 20 (4), 639-649. doi: 10.1016 / j.cap.2011.07.002.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. și Blizzard, R. M. (2004). Lucrările conferinței: Cercetări privind intersexul – Rezumatul unui atelier de planificare. *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. și New, M. I. (2004). Androgenizarea prenatală afectează comportamentul legat de gen, dar nu identitatea de gen la fetele de 5-12 ani cu hiperplazie suprarenală congenitală. *Arhivele comportamentului sexual*, 33 (2), 97-104. doi: 10.1023 / B: ASEB.0000014324.25718.51

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A. și New, M. I. (2006). Dezvoltarea genului la femeile cu hiperplazie suprarenală congenitală în funcție de severitatea tulburării. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 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., și Wisniewski, A. B. (2004). Atitudinile persoanelor adulți intersex 46,XY față de politicile de management clinic. *Jurnalul de urologie*, 171 (4), 1615-1619. doi: 10.1097 / 01.ju.0000117761.94734.b7

Money, J. și Ehrhardt, A. A. (1972). *Bărbat și femeie, băiat și fată*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Money, J. și Russo, A. J. (1979). Rezultatul homosexual al identității/rolului de gen discordant în copilărie: urmărire longitudinală. *Jurnalul de psihologie pediatrică*, 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). Reconstrucția penisului: Este clapeta radială a antebrațului cu adevărat tehnica standard? *Chirurgie plastică și reconstructivă*, 124 (2), 510-518.

Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chirurgie de conturare a peretelui toracic la transsexualii de la femei la bărbați: un nou algoritm. *Chirurgie plastică și reconstructivă*, 121 (3), 849-859. doi: 10.1097 / 01.prs.0000299921.15447.b2

Moore, E., Wisniewski, A. și Dobs, A. (2003). Tratamentul endocrin al persoanelor transsexuale: o revizuire a regimurilor de tratament, a rezultatelor și a efectelor adverse. *Jurnalul de endocrinologie clinică și metabolizare*, 88 (8), 3467-373. doi: 10.1210 / jc.2002-021967

Mai mult, S. D. (1998). Bărbatul însărcinat - un oximoron? *Jurnalul de studii de gen*, 7 (3), 319-328. doi: 10.1080 / 09589236.1998.9960725

Mount, K. H. și Salmon, S. J. (1988). Schimbarea caracteristicilor vocale ale unui pacient transsexual postoperator: Un studiu longitudinal. *Jurnalul tulburărilor de comunicare*, 21 (3), 229-238. doi: 10.1016 / 0021-9924 (88) 90031-7

Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W. și Dittrich, R. (2007). Administrarea pe termen lung de undecanoat de testosteron la fiecare 3 luni pentru suplimentarea testosteronului la transsexualii de la femei la bărbați. *Jurnalul de*

endocrinologie clinică și metabolizare, 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. și Montori, V. M. (2010). Terapie hormonală și reatribuire sexuală: o revizuire sistematică și meta-analiză a calității vieții și a rezultatelor psihosociale. *Endocrinologie clinică*, 72 (2), 214–231. doi: 10.1111 / j.1365-2265.2009.03625.x Nanda, S. (1998). *Nici bărbat, nici femeie: hijra din India*. Belmont, CA: Wadsworth.

Nestle, J., Wilchins, R. A. și Howell, C. (2002). *Genderqueer: voci de dincolo de binarului sexual*. Los Angeles, CA: Alyson.

Neumann, K. și Welzel, C. (2004). Importanța vocii în transexualismul bărbat-femeie. *Jurnalul Vocii*, 18 (1), 153–167.

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S. și Kohler, L. (2006). Calitatea vieții transgen de la bărbat la bărbat. *Cercetarea calității vieții*, 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). Terapie de substituție a testosteronului: tendințe actuale și direcții viitoare. *Actualizarea reproducerii umane*, 10 (5), 409–419. doi: 10.1093 / humupd / dmh035

Societatea de menopauză din America de Nord. (2010). Utilizarea estrogenului și a progestogenului la femeile aflate în postmenopauză: declarație de poziție 2010. *Menopauza*, 17 (2), 242-255. doi: 10.1097 / gme.0b013e3181d0f6b9

Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. și Becker, J. (2010). Impactul psihiatric al abuzului legat de gen pe parcursul vieții persoanelor transgen de la bărbat la femeie. *Jurnalul de Cercetări Sexuale*, 47 (1), 12-23. doi: 10.1080 / 00224490903062258

Oates, J. M. și Dacakis, G. (1983). Considerații privind patologia vorbirii în gestionarea transexualismului - o recenzie. *Jurnalul internațional al tulburărilor de limbă și comunicare*, 18 (3), 139–151. doi: 10.3109/13682828309012237

Olyslager, F. și Conway, L. (2007, septembrie). Cu privire la calculul prevalenței transexualismului. *Lucrare prezentată la Al 20-lea Simpozion Internațional al Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen, Chicago, IL*. De pe [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalența transexualismului. pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalența%20transsexualismului.pdf)

Oriel, K. A. (2000). Actualizare clinică: îngrijirea medicală a pacienților transsexuali. *Jurnalul Asociației Medicale Gay și Lesbieni*, 4 (4), 185–194. doi: 1090-7173 / 00 / 1200-0185 18,00 \$ / 1

Pauly, I. B. (1965). Inversia psihosexuală masculină: transexualismul: o revizuire a 100 de cazuri. *Arhivele psihiatriei generale*, 13 (2), 172–181.

Pauly, I. B. (1981). Rezultatul operației de realocare a sexului pentru transsexuali. *Jurnalul de psihiatrie din Australia și Noua Zeelandă*, 15 (1), 45-51. doi: 10.3109 / 00048678109159409

Payer, A. F., Meyer, W. J., III și Walker, P. A. (1979). Răspunsul ultrastructural al celulelor leydig umane la estrogeni exogeni. *Andrologia*, 11 (6), 423-436. doi: 10.1111 / j.1439-0272.1979.tb02232.x

Peletz, M.G. (2006). Transgenderismul și pluralismul de gen în Asia de Sud-Est încă din timpurile moderne. *Anthropology Current*, 47 (2), 309-340. doi: 10.1086 / 498947

Pfäfflin, F. (1993). Regrete după operația de realocare a sexului. *Jurnal de psihologie și sexualitate umană*, 5 (4), 69-85.

Pfäfflin, F. și Junge, A. (1998). Realocarea sexului. Treizeci de ani de studii internaționale de urmărire după operația de realocare a sexului: o revizuire cuprinzătoare, 1961-1991. *Jurnalul Internațional de Transgenderism*. De pe <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>

Referința biroului medicilor curanți (ed. 61). (2007). Montvale, NJ: PDR.

Referința biroului medicilor curanți (ed. 65). (2010). Montvale, NJ: PDR.

Pleak, R. R. (1999). Probleme etice în diagnosticarea și tratarea copiilor și adolescenților cu disforia de gen. În M. Rottnek (Ed.), *Sissies și tomboys: neconformitate de gen și copil homosexual* (pp. 34-51). New York: New York University Press.

Pope, K. S. și Vasquez, M. J. (2011). *Etica în psihoterapie și consiliere: un ghid practic* (ed. a 4-a). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M. și Watson, D. (1989). Spironolactonă cu steroizi feminini fiziologici pentru terapia pre-chirurgicală a transsexualismului bărbat-femeie. *Arhivele comportamentului sexual*, 18 (1), 49-57. doi: 10.1007 / BF01579291

Anterior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P. și Robinow, O. (1986). Spironolactona în terapia pre-chirurgicală a transsexualilor de la bărbați la femei: filozofie și experiență din Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Jurnalul Consiliului de informații și educație sexuală din Canada*, 1, 1-7.

Rachlin, K. (1999). Factori care influențează deciziile individului atunci când se ia în considerare o intervenție chirurgicală reconstructivă genitală feminină-mască. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 3 (3). De pe <http://www.WPATH.org>

Rachlin, K. (2002). Experiențe de psihoterapie ale persoanelor transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 6 (1). De pe http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.

Rachlin, K., Green, J. și Lombardi, E. (2008). Utilizarea asistenței medicale în rândul persoanelor transgen feminin-mască din Statele Unite. *Jurnalul de homosexualitate*, 54 (3), 243-258. doi: 10.1080 / 00918360801982124

Rachlin, K., Hansbury, G. și Pardo, S. T. (2010). Experiențe de histerectomie și oforectomie ale persoanelor transgen feminin-masculin. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 12 (3), 155-166. doi: 10.1080 / 15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Variația de gen în Marea Britanie: Prevalență, incidență, creștere și distribuție geografică. De pe <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C. și Melman, A. (1999). Satisfacțiile raportate de sex și intervenție chirurgicală a 28 de pacienți transsexuali postoperatori masculin-feminin. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 28 (1), 71-89. doi: 10.1023 / A: 1018745706354

Robinow, O. (2009). Parafilia și transgenderismul: o legătură cu tulburarea lui Asperger? *Terapia sexuală și de relații*, 24 (2), 143-151. doi: 10.1080 / 14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Copiii cu probleme de identitate de gen și părinții lor în tratament individual și de grup. *Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie a Copilului și Adolescenței*, 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). Riscuri și beneficii ale estrogenului și progesteronului la femeile sănătoase aflate în postmenopauză: Principalele rezultate ale inițiativei de sănătate a femeilor din studiu controlat randomizat. *JAMA: Jurnalul Asociației Medicale Americane*, 288 (3), 321-333.

Colegiul Regal al Terapeuților în Vorbire și Limbaj, Regatul Unit. De pe <http://www.rcslt.org/>

Ruble, D. N., Martin, C. L. și Berenbaum, S. A. (2006). Dezvoltarea genului. În N. Eisenberg, W. Damon și R. M. Lerner (Eds.), *Manual de psihologie a copilului* (ediția a VI-a, pp. 858-932). Hoboken, NJ: John Wiley.

Sausa, L. A. (2005). Traducerea cercetării în practică: recomandări trans ale tinerilor pentru îmbunătățirea sistemelor școlare. *Jurnalul problemelor homosexuale și lesbiene în educație*, 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). Sindromul Klinefelter: extinderea fenotipului și identificarea noilor direcții de cercetare. *Genetica în medicină*, 5 (6), 460– 468. doi: 10.1097 / 01.GIM.0000095626.54201.D0

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J. și Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Realocarea sexului: Rezultate și predictorii ai tratamentului pentru adolescenți și transsexuali adulți. *Medicină psihologică*, 35 (1), 89-99. doi: 10.1017 / S0033291704002776

Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A. și Jatoi, A. (2011). Consilierea femeilor aflate în postmenopauză cu privire la hormonii bioidentici: zece puncte de discuții pentru medicii practicanți. *Jurnalul consiliului american de practică familială*, 24 (2), 202–210. doi: 10.3122 / jabfm.2011.02.100194

- Patologia vorbirii Australia. De pe <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). Hiperplazia suprarenală congenitală datorată deficitului de steroizi 21-hidroxilază: Ghid de practică clinică a societății endocrine. *Jurnalul de endocrinologie clinică și metabolizare*, 95 (9), 4133-4160. doi: 10.1210/jc.2009-2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. și Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Disforie de gen restrictivă și persistentă după copilărie: un studiu calitativ de urmărire. *Psihologie clinică și psihiatrie a copilului*. Publicare online anticipată. doi: 10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D. și Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Tranziția de gen înainte de pubertate? *Arhivele comportamentului sexual*, 40 (4), 649-650. doi: 10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., Otten, B. J. (2003). Rezultatul pe termen lung al chirurgiei genitale feminizante pentru hiperplazia suprarenală congenitală: rezultate anatomice, funcționale și cosmetice, dezvoltare psihosexuală și satisfacție la femeile adulte. *Jurnalul de ginecologie pediatrică și adolescentă*, 16 (5), 289-296. Doi: 10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). O contribuție la studiul identității de gen. *Jurnalul internațional de psihanaliză*, 45, 220-226.
- Stone, S. (1991). Imperiul dă înapoi: un manifest posttransexual. În J. Epstein și K. Straub (Eds.), *Paznicii corpului: politica culturală a ambiguității de gen* (pp. 280-304). Londra, Marea Britanie: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W. și Chipkin, S. R. (2003). Tratatamentul endocrinologic al tulburărilor de identitate de gen. *Practică endocrină*, 9 (1), 12-21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A. și Holick, M. (2001). Efectele terapiei cu testosteron asupra densității minerale osoase la pacientul cu FtM. *Revista Internațională a Transgenderismului*, 5 (4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E. și Dumronggittigule, P. (1997). Thailanda (Muang Thai). În R. Francoeur (Ed.), *Enciclopedia internațională a sexualității*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P. și Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicitatea indusă de antiandrogeni: o revizuire a literaturii. *Urologia Internationalis*, 73 (4), 289-295. doi: 10.1159/000081585
- Centrul de sănătate Tom Waddell. (2006). Protocoale pentru realocarea hormonală a genului. De pe <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). Prevalența transsexualității în 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. și Dhont, M. (2001). Pacientul transsexual de la femeie la bărbat: o sursă de țesut cortical ovarian uman pentru utilizare experimentală. *Reproducerea umană*, 16 (1), 145-147. doi: 10.1093 / humrep / 16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Îngrijire terapeutică adecvată pentru familiile cu copii transgen/preponderenți disonanți de gen. *Jurnalul de asistență socială pentru copii și adolescenți*, 26 (2), 135-154. doi: 10.1007 / s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J. și Gooren, L. J. G. (1997). Mortalitatea și morbiditatea la subiecții transsexuali tratați cu hormoni sexuali încrucișați. *Endocrinologie clinică*, 47 (3), 337-343. doi: 10.1046 / j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J. și Megens, J. A. (1996). Un studiu epidemiologic și demografic al transsexualilor din Olanda. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 25 (6), 589-600. doi: 10.1007 / BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Aspecte ginecologice ale asistenței medicale transgen. *Jurnalul internațional al transgenderismului*, 11 (4), 238-246. doi: 10.1080 / 15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetica dezvoltării sexuale. *Revizuirea anuală a cercetării sexuale*, 11, 1-25.
- Wälinder, J. (1968). Transsexualism: definiție, prevalență și distribuție a sexului. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43 (S203), 255-257.
- Wälinder, J. (1971). Incidența și raportul de sex al transsexualismului în Suedia. *Jurnalul britanic de psihiatrie*, 119 (549), 195-196.
- Wallien, M. S. C. și Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Rezultatul psihosexual al copiilor cu disforia de gen. *Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților*, 47 (12), 1413-1423. doi: 10.1097 / CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H. și Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Comorbiditatea psihiatrică în rândul copiilor cu tulburare de identitate de gen. *Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților*, 46 (10), 1307-1314. doi: 10.1097 / chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexualitate, identitate și împuternicire. O vedere din prima linie. *Raportul SIECUS*, februarie / martie, 14-16. Weitze, C. și Osburg, S. (1996). Transsexualismul în Germania: date empirice privind epidemiologia și aplicarea Legii transsexualilor germani în primii zece ani. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 25 (4), 409-425.
- Wilson, J. D. (1999). Rolul androgenilor în comportamentul de gen masculin. *Recenzii endocrine*, 20 (5), 726-737. doi: 10.1210 / er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Considerații culturale pentru standardele de îngrijire ale Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen: perspectiva

asiatică. Jurnalul internațional al transgenderismului, 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). Oamenii trans, prejudecată și patologizare trans: un studiu analitic cu șapte țări. Jurnalul internațional de sănătate sexuală, 21 (2), 96-118. doi: 10.1080 / 19317610902922537

Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A. și Gearhart, J. P. (2004). Rezultatul psihosexual la femeile afectate de hiperplazie suprarenală congenitală din cauza deficitului de 21-hidroxilază. Jurnalul de urologie, 171 (6, partea 1), 2497-2501. doi: 10.1097 / 01.ju.0000125269.91938.f7

Organizatia Mondiala a Sanatatii. (2007). Clasificarea internațională a bolilor și a problemelor de sănătate conexe-a 10-a revizuire. Geneva, Elveția: Organizația Mondială a Sănătății.

Organizatia Mondiala a Sanatatii. (2008). Raportul mondial asupra sănătății 2008: asistență medicală primară - acum mai mult ca oricând. Geneva, Elveția: Organizația Mondială a Sănătății.

Asociația Profesională Mondială pentru Sănătatea Persoanelor Transgen, Inc. (2008). Clarificare WPATH cu privire la necesitatea medicală a tratamentului, realocarea sexului și acoperirea asigurării în S.U.A. De pe <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>

Consiliul de administrație al WPATH. (2010). Declarația despre psihopatologizare publicată pe 26 mai 2010. De pe http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

Xavier, J. M. (2000). Sondajul de evaluare a nevoilor persoanelor transgen din Washington, D.C.: Raport final pentru faza a doua. Washington, DC: Administrația pentru HIV / SIDA a guvernului districtului Columbia.

Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y. și Bremner, W. J. (1999). Un studiu clinic de undecanoat de testosteron injectabil ca potențial contraceptiv masculin la bărbații chinezi normali. Jurnalul de endocrinologie clinică și metabolizare, 84 (10), 3642–3647. doi: 10.1210 / jc.84.10.3642

Zitzmann, M., Saad, F. și Nieschlag, E. (2006, aprilie). Experiență pe termen lung de peste 8 ani cu o formulare nouă de undecanoat de testosteron (nebido) în terapia de substituție a bărbaților hipogonadali. Lucrare prezentată la Congresul European de Endocrinologie, Glasgow, Marea Britanie.

Zucker, K. J. (1999). Diferențierea intersexualității și identității de gen. Revizuirea anuală a cercetării sexuale, 10 (1), 1-69.

Zucker, K. J. (2004). Dezvoltarea și problemele identității de gen. Clinici de psihiatrie pentru copii și adolescenți din America de Nord, 13 (3), 551-568. doi: 10.1016 / j.chc.2004.02.006

- Zucker, K. J. (2006). „Sunt jumătate băiat, jumătate fată”: interprinde psihoterapie și consiliere părintească pentru tulburarea identității de gen. În R. L. Spitzer, M. B. În primul rând, J. B. W. Williams și M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volumul 2 (pp. 321-334). Arlington, VA: Psihiatrie americană.
- Zucker, K. J. (2010). Criteriile de diagnostic DSM pentru tulburarea de identitate de gen la copii. *Arhivele Comportamentului Sexual*, 39 (2), 477-498. doi: 10.1007 / s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J. și Bradley, S. J. (1995). *Tulburare de identitate de gen și probleme psihosexuale la copii și adolescenți*. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J. și Cantor, J. M. (2008). Ieșe tulburare de identitate de gen la adolescenți la iveală din dulap?
- Jurnalul de terapie sexuală și conjugală*, 34 (4), 287-290. doi: 10.1080 / 00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D. și Choi, K. (2012). Demografie, probleme de comportament și caracteristici psihosexuale ale adolescenților cu tulburare de identitate de gen sau fetișism transvestic. *Jurnalul de terapie sexuală și conjugală*, 38 (2), 151–189.
- Zucker, K. J. și Lawrence, A. A. (2009). Epidemiologia tulburării de identitate de gen: Recomandări pentru standardele de îngrijire ale Asociației Profesionale Mondiale pentru Sănătatea Persoanelor Transgen. *Revista Internațională a Transgenderismului*, 11 (1), 8-18. doi: 10.1080 / 15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J. și Ameeriar, L. (2002). Copii și adolescenți sex-disforici: o analiză comparativă a caracteristicilor demografice și a problemelor de comportament. *Psihologie și psihiatrie clinică a copiilor*, 7 (3), 398-411.
- Zuger, B. (1984). Comportament efeminat timpuriu la băieți: rezultat și semnificație pentru homosexualitate. *Jurnalul Bolilor Nervoase și mintale*, 172 (2), 90-97.

Anexa 1. Prezentarea generală a riscurilor medicale ale terapiei hormonale

Riscurile enumerate mai jos se bazează pe două recenzii cuprinzătoare, bazate pe dovezi, ale literaturii de terapie hormonală masculinizantă/feminizantă [Feldman & Safer, 2009; Hembree și colab., 2009], combinat cu un amplu studiu de cohortă [Asscheman și colab., 2011]. Aceste analize pot servi drept referință detaliată pentru medici, împreună cu alte materiale clinice publicate larg recunoscute [de exemplu, Dahl și colab., 2006; Ettner și colab., 2007].

Riscurile terapiei cu hormoni feminizanți la persoanele transfeminine

Riscuri probabile crescute
<p>Boală tromboembolică venoasă</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folosirea estrogenului mărește riscul de accidente tromboembolice venoase (VTE), mai ales la pacienții cu vârstă de peste 40 de ani, fumători, extrem de sedentari, obezi și predispuși la tulburări trombofile. • Acest risc crește prin folosirea suplimentară a progestinelor de a treia generație. • Acest risc scade prin administrarea transdermală a estradiolului (recomandată pacienților cu risc crescut de boală tromboembolică venoasă).
<p>Boli cardiovasculare, cerebrovasculare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folosirea estrogenului mărește riscul de accidente cardiovasculare la pacienții de peste 50 de ani cu factori de risc cardiovascular subiacenți. Folosirea suplimentară de progestine poate mări acest risc.
<p>Lipidele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folosirea orală a estrogenului poate crește în mod pronunțat trigliceridele pacienților, măbind riscul de pancreatită și de accidente cardiovasculare. • Alte căi de administrare vor avea efecte metabolice diferite asupra nivelurilor de colesterol HDL, colesterol LDL și lipoproteine. • În general, dovezile clinice sugerează că persoanelor MtF cu difuncții lipidice preexistente le este benefică administrarea estrogenului pe cale transdermală, și nu orală.

Ficatul /vezica biliară

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

Riscuri posibile crescute**Diabetul zaharat de tip 2**

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

Hipertensiunea

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

Prolactinomul

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

Riscuri neidentificate sau niciun risc crescut

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

Cancerul mamar

- Pacienții MtF care au luat hormoni de feminizare pot face cancer mamar, dar nu se știe ce grad de risc au, comparativ cu persoanele născute cu organe sexuale feminine.
- Urmarea tratamentului cu hormoni de feminizare pentru mult timp, antecedentele familiale de cancer mamar și de obezitate (BMI>35) și folosirea progestinelor pot influența, eventual, gradul de risc.

Alte efecte secundare ale terapiei de feminizare

Următoarele efecte pot fi considerate minore sau chiar dezirabile, în funcție de pacient.

Fertilitatea si funcția sexuală

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

Riscurile medicației antiandrogenice

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

Acetatul de ciproteron este un compus progestativ cu proprietăți antiandrogenice (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Deși e folosit în mare măsură în Europa, nu este aprobat în Statele Unite din cauza temerilor în legătură cu hepatotoxicitatea (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta & Hidalgo, 2004).

Spironolactona se utilizează în mod obișnuit ca antiandrogen în terapia hormonală de feminizare, mai ales în regiunile în care nu e aprobată folosirea ciproteronului (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). Spironolactona se întrebuițează de mult timp în tratarea hipertensiunii și a insuficienței cardiace congestive. Printre efectele ei secundare frecvente se numără hiperpotasemia, amețea și simptomele gastrointestinale (Physicians' Desk Reference, 2007).

Riscurile terapiei cu hormoni masculinizanți la persoanele transmasculine

Riscuri probabile crescute

Policitemia

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

Îngrășarea/Grăsimea abdominală

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

Riscuri posibile crescute

Lipidele

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

Ficatul

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

Psihiatrice

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

Riscuri neidentificate sau niciun risc crescut

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

Osteoporoza

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

Boli cardiovasculare

- Tratamentul hormonal de masculinizare în doze fiziologic normale nu mărește riscul de accidente cardiovasculare la pacienții sănătoși.
- Tratamentul hormonal de masculinizare poate crește riscul bolilor cardiovasculare la pacienții cu factori de risc.

Hipertensiunea

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

Diabetul zaharat de tip 2

- Tratamentul cu testosteron, în general, nu mărește riscul diabetului zaharat, dar poate crește riscul diabetului de tip 2 la pacienții cu alți factori de risc precum îngrășarea pronunțată, antecedentele heredocolaterale și sindromul ovarului polichistic. Nu există informații care să arate o mărire a riscului la pacienții cu factori de risc pentru dislipidemie.

Cancerul mamar

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

Cancerul de col uterin

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

Cancerul ovarian

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

Cancerul endometrial (uterin)

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

Alte efecte secundare ale terapiei de masculinizare

Următoarele efecte pot fi considerate minore sau chiar dezirabile, în funcție de pacient.

Fertilitatea și funcția sexuală

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

Acneea, alopecia androgenică

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

Anexa 2. Rezumatul criteriilor pentru terapia hormonală și intervenții chirurgicale

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

Criterii pentru tratamentul cu hormoni de feminizare/masculinizare

1. Disforie de gen persistentă bine documentată;
2. Capacitatea de a lua o decizie întemeiată pe informare completă și de a da consimțământ avizat pentru tratament;
3. Vârsta de majorat (dacă pacientul este sub vârstă, vezi secțiunea VI).
4. Dacă la pacient există probleme semnificative de natură medicală sau mintală, acestea trebuie ținute sub controlul medicului.

Criterii pentru chirurgie pectorală/mamară

Criterii pentru mastectomia și crearea pieptului masculin la pacienții FtM:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată.
2. Capacitatea pacientului de a lua o decizie întemeiată și de a da consimțământ avizat pentru tratament.
3. Vârsta de majorat (dacă pacientul este sub vârstă, vezi secțiunea VI).
4. Dacă la pacient există probleme semnificative de natură medicală sau mintală, acestea trebuie ținute sub controlul medicului.

Tratamentul cu hormoni nu este o precondiție necesară.

Criteriile chirurgiei plastice pentru mărirea sânilor (implanturi / lipoimplanturi) la pacienții MtF:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată.
2. Capacitatea pacientei de a lua o decizie întemeiată și de a da consimțământ avizat pentru tratament.
3. Vârsta de majorat (dacă pacientă este sub vârstă, vezi secțiunea VI).
4. Dacă la pacientă există probleme semnificative de natură medicală sau mintală, acestea trebuie ținute sub controlul medicului.

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

Criterii pentru chirurgie genitală

Criterii pentru histerectomia și ovariectomia la pacienții FtM și orhiectomia la pacienții MtF:

1. Disforie de gen persistentă bine documentată.
2. Capacitatea pacientului/pacientei de a lua o decizie întemeiată și de a da consimțământ avizat pentru tratament.
3. Vârsta de majorat (dacă pacientul/pacienta este sub vârstă, vezi secțiunea VI).
4. Dacă la pacienți există probleme semnificative de natură medicală sau mintală, acestea trebuie ținute sub controlul medicului.
5. 12 luni de tratament hormonal neîntrerupt, adecvat obiectivelor de gen ale pacientului (se exceptează persoanele pentru care hormonii sunt contraindicați clinic).

Scopul principal al terapiei hormonale înainte de efectuarea unei gonadectomii este suprimarea secreției de hormoni endogeni pentru a putea evalua modificările care apar și a lua o decizie finală înainte ca pacientul să fie supus unei intervenții chirurgicale ireversibile.

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

Criterii pentru metoidioplastia sau faloplastia la pacienții FtM și vaginoplastia la pacienții MtF

1. Disforie de gen persistentă bine documentată.
2. Capacitatea pacientului/pacientei de a lua o decizie întemeiată și de a da consimțământ avizat pentru tratament.
3. Vârsta de majorat (dacă pacientul/pacienta este sub vârstă, vezi secțiunea VI).
4. Dacă la pacienți există probleme semnificative de natură medicală sau mintală, acestea trebuie ținute sub controlul medicului.
5. 12 luni de tratament hormonal neîntrerupt, adecvat obiectivelor de gen ale pacientului (se exceptează persoanele pentru care hormonii sunt contraindicați clinic).
6. 12 luni consecutive de trăit într-un rol de gen ales.

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

Anexa 3. Datele referitor la rezultatele clinice ale abordărilor terapeutice

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

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

Ulterior, un număr important de specialiști din sănătate au cerut un standard de eligibilitate pentru operații de afirmare a genului, ce a dus la formularea, în 1979, a versiunii originale a Standardelor de către WPATH.

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

De când există SDÎ, s-a înregistrat o creștere constantă în satisfacția pacienților și o descreștere în lipsa de satisfacție privind rezultatul operațiilor afirmative de gen.

Studiile efectuate după 1996 s-au concentrat pe pacienți tratați conform SDÎ. Concluziile la care au ajuns echipele lui Rehman (1999) și Krege (2001) sunt reprezentative pentru acest tip de cercetări: niciunul dintre pacienții cuprinși în aceste studii nu a regretat că a făcut operația, iar majoritatea au declarat că sunt mulțumiți de rezultatele estetice și funcționale ale intervenției chirurgicale. Chiar și pacienții care au avut complicații chirurgicale majore

rareori regretă operația. Calitatea rezultatelor chirurgicale este unul dintre cei mai buni indicatori ai rezultatului global al tranziției transgen [Lawrence, 2003]. Marea majoritate a studiilor de monitorizare a evoluției pacienților au arătat că operații afirmative de gen au un efect benefic incontestabil asupra rezultatelor postoperatorii privind starea de bine psihologică, aspectul fizic și funcția sexuală [De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009], deși din dovezile disponibile în prezent nu reiese cu exactitate cât de mare este îmbunătățirea. Într-un studiu [Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003] se arată chiar măririi ale veniturilor pacienților.

Un raport neliniștitor [Newfield et al., 2006] a menționat rezultate mai slabe în privința calității vieții (măsurată cu chestionarul SF-36) la pacienții FtM, comparativ cu restul populației. Raportul respectiv are dezavantajul că și-a recrutat cei 384 de participanți printr-un email general, în loc de o abordare sistematizată, gradul și tipul de tratament nefiind înregistrate. Dintre participanții la studiu care luau testosteron, majoritatea o făceau de mai puțin de 5 ani. Calitatea vieții era mai bună la pacienții care făcuseră operație pectorală/mamară decât la care nu o făcuseră ($p < 0,01$). Nu s-a făcut o analiză similară și pentru intervenția chirurgicală genitală. În altă lucrare, echipa lui Kuhn (2009) a folosit chestionarul King's Health Questionnaire pentru a evalua calitatea vieții a 55 de pacienți trans, la 15 ani după intervențiile chirurgicale. Rezultatele au fost comparate cu cele ale 20 de paciente sănătoase care suferiseră intervenții chirurgicale abdominale/pelviene, în trecut. Scorul pacienților transgen pentru calitatea vieții a fost la fel de bun sau mai bun, pe anumite subcategorii (emoții, somn, incontinență, gravitatea simptomelor și limitare de rol), dar mai slab sub alte aspecte (sănătate generală, limitare fizică și limitare personală).

E greu de stabilit cât de eficace e doar tratamentul hormonal pentru atenuarea disforiei de gen. Majoritatea studiilor care evaluează randamentul terapiei hormonale de masculinizare/feminizare în rezolvarea disforiei de gen au fost realizate cu pacienți care au făcut și operație afirmativă de gen. Efectele favorabile ale terapiei ce includea atât hormoni, cât și intervenții chirurgicale au fost expuse într-o prezentare cuprinzând peste 2000 de pacienți din 79 de studii (majoritatea observaționale), realizate între 1961 și 1991 [Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfafflin & Junge, 1998]. Pacienții operați după 1986 s-au simțit mai bine decât cei operați înainte de acel an, ceea ce arată îmbunătățiri semnificative în rezolvarea complicațiilor chirurgicale [Eldh et al., 1997]. Majoritatea pacienților au raportat îmbunătățiri psihosociale (87% pentru pacienții MtF

la 97% pentru pacienții FtM) [Green & Fleming, 1990]. Rezultate similare au apărut și într-un studiu suedez în care „aproape toți pacienții erau mulțumiți de procedură după 5 ani de la aceasta, iar 86% au fost evaluați de clinicieni, după monitorizare, ca fiind stabili sau prezentând ameliorări în funcționarea generală” [Johansson, Sundbom, Hojerback, & Bodlund, 2010]. Punctele slabe ale acestor studii anterioare sunt structurarea lor retrospectivă și utilizarea de criterii diferite la evaluarea rezultatelor.

Un studiu prospectiv realizat în Olanda a evaluat consecutiv 325 de subiecți adulți și adolescenți care au solicitat tranziție transgen [Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005]. Aceia care au trecut proceduri afirmative de gen (atât hormonale, cât și chirurgicale), au arătat îmbunătățiri ale scorurilor medii privind disforia de gen, măsurată potrivit Scalei Utrecht pentru Disforie de Gen (Utrecht Gender Dysphoria Scale). Și rezultatele privind nemulțumirea în legătură cu corpul și cu funcția lui psihologică au fost mai bune, în majoritatea categoriilor. Sub 2% dintre pacienți și-au exprimat regretul după terapie. Acesta este cel mai mare studiu prospectiv care confirmă concluziile trase din studiile retrospective, anume că tratamentul cu hormoni combinat cu intervențiile chirurgicale atenuază disforia de gen și ameliorează alte aspecte ale funcționării psihosociale. Este nevoie de cercetări viitoare asupra efectelor terapiei hormonale fără intervenție chirurgicală și fără obiectivul unei maxime feminizări sau masculinizări fizice. Pe ansamblu, studiile atestă o îmbunătățire constantă a rezultatelor, pe măsură ce se fac progrese în domeniu. Cercetarea rezultatelor s-a axat în principal pe efectul intervenției chirurgicale afirmative de gen.

Dar, în practica actuală, nu toate persoanele transgen efectuează întreaga gamă de operații; există multe alte opțiuni pentru potrivirea corpului, rolului de gen și identității. Observarea ulterioară sau cercetarea rezultatelor pot fi utile pentru a servi mai bine aceste persoane [Institutul de Medicină, 2011].

Anexa 4. Procesul dezvoltării standardelor de îngrijire, versiunea 7

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

Versiunile inițiale ale acestor lucrări trebuiau predate până la 1 iunie 2007. Majoritatea au fost finalizate înainte de septembrie 2007, iar restul până la sfârșitul anului 2007. Manuscrisele au fost apoi trimise la Revista Internațională a Transgenderismului (International Journal of Transgenderism), fiecare din ele fiind trecute prin evaluarea standard de experți a RIT. Versiunile finale au fost publicate în Volumul 11 (1-4) din 2009, devenind disponibile pentru discuții și dezbateri. În 2010, după publicarea articolelor, Consiliul Directoral al WPATH a înființat o Comisie de Revizuire a Standardelor de Îngrijire. Aceasta s-a ocupat întâi de discutarea și dezbaterile articolelor apărute în RIT, printr-un website Google. Un subgrup al Comisiei a fost numit de către Consiliul Director ca Grup de Redactare. El s-a ocupat de pregătirea textului inițial al versiunii 7 a Standardelor de Îngrijire, continuând să lucreze și la revizuirea de propus Comisiei de Revizuire. Consiliul a numit, de asemenea, un Grup Internațional de Consultare format din persoane trans, transgen și neconforme cu normele de gen, care să facă sugestii despre textul revizuit.

A fost angajat un scriitor tehnic care: 1) a trecut în revistă toate recomandările de revizuire – atât pe cele originale prezentate în articolele din IJT, cât și pe cele suplimentare reieșite din discuțiile online; și 2) a creat un chestionar pentru a solicita mai multe sugestii asupra acestor posibile revizuiți.

Din rezultatele chestionarului, Grupul de Redactare a putut identifica opiniile experților consultați și temele asupra cărora erau de acord sau

temele care mai trebuiau discutate și dezbătute. Apoi, scriitorul tehnic: 3) a produs un text preliminar al Standardelor de Îngrijire, versiunea 7, pe care să îl poată analiza și să-l ia ca bază Grupul de Redactare.

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

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

Finanțare

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

1. Costul unui scriitor tehnic profesionist.
2. Procesul solicitării de sugestii privind schimbările propuse, solicitări transmise către specialiști în identitate de gen și către comunități transgen din toată lumea.
3. Întâlnirea de lucru a Grupului de Redactare.
4. Procesul colectării de feedback suplimentar și al obținerii consensului final al experților în domeniu, al comunităților transgen, al Comitetului de Revizuire a Standardelor de Îngrijire, versiunea 7, și al Consiliului Director al WPATH.

5. Costul tipăririi și distribuirii Standardelor de Îngrijire, versiunea 7, și publicarea unei copii care poate fi descărcată gratuit de pe website-ul WPATH.
6. Sesiunea plenară pentru lansarea Standardelor de Îngrijire, versiunea a 7-a, la Simpozionul Bianual al WPATH din 2011, de la Atlanta, Georgia, SUA.

Membrii Comisiei de Revizuire a Standardelor de Îngrijire

Eli Coleman, PhD (USA)*–Председатель комитета

Richard Adler, PhD (USA)

Walter Bockting, PhD (USA)*

Marsha Botzer, MA (USA)*

George Brown, MD (USA)

Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*

Griet DeCuypere, MD (Belgium)*

Aaron Devor, PhD (Canada)

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 (Canada)*

Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)

Gal Mayer, MD (USA)

Walter Meyer, MD (USA)*

Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)

Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Germany)

Katherine Rachlin, PhD (USA)

Bean Robinson, PhD (USA)

Loren Schechter, MD (USA)

Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)

Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)

Anne Vitale, PhD (USA)

Sam Winter, PhD (Hong Kong)

Stephen Whittle, OBE (UK)

Kevan Wylie, MB, MD (UK)

Ken Zucker, PhD (Canada)

Comisia de Formare a Grupului Internațional de Consultare

Walter Bockting, PhD (USA)

Marsha Botzer, MA (USA)

Aaron Devor, PhD (Canada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

Jamison Green, PhD, MFA (USA)

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA (USA)

Grupul Internațional de Consultare

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)

Craig Andrews, FTM Australia (Australia)

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)

Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)

Rupert Raj, Shelbourne Health Center (Canada)

Masae Torai, FTM Japan (Japan)

Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Scriitor tehnic

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Asistența editorială

Heidi Fall (USA)

Grupul de inițiativă trans T-Acțiune

T-Acțiune este o inițiativă creată în 2014 chiar de oamenii trans.

Lucrăm pentru a crește potențialul persoanelor transgen, pentru a consolida comunitatea trans, pentru a crește gradul de conștientizare și tact al societății în toate problemele legate de persoanele transgen, precum și disponibilitatea de îngrijiri medicale de calitate pentru persoanele trans.

Prin eforturile noastre și cu sprijinul aliaților, creăm un mediu pentru o viață decentă pentru persoanele trans.

Unul dintre cele mai importante domenii ale activității noastre este de a crește disponibilitatea de îngrijiri medicale calificate și prietenoase pentru persoanele transgen și de a crea un grup de specialiști prietenoși, care sunt competenți în furnizarea de îngrijiri medicale persoanelor transgen. Pentru aceasta, în 2015 am tradus și publicat prima versiune a cărții „Standarde medicale internaționale pentru îngrijirea persoanelor transgen” editată de A.Yu. Babenko. și D.D. Isaev și am început să-o distribuim printre medicii ruși și, de atunci, lansăm constant actualizări. Cartea din mâinile tale este acum a treia ediție a Standardelor. Dar, pe lângă această carte, publicăm și alte lucrări despre sănătatea persoanei transgen. În special, în același timp cu această ediție, a fost publicată cealaltă carte a noastră, „Sănătatea trans: viață, universul și tot așa mai departe”, care, spre deosebire de „Standardele” adresate profesioniștilor din domeniul medical, vizează creșterea competenței și responsabilității în domeniul propriei sănătăți a oamenilor trans. Această carte conține toate cele mai relevante informații despre diferite aspecte ale sănătății transgen și, probabil, această carte va fi, de asemenea, de interes pentru profesioniștii medicali prietenoși, care doresc să-și cunoască mai bine pacienții.

Pentru profesioniștii din domeniul medical:

T-Acțiune sunt co-organizatori ai ciclului săptămânal de pregătire pentru endocrinologi, care se desfășoară la CFCMNV [Centrul Federal de Cercetare Medicală Nord-Vest] V.A. Almazov de la începutul anului 2017 și oferă burse pentru instruirea specialiștilor care intenționează să lucreze activ cu pacienții transgen în viitor. Dacă sunteți endocrinolog și doriți să intrați în acest ciclu de formare - scrieți-ne:

t.action.med@gmail.com

De asemenea, vom fi bucuroși să cooperăm cu medici de alte specialități. Dacă doriți să primiți informații actualizate despre sănătatea transgen, evenimentele viitoare, oportunități de formare suplimentară și stagii - scrieți-ne la t.action.med@gmail.com numele dvs., specialitatea și instituția medicală în care lucrați, și vă vom conecta la lista de expediere medicală T-Acțiuni.

Dacă doriți să primiți mai multe cărți „Standarde medicale internaționale pentru îngrijirea persoanelor transgen”, scrieți-ne o cerere pe același mail.

Pentru persoanele transgen, cele non-binare și cele neconforme genului:

În Republica Moldova, centrul de informații GENDERDOC-M desfășoară grupuri de sprijin lunar pentru persoanele trans de la egal la egal, consiliere psihologică, consiliere în domeniul sănătății sexuale și teste rapide anonime la HIV. Organizăm în mod regulat evenimente publice despre transgeneritate și organizăm multe resurse online diferite pentru persoanele trans.

Vreți să aflați mai multe? Alăturați-ne:

 t-action-team

 t_action

 t.action.rus

The publication was translated in Romanian by the GENDERDOC-M Information Centre and published within the framework of the regional project called “Sustainability of Services for Key Populations in Eastern Europe and Central Asia which is carried out by the Alliance for Public Health, in a consortium with the 100% Life (All-Ukrainian Network of PLWH), the Central Asian HIV’ Association and the Eurasian Key Populations Coalition with the aid from the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria.

Viewpoints presented herein are solely those of its authors and may not coincide with the views or opinions of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria did not take part in the coordination and approval of both the immediate material and the possible conclusions stemming from it.

Materiale suplimentare pentru ciclul de instruire

“TDS [tulburare de dezvoltare sexuală] la adulți.

Transgeneritate - aspecte endocrine” pentru endocrinologi,
urologi, terapeuți

12-17 octombrie 2020



FOR FREE DISTRIBUTION ONLY