



WPATH WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH

Стандарты медицинской помощи

транссексуалам,
трансгендерам и гендерно
неконформным индивидуумам

Всемирная Профессиональная Ассоциация
по здоровью транссексуалов

Стандарты медицинской помощи

транссексуалам, трансгендерам и
гендерно неконформным индивидуумам

© Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2013.
Все права защищены.

Данный перевод является официально авторизованным Всемирной Профессиональной Ассоциацией по здоровью транссексуалов. Воспроизведение разрешается только при условии отсутствия неавторизованных изменений в тексте и ссылки на авторские права. С предложениями изменений в следующее издание данного документа обращайтесь во Всемирную Профессиональную Ассоциацию по здоровью транссексуалов: wpath@wpath.org.

7-ая версия¹ | www.wpath.org

¹ Это седьмая версия Стандартов Медицинской Помощи. Первые СМП были опубликованы в 1979 г. Предыдущие пересмотры были выполнены в 1980, 1981, 1990, 1998 и 2001 гг.



WPATH WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. Цели и применение Стандартов Медицинской Помощи	5
II. Глобальная применимость Стандартов Медицинской Помощи	7
III. Разница между гендерной неконформностью и половой дисфорией	9
IV. Эпидемиологические соображения	12
V. Обзор терапевтических подходов к лечению половой дисфории.	14
VI. Оценка состояния и лечение детей и подростков с половой дисфорией . . .	17
VII. Психическое здоровье	31
VIII. Гормональная терапия	46
IX. Репродуктивное здоровье	67
X. Постановка голоса и коммуникативная терапия	69
XI. Хирургия	72
XII. Ведение послеоперационного периода и контроль	85
XIII. Профилактика и первичная медицинская помощь в течение жизни.	86
XIV. Применимость Стандартов Медицинской Помощи к лицам, живущим в учреждениях	88
XV. Применимость Стандартов Медицинской Помощи к индивидуумам с нарушениями формирования пола	90
Список литературы	95
Приложения:	
А. Глоссарий	119
Б. Обзор медицинских рисков гормональной терапии.	122
В. Перечень критериев для гормональной терапии и операций	129
Г. Данные по клиническим результатам терапевтических подходов	133
Д. Процесс создания Стандартов Медицинской Помощи, версия 7	135

Цели и применение Стандартов Медицинской Помощи

Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов (ВПАЗТ)¹ – это международная, междисциплинарная, профессиональная ассоциация, чьей миссией является поощрение научно обоснованного здравоохранения, просвещения, исследований, защиты интересов, государственной политики и уважения к здоровью транссексуалов. Видение ВПАЗТ заключается в объединении различных специалистов, посвятивших себя разработке лучших практик и благоприятствующих политик по всему миру, которые поощряют здоровье, исследования, просвещение, уважение, достоинство и равенство для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов во всех культурных условиях.

Одной из основных функций ВПАЗТ является поощрение самых высоких стандартов медицинской помощи индивидуумам посредством формулирования Стандартов Медицинской Помощи (СМП) транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам. СМП основаны на наилучшем доступном научном и профессиональном экспертном консенсусе.² Большая часть опыта и исследований в данной области возникает в странах Северной Америки и Западной Европы; таким образом, адаптация СМП в других частях света является необходимой. В данную версию СМП включены предложения о способах мышления по поводу культурной относительности и культурной компетентности.

Общая цель СМП – обеспечить медицинских специалистов клиническими руководствами, чтобы содействовать транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам в безопасном и эффективном пути к достижению устойчивого личного комфорта со своей половой идентичностью с целью максимально улучшить их состояние здоровья в целом, психологическое благополучие и самореализацию. Это содействие может включать в себя первичную медицинскую

1 Бывшая Международная Ассоциация половой дисфории им. Гарри Бенджамина.

2 Стандарты Медицинской Помощи (СМП), версия 7, представляют собой существенное отклонение от предыдущих версий. Изменения в данной версии основаны на существенных культурных изменениях, продвижении в клинических знаниях и признании многих проблем в области медицинской помощи, которые могут возникнуть у транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов помимо гормональной терапии и операций [Coleman, 2009a, b, c, d].

помощь, гинекологическую и урологическую помощь, возможности репродукции, постановку голоса и коммуникативную терапию, услуги по психическому здоровью (например, оценку, консультирование, психотерапию) и гормональное и хирургическое лечение. Несмотря на то, что этот документ адресован, в первую очередь, медицинским специалистам, СМП также может использоваться отдельными лицами, их семьями и социальными институтами, чтобы понять, как они могут помочь с поощрением наивысшего уровня здоровья для членов этой многообразной группы населения.

ВПАЗТ признает, что состояние здоровья зависит не только от хорошей медицинской помощи, но и от социального и политического климата, которые обеспечивают и гарантируют терпимость общества, равенство и полноту прав граждан. Здоровье пропагандируется в рамках государственной политики и законодательных реформ, которые поощряют терпимость и справедливость по отношению к гендерному и сексуальному разнообразию и которые искореняют предрассудки, дискриминацию и стигму. ВПАЗТ привержено продвижению этих изменений в государственной политике и законодательных реформах.

Стандарты медицинской помощи – гибкие клинические руководства

СМП рассчитаны на гибкость для того, чтобы удовлетворить разнообразные потребности в медицинской помощи транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов. Оставаясь гибким руководством, СМП предлагают стандарты поощрения наилучшей медицинской помощи и ведения лечения лиц, испытывающих половую дисфорию, широко определяемую как дискомфорт, или дистресс, вызванный расхождением между половой идентичностью и зарегистрированным полом (и связанной с ним гендерной ролью и/или первичными и вторичными половыми признаками) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b].

Как и во всех предыдущих версиях СМП, критерии, сформулированные в данном документе для гормональной терапии и хирургического лечения половой дисфории, являются клиническими руководствами; отдельные медицинские специалисты и программы могут модифицировать их. Клинические отклонения от СМП могут произойти из-за индивидуальной анатомической, социальной или психологической ситуации пациента; усовершенствования опытным медицинским специалистом метода работы со стандартной ситуацией; протокола исследования; недостатка ресурсов в различных частях мира или необходимости специальных стратегий

для снижения вреда. Эти отклонения должны быть признаны в качестве таковых, объяснены пациенту и задокументированы в информированном согласии для качественной медицинской помощи пациентам и правовой защиты. Эта документация также ценна для накопления новых данных, которые могут быть проанализированы ретроспективно, чтобы медицинская помощь – и СМП – развивались.

СМП не только содержат четко сформулированные стандарты медицинской помощи, но и признают роль информированного выбора и ценность подходов, направленных на снижение вреда. Кроме того, данная версия СМП признает и подтверждает различные самовыражения гендера, которые могут не требовать психологического, гормонального или хирургического лечения. Некоторые пациенты, обращающиеся за медицинской помощью, самостоятельно добьются значительного прогресса в изменении гендерной роли, пола или других намерениях, касающихся их половой идентичности или половой дисфории. Другим пациентам потребуется более интенсивная помощь. Медицинские специалисты могут использовать СМП, чтобы помочь пациентам сделать выбор из всего диапазона доступных им медицинских услуг, в соответствии с их клиническими потребностями и целями их гендерного самовыражения.



Глобальная применимость Стандартов Медицинской Помощи

Хотя СМП предназначены для международного применения, ВПАЗТ признает, что многое из записанного клинического опыта и знаний в данной области здравоохранения получено из североамериканских и западноевропейских источников. В разных местах, как между странами, так и внутри них, существуют различия во всем нижеперечисленном: отношении общества к транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам; построение гендерных ролей и идентичностей; язык, используемый для описания различных половых идентичностей; эпидемиология половой дисфории; доступ к лечению и его стоимость; предлагаемые виды лечения; количество и профиль специалистов, оказывающих помощь, и правовые вопросы и вопросы политик, связанных с данной областью здравоохранения [Winter, 2009].

СМП не может включить в себя все эти различия. При применении этих стандартов в других культурных контекстах медицинские специалисты должны учитывать эти различия и адаптировать СМП к местным реалиям. Например, в ряде культур гендерно неконформные индивидуумы встречаются в таком количестве и живут таким образом, что становятся легко заметными в обществе [Peletz, 2006]. В условиях, подобных описанным, людям свойственно начинать изменения в гендерном самовыражении и физических характеристиках в подростковом возрасте или даже раньше. Многие растут и живут в социальном, культурном и даже языковом контекстах, совершенно отличных от таковых в Западных культурах. Тем не менее, почти все испытывают на себе предубеждения [Peletz, 2006; Winter, 2009]. Во многих культурах социальная стигма по отношению к гендерно неконформным индивидуумам широко распространена, и гендерные роли директивны [Winter et al., 2009]. Гендерно неконформные индивидуумы в таких условиях вынуждены скрываться и вследствие этого могут испытывать нехватку адекватной медицинской помощи [Winter, 2009].

СМП не предназначены для ограничения усилий по обеспечению наилучшей имеющейся помощи всем индивидуумам. Медицинские специалисты во всем мире – даже в странах с ограниченными ресурсами и возможностями обучения – могут применять ключевые принципы, являющиеся основой СМП. Эти принципы включают в себя следующее: проявлять уважение к пациентам с неконформными половыми идентичностями (не считать патологией различия в половой идентичности или гендерном самовыражении); предоставлять помощь (или направлять к осведомленным коллегам), подтверждающую половые идентичности пациентов и снижающую дистресс от половой дисфории, в случае наличия; приобретать знания о медицинских потребностях транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов, включая выгоды и риски от возможностей лечения половой дисфории; совмещать терапевтический подход с особыми нуждами пациентов, особенно с их целями в плане гендерного самовыражения и потребности в освобождении от половой дисфории; облегчать доступ к соответствующей помощи; получать информированное согласие пациентов до начала лечения; предлагать непрерывность лечения и быть готовым поддерживать и выступать в защиту пациентов в их семьях и сообществах (школах, местах работы и других местах).

Терминология зависит от культурного контекста и от времени и быстро развивается. Важно использовать вежливые слова в разных местах и времени и среди разных людей. При переводе СМП на другие языки нужно позаботиться о том, чтобы значение терминов было переведено точно. Терминологию на английском языке невозможно легко перевести на другие языки, и наоборот. В некоторых языках нет эквивалентных слов, чтобы описать различные термины в данном документе; следовательно, переводчики должны понимать основные цели лечения и формулировать культурно пригодное руководство для достижения этих целей.



Разница между гендерной неконформностью и половой дисфорией

Быть транссексуалом, трансгендером или гендерно неконформным – вопрос разнообразия, а не патологии

В мае 2010 г. ВПАЗТ опубликовала обращение, призывающее во всех странах мира перестать рассматривать гендерную неконформность как психопатологию [Совет директоров ВПАЗТ, 2010]. В этом обращении подчеркивалось, что «выражение характеристик пола, включая идентичности, которые в силу стереотипов не ассоциируются с установленным при рождении полом, является всеобщим и разнообразным в различных культурах человеческим феноменом, (который) не следует рассматривать как по сути патологический или негативный».

К сожалению, во многих обществах по всему миру гендерная неконформность связана со стигмой. Эта стигма может приводить к предубеждениям и дискриминации, которые порождают «стресс меньшинства» [I.H.Meuer, 2003]. Стресс меньшинства является уникальным (добавляющимся к обычным стрессорам, переживаемым всеми людьми), социально обусловленным и хроническим, и он способен сделать транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов более уязвимыми к развитию таких проблем с психическим здоровьем, как тревожность и депрессия [Институт Медицины, 2011]. Вдобавок к предубеждению и дискриминации в обществе в целом, стигма может способствовать плохому обращению и пренебрежению в отношении индивидуума с окружающими и членами семьи, что, в свою очередь, может вести к психологическому дистрессу. Однако эти симптомы порождаются социумом и не обязательно присущи транссексуалу, трансгендеру или гендерно неконформному индивидууму.

Гендерная неконформность – не то же самое, что половая дисфория

Гендерная неконформность означает степень, в которой половая идентичность, роль или гендерное самовыражение индивидуума отличается от культурных норм, предписанных лицам определенного пола [Институт Медицины, 2011]. Половая дисфория означает дискомфорт или дистресс, которые обусловлены расхождением между половой идентичностью индивидуума и полом, установленным ему при рождении (и связанную с ним гендерную роль и/или первичные и вторичные половые признаки) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b]. Только некоторые гендерно неконформные индивидуумы испытывают половую дисфорию в определенный момент своей жизни.

Существует лечение, помогающее людям с таким дистрессом исследовать свою половую идентичность и найти гендерную роль, которая наиболее для них удобна [Bokting & Goldberg, 2006]. Лечение индивидуально: то, что помогает одному индивидууму облегчить половую дисфорию, может очень отличаться от того, что помогает другому. Этот процесс может включать или не включать в себя изменения в гендерном самовыражении или изменения тела. Варианты медицинского лечения включают, например, феминизацию или маскулинизацию тела посредством гормональной терапии и/или хирургии, которые достаточно эффективны для облегчения половой дисфории и являются необходимыми с медицинской точки зрения для многих людей. Половые идентичности и гендерные самовыражения весьма разнообразны, и гормоны и хирургия являются всего лишь двумя вариантами из множества доступных видов помощи людям в достижении удовлетворенности собой и своей идентичностью.

Половую дисфорию в значительной части можно облегчить с помощью лечения [Murad et al., 2010]. Таким образом, хотя транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы могут в определенный момент своей жизни испытывать половую дисфорию, многие из тех, кто лечится, найдут комфортную для себя гендерную роль и самовыражение, даже если таковые отличаются от связанных с установленным им при рождении полом или от доминирующих гендерных норм и ожиданий.

Диагнозы, связанные с половой дисфорией

Некоторые люди испытывают половую дисфорию в такой степени, что дистресс подходит под критерии формального диагноза, который может классифицироваться как психическое расстройство. Такой диагноз не является индульгенцией для осуждения или для лишения гражданских прав и прав человека. Существующие системы классификации, такие, как Диагностико-статистическое руководство по психическим расстройствам (ДСР) [Американская Психиатрическая Ассоциация, 2000] и Международная классификация болезней (МКБ) [Всемирная организация здравоохранения, 2007] определяют сотни психических расстройств, разнообразных по началу, течению, патогенезу, функциональной неспособности и излечимости. Все эти системы стремятся классифицировать группы симптомов и состояний, а не собственно индивидуумов. Расстройство — это описание чего-то, с чем человек может бороться, а не описание самого человека или его идентичности.

Таким образом, транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы не являются по сути своей больными. Скорее, дистресс от половой дисфории, когда присутствует, является проблемой, которую можно диагностировать и для которой доступно множество вариантов лечения. Существование диагноза для такой дисфории часто облегчает доступ к медицинской помощи и может вдохновлять дальнейшее исследование эффективных способов лечения.

Исследование ведет к новым диагностическим номенклатурам, и термины изменяются, как в ДСР [Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010], так и в МКБ. По этой причине в СМП используются привычные термины, а определения даны для терминов, которые только появляются. Медицинским специалистам следует сверяться с наиболее современными диагностическими критериями и соответствующими кодами для применения в своей практике.

IV

Эпидемиологические соображения

Формальные эпидемиологические исследования заболеваемости³ и распространенности⁴ транссексуализма в частности или трансгендерных и гендерно неконформных идентичностей в целом не проводились, а попытка получить реалистичные оценки сопряжены с огромными трудностями [Институт Медицины, 2011; Zucker & Lawrence, 2009]. Даже если бы эпидемиологические исследования установили, что по всему миру пропорция транссексуалов, трансгендеров или гендерно неконформных индивидуумов одинакова, вероятно, культурные различия между странами изменили бы как поведенческое выражение различных половых идентичностей, так и степень, до которой половая дисфория – отличная от половой идентичности индивидуума – действительно встречается среди населения. Хотя в большинстве стран выход за нормативные гендерные границы вызывает моральную цензуру, а не сочувствие, в отдельных культурах есть примеры гендерно неконформного поведения (например, среди духовных лидеров), которые в меньшей степени осуждаются и даже почитаются [Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997].

Поразным причинам исследователи, изучавшие заболеваемость и распространенность, как правило, имели тенденцию фокусироваться на наиболее легко доступной для подсчета подгруппе гендерно неконформных индивидуумов: транссексуалах, испытывающих половую дисфорию и обращающихся за помощью, связанной со сменой пола, в специализирующиеся на ней клинические учреждения [Zucker & Lawrence, 2009]. Большинство исследований проводилось в странах Европы, таких, как Швеция [Wålinder, 1968, 1971], Великобритания [Hoenig & Kenna, 1974], Нидерланды [Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996], Германия [Weitze & Osburg, 1996] и Бельгия [De Cuypere et al., 2007]. Одно исследование было проведено в Сингапуре [Tsoi, 1988].

3 Заболеваемость — количество новых случаев, зарегистрированных в определенный период (например, в течение года).

4 Распространенность – количество индивидуумов, имеющих заболевание, поделенное на количество людей в населении в целом.

De Cuypere и коллеги (2007 г.) выполнили обзор таких исследований, а также провели свое собственное. Все вместе эти исследования охватывают 39 лет. Не принимая во внимание резко отличающиеся результаты, полученные Pauly в 1968 г. и Tsoi в 1988 г., остается десять исследований, проведенных в восьми странах. Данные по распространенности, опубликованные в этих десяти исследованиях, колеблются от 1:11900 до 1:45000 для транс-женщин (MtF) и от 1:30400 до 1:200000 для транс-мужчин (FtM). Некоторые исследователи предполагают, что распространенность намного выше, в зависимости от используемой в исследовании методологии [например, Olyslager & Conway, 2007].

Прямое сопоставление между исследованиями невозможно, так как все они различаются по методам сбора данных и по критериям документирования индивидуума в качестве транссексуала (например, прошел индивидуум коррекцию гениталий или нет, начал ли гормональную терапию, обратился ли в клинику за услугами по изменению пола под медицинским наблюдением). В позднейших исследованиях существует тенденция к более высоким показателям распространенности, что, возможно, указывает на все большее количество людей, прибегающих к клиническому наблюдению. Эту интерпретацию поддерживает исследование Reed и коллег (2009 г.), которые отметили удвоение количества людей, обращающихся за помощью в клиники по изменению пола в Великобритании, каждые 5-6 лет. Аналогично, Zucker и коллеги (2008 г.) отметили 4-5-кратное увеличение количества обращений детей и подростков в их клинику в Торонто (Канада) в течение последних 30 лет.

Цифры, собранные в подобных исследованиях, можно считать в лучшем случае минимальными оценками. Опубликованные данные в большинстве случаев были получены из клиник, где пациенты подходили под критерии тяжелой половой дисфории и имели доступ к медицинскому обслуживанию в этих клиниках. Эти оценки не принимают во внимание, что виды лечения, предлагаемые в определенной клинической обстановке, могут восприниматься не как финансово доступные, полезные или приемлемые с точки зрения всех индивидуумов, определяющих себя как испытывающие половую дисфорию, проживающими в определенном регионе. Считая только тех, кто обращается в клиники за определенным видом лечения, мы упускаем неизвестное количество лиц, испытывающих половую дисфорию.

Другие клинические наблюдения (пока не подкрепленные систематическими исследованиями) подтверждают вероятность высокой распространенности половой дисфории: 1) ранее не распознанная половая дисфория иногда диагностируется при наблюдении пациентов, испытывающих тревожность, депрессию, поведенческие расстройства, злоупотребление алкоголем или наркотиками, диссоциативные расстройства личности, пограничное расстройство личности, сексуальные расстройства и расстройства формирования пола [Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III,

1997]; 2) некоторые трансвеститы, актеры шоу трансвеститов или переодевающиеся пародисты, геи и лесбиянки также могут испытывать половую дисфорию [Bullough & Bullough, 1993]; 3) интенсивность испытываемой отдельными людьми половой дисфории колеблется ниже и выше клинического порога [Docter, 1988]; 4) гендерная неконформность среди транс-мужчин (FtM) имеет тенденцию оставаться относительно незаметной во многих культурах, в частности, для западных медицинских специалистов и исследователей, которые проводили большинство исследований, на которых основываются существующие оценки распространенности и заболеваемости [Winter, 2009].

В целом, существующие данные можно рассматривать как отправную точку, и здравоохранение могло бы выиграть от более тщательных эпидемиологических исследований в разных регионах по всему миру.



Обзор терапевтических подходов к лечению половой дисфории

Достижения в сфере изучения и лечения половой дисфории

Осведомленность о феномене половой дисфории возросла во второй половине XX века, когда медицинские специалисты начали оказывать помощь по облегчению половой дисфории, поддерживая изменения первичных и вторичных половых признаков посредством гормональной терапии и хирургической коррекции, вместе с изменением гендерной роли. Хотя Гарри Бенджамин уже признал многообразие гендерной неконформности [Benjamin, 1966], изначально клинический подход был в значительной степени сосредоточен на определении подходящих кандидатов на изменение пола, чтобы облегчить настолько полное физическое изменение мужского пола на женский или женского на мужской, насколько возможно (например, Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Этот подход подвергся всесторонней оценке и доказал свою эффективность. Показатели удовлетворенности в разных исследованиях

варьировались от 87 % среди пациенток MtF до 97 % среди пациентов FtM [Green & Fleming, 1990], а сожаления были чрезвычайно редки (1-1,5 % среди пациенток MtF и <1 % среди пациентов FtM; Pfäfflin, 1993). Действительно, обнаружилось, что гормональная терапия и хирургическая коррекция являются медицинской необходимостью для облегчения половой дисфории у многих людей [Американская медицинская ассоциация, 2008; Anton, 2009; Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2008].

По мере развития области медицинские специалисты признали, что, хотя многим людям требуются как гормональная терапия, так и хирургическая коррекция, чтобы облегчить испытываемую половую дисфорию, другие нуждаются только в одном из этих видов лечения, а иным не требуется ни одного из них [Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004]. Часто при помощи психотерапии отдельные индивидуумы интегрируют свои транс- или межгендерные ощущения в гендерную роль, предписанную им с рождения, и не видят необходимости феминизировать или маскулинизировать свое тело. Для других изменения в гендерной роли и гендерном самовыражении являются достаточными для облегчения половой дисфории. Одни пациенты могут нуждаться в гормональном лечении, в возможности смены гендерной роли, но не в хирургической коррекции; другие могут нуждаться в смене гендерной роли наряду с хирургической коррекцией, но не в гормональном лечении. Другими словами, лечение половой дисфории стало более индивидуализированным.

Поскольку поколение транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов – многим из которых помогли разные терапевтические подходы – повзрослело, они стали более заметны как сообщество и продемонстрировали значительное разнообразие в своих половых идентичностях, ролях и самовыражениях. Некоторые индивидуумы описывают себя не как гендерно неконформных, а как однозначно другого пола (т.е. как представителя другого пола, Bockting, 2008). Другие индивидуумы подтверждают свою уникальную половую идентичность и более не считают себя ни мужчинами, ни женщинами [Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993]. Вместо этого они могут описывать свою половую идентичность особыми терминами, такими, как «трансгендер», «бигендер» или «гендернонеопределенный», утверждая уникальность своего опыта, который может выходить за пределы двоичного понимания пола мужской/женский [Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002]. Они могут не ощущать процесс подтверждения идентичности как «переход», потому что они никогда в полной мере не принимали гендерную роль, приписанную им с рождения, или потому что они реализовывают свою половую идентичность, роль и самовыражение так, что это не требует смены одной гендерной роли на другую. Например, некоторые молодые люди, определяющие себя как «гендернонеопределенные» всегда ощущали свою половую идентичность и роль именно так (гендерно неопределенно). Большая

публичная заметность и осведомленность о гендерном разнообразии [Feinberg, 1996] расширили диапазон возможностей реализации своей идентичности и поиска подходящей гендерной роли и самовыражения для людей, испытывающих половую дисфорию.

Медицинские специалисты могут помочь людям, испытывающим половую дисфорию, в подтверждении их половой идентичности, изучении разных способов выражения этой идентичности и принятии решений о вариантах лечения для облегчения половой дисфории.

Варианты психологического и медицинского лечения половой дисфории

Для индивидуумов, нуждающихся в медицинской помощи в связи с половой дисфорией, существует множество вариантов лечения. Количество и тип применяемых вмешательств, а также их порядок, могут отличаться от индивидуума к индивидууму (например, Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury & Pardo, 2010). Варианты лечения включают следующее:

- изменения в гендерном самовыражении и роли (что может включать в себя эпизодическую или постоянную жизнь в другой гендерной роли, совпадающей с половой идентичностью человека);
- гормональная терапия для феминизации или маскулинизации тела;
- хирургическая коррекция с целью изменения первичных и/или вторичных половых признаков (например, груди/грудь, внешние и/или внутренние гениталии, черты лица, очертания тела);
- психотерапия (индивидуальная, для пар, семейная или групповая) в целях исследования половой идентичности, роли и самовыражения; работы с отрицательным влиянием половой дисфории и стигмы на психическое здоровье; облегчения внутренней трансфобии; увеличения социальной поддержки и взаимопомощи; улучшения образа тела или развития стрессоустойчивости.

Варианты социальной поддержки и изменения гендерного самовыражения

В дополнение (или в качестве альтернативы) к вышеописанным вариантам лечения и психологического сопровождения, можно применять другие варианты облегчения половой дисфории, например:

- реальные и Интернет-ресурсы взаимопомощи, группы или организации сообщества, которые предоставляют возможности для социальной поддержки и защиты интересов;
- реальные и Интернет-ресурсы поддержки для семьи и друзей;
- постановка голоса и коммуникативная терапия, чтобы помочь индивидуумам развить свои вербальные и невербальные навыки общения, что облегчит достижение удовлетворенности своей половой идентичностью;
- удаление волос с помощью электролиза, лазера или воска;
- бинтование или подкладывание грудей, маскировка гениталий или протезирование пениса, подкладывание в области бедер или ягодиц;
- смена имени и пола в удостоверяющих личность документах.

VI

Оценка состояния и лечение детей и подростков с половой дисфорией

Существует множество различий в феноменологии, направлении развития и подходах к лечению половой дисфории у детей, подростков и взрослых. У детей и подростков имеет место быстрый и значительный процесс развития (физического, психологического и сексуального), присутствует большая неопределенность и изменчивость в результатах, особенно у детей препубертатного возраста.

Соответственно, данный раздел СМП предлагает специальные клинические рекомендации для оценки и лечения половой дисфории у детей и подростков.

Различия между детьми и подростками с половой дисфорией

Важное различие между детьми и подростками с половой дисфорией заключается в пропорции тех, для кого дисфория сохранится во взрослости. Половая дисфория в период детства необязательно продолжится во взрослости.⁵ Наоборот, в катамнестических исследованиях детей препубертатного возраста (в основном мальчиков), которых направляли в клиники для оценки половой дисфории, дисфория сохранялась во взрослости только у 6-23 % детей [Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995]. Мальчики в этих исследованиях чаще идентифицировали себя во взрослости в качестве геев, чем в качестве транссексуалов [Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984]. Новейшие исследования, также включившие девочек, установили сохранение половой дисфории во взрослости на уровне 12-27 % [Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008].

Для подростков, напротив, сохранение половой дисфории во взрослости гораздо более вероятно. Никаких официальных перспективных исследований не существует. Однако в катамнестическом исследовании 70-и подростков, которым был поставлен диагноз «половая дисфория» и которые получали подавляющие половое созревание гормоны, все в дальнейшем осуществили изменение пола, начав с феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии [de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010].

Еще одно различие между детьми и подростками с половой дисфорией состоит в численном соотношении полов в каждой возрастной группе. Среди направленных в клиники детей с половой дисфорией младше 12 лет соотношение мальчиков к девочкам колебалось от 6:1 до 3:1 [Zucker, 2004]. Среди направленных в клиники подростков с половой дисфорией старше 12 лет соотношение полов мужской/женский близко к 1:1 [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003].

⁵ Гендерно неконформное поведение у детей может продолжаться во взрослости, однако оно необязательно указывает на половую дисфорию и необходимость лечения. Как описано в разделе III, половая дисфория не тождественна разнообразию гендерного самовыражения.

Как было указано в разделе IV и Zucker и Lawrence (2009 г.), официальных эпидемиологических исследований по половой дисфории – у детей, подростков и взрослых – не хватает. Необходимы дополнительные исследования для уточнения оценок ее распространенности и продолжительности среди населения разных стран мира.

Феноменология у детей

Дети такого юного возраста как 2 года могут проявлять черты, которые будут указывать на половую дисфорию. Они могут изъявлять желание быть другого пола и могут быть недовольны своими физическими половыми признаками и функциями. Кроме того, они могут предпочитать одежду, игры и игрушки, которые обычно связаны с другим полом, и предпочитать играть с ровесниками другого пола. В этих чертах проявляется неоднородность: некоторые дети демонстрируют крайне гендерно неконформное поведение и желания, сопровождаемые постоянным и сильным дискомфортом по поводу своих первичных половых признаков. У других детей эти характеристики не такие сильные или присутствуют лишь частично [Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a].

Дети с половой дисфорией относительно часто имеют сопутствующие интернализированные расстройства, такие, как тревожность и депрессия [Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002]. Представляется, что распространенность расстройств аутического характера у направленных в клиники детей с половой дисфорией выше, чем у остального населения [de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010].

Феноменология у подростков

У большинства детей половая дисфория исчезнет до пубертатного периода или в ранней его стадии. Однако у некоторых детей эти чувства усилятся, и отвращение к телу разовьется или возрастет по мере их превращения в подростков и развития вторичных половых признаков [Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995]. Данные одного исследования указывают на то, что более крайние степени гендерной неконформности в детстве связаны с сохранением половой дисфории в позднем

подростковом периоде и в ранней взрослости [Wallien & Cohen-Kettenis, 2008]. Тем не менее, многие подростки и взрослые, обращающиеся по поводу половой дисфории, не сообщают об анамнезе гендерно неконформного поведения в детстве [Docter, 1988; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998]. Поэтому для окружающих (родителей, других членов семьи, друзей и членов сообщества) может стать неожиданностью, когда юношеская половая дисфория впервые проявляется в подростковом возрасте.

Подростки, ощущающие свои первичные и/или вторичные половые признаки и свой зарегистрированный пол не соответствующими своей половой идентичности, могут в связи с этим испытывать сильный дистресс. Многие, хотя и не все, подростки с половой дисфорией имеют сильное желание принимать гормоны и сделать хирургическую коррекцию. Растущее количество подростков начало жить в своей желаемой гендерной роли до поступления в старшие классы [Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003].

Среди подростков, направляемых в клиники по изменению пола, количество подходящих для раннего медицинского лечения – начиная с аналогов гонадолиберина для подавления полового созревания на первых стадиях Таннера – отличается по странам и центрам. Не все клиники предлагают подавление полового созревания. Если такое лечение предлагается, пубертатная стадия, на которой подросткам разрешается его начинать, варьируется от 2-ой стадии Таннера до 4-ой [Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., в печати]. Доля леченых подростков, скорее всего, зависит от организации медицинской помощи, страхового покрытия, культурных различий, мнения медицинских специалистов и диагностических процедур, предлагаемых в различных условиях.

Неопытные клиницисты могут перепутать симптомы половой дисфории с бредом. С точки зрения феноменологии, существует качественное различие между проявлением половой дисфории и проявлением бреда или других психотических симптомов. Подавляющее большинство детей и подростков с половой дисфорией не страдают скрытыми тяжелыми психиатрическими заболеваниями, такими как психотические расстройства [Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, опубликовано онлайн перед изданием 07.01.2011].

Чаще подростки с половой дисфорией имеют сопутствующие интернализированные расстройства, такие как тревожность и депрессия, и/или экстернализированные расстройства, такие как оппозиционное расстройство неповиновения [de Vries et al., 2010]. Представляется, что, как и у детей, распространенность расстройств аутического характера у направленных в клиники подростков с половой дисфорией выше, чем у остальных подростков [de Vries et al., 2010].

Компетентность специалистов по психическому здоровью, работающих с детьми или подростками с половой дисфорией

Ниже перечислены рекомендуемые минимальные квалификационные требования для специалистов по психическому здоровью, которые оценивают, выдают направление и осуществляют лечение детей и подростков, обращающихся по поводу половой дисфории:

1. Соответствовать квалификационным требованиям к специалистам по психическому здоровью, работающим со взрослыми – как описано в разделе VII.
2. Пройти обучение по возрастным психопатологиям детей и подростков.
3. Быть компетентными в диагностике и лечении обычных проблем детей и подростков.

Роль специалистов по психическому здоровью, работающих с детьми и подростками с половой дисфорией

Роль специалистов по психическому здоровью, работающих с детьми и подростками с половой дисфорией, может включать следующее:

1. Непосредственно оценивать половую дисфорию у детей и подростков (см. общее руководство по оценке, ниже).
2. Предоставлять семейное консультирование и поддерживающую психотерапию, чтобы помочь детям и подросткам исследовать их половую идентичность, снижая дистресс, связанный с их половой дисфорией, и облегчая любые другие психосоциальные затруднения.
3. Оценивать и лечить любые сопутствующие проблемы с психическим здоровьем детей и подростков (или направлять на лечение к другому специалисту по психическому здоровью). Решение таких проблем является необходимым элементом всего курса лечения.

4. Направлять подростков на дополнительные физические вмешательства (такие, как гормональное подавление полового созревания) для уменьшения половой дисфории. Направление должно включать документацию с оценкой половой дисфории и психического здоровья, соответствия подростка требованиям для физических вмешательств (описано ниже), соответствующее экспертное заключение специалиста по психическому здоровью и любую другую информацию, связанную со здоровьем подростка и направлением на отдельные виды лечения.
5. Просвещать и выступать в защиту от лица детей и подростков с половой дисфорией и их семей в их сообществах (например, в центрах дневного ухода за детьми, школах, детских лагерях, других организациях). Это особенно важно ввиду того факта, что дети и подростки, которые не соответствуют предписанным обществом гендерным нормам, могут испытывать в школах нападки [Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005], подвергающие их риску социальной изоляции, депрессии и других негативных последствий [Nuttbrock et al., 2010].
6. Предоставлять детям, подросткам и их семьям информацию и направление на взаимопомощь, такую, как группы поддержки для родителей гендерно неконформных детей и детей-транссексуалов [Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002].

Оценка состояния и психосоциальные вмешательства для детей и подростков нередко предоставляются многопрофильной специализирующейся на половой идентичности службой. В случае если такая многопрофильная служба недоступна, специалист по психическому здоровью должен предоставить консультирование и наладить связь с педиатром-эндокринологом с целью оценки, просвещения и вовлечения в принятие любых решений о физических вмешательствах.

Психологическая оценка детей и подростков

При оценке детей и подростков, обращающихся по поводу половой дисфории, специалистам по психическому здоровью следует в целом руководствоваться следующими принципами:

1. Специалисты по психическому здоровью не должны отбрасывать или выражать отрицательного отношения к неконформным половым идентичностям или признакам половой дисфории. Скорее, им следует признавать проблемы, с которыми обращаются дети, подростки и их семьи, предлагать тщательную оценку

половой дисфории и любых сопутствующих проблем психического здоровья и просвещать клиентов и их семьи по поводу вариантов лечения, если необходимо. Приятие и снятие секретности способны принести значительное облегчение детям/подросткам с половой дисфорией и их семьям.

2. Оценка половой дисфории и психического здоровья должна исследовать природу и особенности половой идентичности ребенка или подростка. Должна быть выполнена психодиагностическая и психиатрическая оценка (охватывающая сферу функционирования эмоций, взаимоотношений со сверстниками и других социальных связей и функционирование интеллекта/достижения в учебе). Оценка должна включать анализ сильных и слабых сторон функционирования семьи. Эмоциональные и поведенческие проблемы относительно распространены, и в окружении ребенка или подростка могут быть нерешенные проблемы [de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thummel, 2006; Wallien et al., 2007].
3. У подростков стадия оценки должна также использоваться для информирования их и их семей о возможностях и ограничениях разных видов лечения. Это необходимо для информированного согласия, но также важно и для оценки. То, как подростки реагируют на информацию о реальности изменения пола, может быть информативно с диагностической точки зрения. Правильная информация может изменить желание подростка пройти определенное лечение, если желание основывалось на нереалистичных ожиданиях о его возможностях.

Психологические и социальные вмешательства для детей и подростков

При поддержке и лечении детей и подростков с половой дисфорией медицинским специалистам следует в целом руководствоваться следующими принципами:

1. Специалисты по психическому здоровью должны помогать семьям откликаться с приятием и заботой на проблемы своего ребенка или подростка, испытывающего половую дисфорию. Семья играет важную роль в психологическом здоровье и благополучии подростка [Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004]. Это также касается сверстников и наставников из сообщества, т.к. они могут послужить дополнительным источником социальной поддержки.

2. Психотерапия должна быть сосредоточена на уменьшении у ребенка или подростка дистресса, связанного с половой дисфорией, и на облегчении любых других психосоциальных трудностей. Для подростков, намеренных пройти изменение пола, психотерапия может быть сосредоточена на поддержке до, во время и после изменения. Пока еще не опубликовано никаких официальных оценок различных психотерапевтических подходов к данной ситуации, но несколько методов консультирования уже описано [Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006].

Лечение, направленное на попытку изменить половую идентичность и гендерное самовыражение индивидуума с целью их большего соответствия зарегистрированному полу, предпринималось в прошлом безуспешно [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], в частности, в долгосрочной перспективе [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. Такое лечение больше не считается этичным.

3. Следует помогать семьям справляться с неопределенностью и тревогой по поводу психосексуальных результатов лечения их ребенка/подростка и поддерживать их в помощи подросткам с формированием положительной самооценки.
4. Специалисты по психическому здоровью не должны навязывать двоичный взгляд на пол. Они должны дать клиенту пространство для исследования различных вариантов гендерного самовыражения. Гормональные или хирургические вмешательства одним подросткам необходимы, а другим – нет.
5. Клиентов и их семьи необходимо поддерживать в принятии сложных решений относительно предела, до которого клиентам можно выражать гендерную роль, соответствующую их половой идентичности, а также относительно распределения во времени изменений в гендерной роли и возможного социального перехода. Например, клиент мог посещать школу, совершая социальный переход только частично (например, одеваясь и нося прическу, отражающие его половую идентичность) или целиком (например, также используя имя и местоимения, соответствующие его половой идентичности). К сложным вопросам относятся: следует ли и когда информировать других людей о ситуации клиента, и как другие должны реагировать.
6. Медицинские специалисты должны поддерживать клиентов и их семьи как просветители и защитники в их взаимодействиях с членами сообщества и властями, такими, как учителя, школьные советы и суды.

7. Специалистам по психическому здоровью необходимо стремиться к поддержанию лечебных взаимоотношений с гендерно неконформными детьми/подростками и их семьями в течение всех последующих социальных изменений или физических вмешательств. Это обеспечит продуманность и регулярный пересмотр решения о гендерном самовыражении и лечении половой дисфории. Та же самая аргументация применяется, когда ребенок или подросток уже изменил в обществе гендерную роль до визита к специалисту по психическому здоровью.

Социальный переход в раннем детстве

Некоторые дети заявляют, что они хотели бы осуществить социальный переход в другую гендерную роль, задолго до полового созревания. У некоторых детей это может отражать самовыражение их половой идентичности. У других это может быть мотивировано иными факторами. Семьи различаются в пределах, до которых они позволяют своим детям младшего возраста осуществить социальный переход к другой гендерной роли. Успешный социальный переход в раннем детстве действительно имеет место в некоторых семьях. Вопрос этот противоречив, и медицинские специалисты придерживаются разных взглядов. Существующей совокупности данных недостаточно для прогнозирования долгосрочных результатов осуществления перехода гендерной роли в раннем детстве. Исследование результатов у детей, осуществивших ранний социальный переход, значительно дополнит последующие клинические рекомендации.

Медицинские специалисты могут помочь семьям в принятии решений о распределении во времени и процессе любых изменений в гендерной роли у их детей младшего возраста. Они должны предоставлять информацию и помогать родителям взвесить все возможные выгоды и сложности того или иного выбора. В этой связи уместно вспомнить ранее упомянутые сравнительно низкие показатели продолжительности половой дисфории в детстве [Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008]. Возвращение к первоначальной гендерной роли может вызывать сильный дистресс и даже приводить к откладыванию этого второго социального перехода со стороны ребенка [Steensma & Cohen-Kettenis, 2011]. По таким причинам, как эти, родители могут хотеть представить это изменение роли как исследование жизни в другой гендерной роли, а не как необратимую ситуацию. Специалисты по психическому здоровью могут помочь родителям в определении возможных промежуточных решений или компромиссов (например, только когда на каникулах). Также важно, чтобы родители ясно дали ребенку знать, что есть путь назад.

Вне зависимости от решений семьи относительно перехода (распределение во времени, предел), специалисты должны консультировать и поддерживать их по мере их переживания вариантов и последствий. Если родители не позволяют своему ребенку младшего возраста осуществить переход гендерной роли, им может понадобиться консультирование, чтобы помочь им удовлетворить потребности их ребенка с чуткостью и заботой, гарантируя, что у ребенка есть все возможности исследовать гендерные ощущения и поведение в безопасной среде. Если родители разрешают своим детям младшего возраста осуществить переход гендерной роли, им может понадобиться консультирование для содействия положительному опыту их ребенка. Например, им может быть нужна поддержка в использовании правильных местоимений, создании безопасной и поддерживающей среды для их осуществляющего переход ребенка (например, в школе или в группе сверстников) и в общении с другими людьми в окружении ребенка. В любом случае, по мере приближения ребенка к половому созреванию может потребоваться дальнейшая оценка, когда варианты физических вмешательств станут уместными.

Физические вмешательства для подростков

Прежде чем рассматривать варианты физического вмешательства для подростков, как указано выше, необходимо провести всестороннее изучение психологических, семейных и социальных аспектов. Длительность этого изучения может значительно отличаться, в зависимости от сложности ситуации.

Физические вмешательства должны рассматриваться в контексте подросткового развития. Некоторых убеждений по поводу идентичности подростки могут твердо придерживаться и четко выражать, создавая ложное впечатление необратимости. Сдвиг подростка в сторону гендерной конформности может произойти, в основном, в угоду родителям и может не сохраниться надолго или не отражать долговременного изменения в половой дисфории [Hembree et al., 2009; Steensma et al., опубликовано онлайн перед изданием 07.01.2011].

Физические вмешательства для подростков подразделяются на три категории или стадии [Hembree et al., 2009]:

1. *Полностью обратимые вмешательства.* Включают применение аналогов гонадолиберина для подавления секреции эстрогена или тестостерона и таким образом задерживают физические изменения полового созревания. Альтернативные варианты лечения включают прогестины (чаще всего медроксипрогестерона) или других препаратов (таких, как спиронолактон), которые

уменьшают воздействие андрогенов, выделяемых яичками подростков, которые не получают аналоги гонадолиберина. Продолжительный прием пероральных контрацептивов (или депо медроксипрогестерона) может использоваться для подавления менструаций.

2. *Частично обратимые вмешательства.* Включают гормональную терапию для маскулинизации или феминизации тела. Некоторые вызываемые гормонами изменения могут требовать восстановительных операций для обращения их воздействия (например, гинекомастия, вызванная эстрогенами), в то время как другие изменения необратимы (например, понижение голоса, вызванное тестостероном).

3. *Необратимые изменения.* Это хирургические процедуры.

Поэтапный процесс рекомендуется для того, чтобы варианты лечения оставались доступными в течение первых двух стадий. Переход от одной стадии к другой не должен происходить, пока не пройдет достаточно времени для того, чтобы подросток и его родители полностью привыкли к результатам предыдущих вмешательств.

Полностью обратимые вмешательства

Подростков можно считать подходящими для назначения подавляющих половое созревание гормонов, как только начались пубертатные изменения. Для того, чтобы подростки и их родители могли принять обоснованное решение о задержке созревания, рекомендуется, чтобы подростки прошли начало полового созревания до, по крайней мере, 2-ой стадии Таннера. Некоторые дети доходят до этой стадии очень рано (например, в возрасте 9 лет). Исследования, оценивающие этот подход, включали детей, которым было как минимум 12 лет [Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006].

Две цели оправдывают вмешательство с применением подавляющих половое созревание гормонов: 1) их применение дает подросткам больше времени на исследование их гендерной неконформности и другие вопросы развития; и 2) их применение может облегчить переход посредством предупреждения развития половых признаков, которые трудно или невозможно обратить, если подросток впоследствии продолжит изменение пола.

Подавление полового созревания может продолжаться несколько лет, в течение которых принимается решение или о прекращении всей гормональной терапии, или о переходе к феминизирующему/маскулинизирующему гормональному курсу. Подавление полового созревания необязательно неизбежно ведет к социальному переходу или к изменению пола.

Критерии для подавляющих половое созревание гормонов

Для назначения подросткам подавляющих половое созревание гормонов должны быть соблюдены следующие минимальные критерии:

1. У подростка проявляется долговременная и сильная гендерная неконформность или половая дисфория (или подавленная, или выраженная).
2. Половая дисфория возникла или усилилась с началом полового созревания.
3. Любые сопутствующие психологические, медицинские или социальные проблемы, которые могли бы помешать лечению (например, которые могли бы подорвать соблюдение режима лечения), разрешены, так что ситуация и жизнедеятельность подростка достаточно стабильны, чтобы начать лечение.
4. Подросток дал информированное согласие и, в частности, когда подросток еще не достиг возраста медицинского согласия, родители, или другие опекуны, или попечители дали согласие на лечение и вовлечены в поддержку подростка в процессе лечения.

Режимы, мониторинг и риски подавления полового созревания

Для подавления полового созревания подростков с мужскими гениталиями следует лечить аналогами гонадолиберина, которые останавливают секрецию лютеинизирующего гормона и, таким образом, секрецию тестостерона. В качестве альтернативы их можно лечить прогестинами (такими, как медроксипрогестерон) или другими препаратами, блокирующими секрецию тестостерона и/или нейтрализующими действие тестостерона. Подростков с женскими гениталиями следует лечить аналогами гонадолиберина, которые останавливают продуцирование эстрогенов и прогестерона. В качестве альтернативы их можно лечить прогестинами (такими, как медроксипрогестерон). Продолжительный прием пероральных контрацептивов (или депо медроксипрогестерона) может использоваться для подавления менструаций. В обеих группах подростков применение аналогов гонадолиберина является

предпочтительным лечением [Hembree et al., 2009], но их высокая стоимость может быть преградой некоторым пациентам.

При подавлении полового созревания необходимо вести внимательное наблюдение за физическим развитием подростка, – предпочтительно, детскому эндокринологу – чтобы можно было провести любые необходимые вмешательства (например, установить достаточный соответствующий полу рост, поправить ятрогенную низкую плотность костного мозга) [Hembree et al., 2009].

Раннее применение подавляющих половое созревание гормонов способно предотвратить отрицательные социальные и эмоциональные последствия половой дисфории с большей эффективностью, чем их более позднее применение. Вмешательство в раннем подростковом возрасте следует проводить под наблюдением детского эндокринолога, если возможно. Подростки с мужскими гениталиями, начинающие принимать аналоги гонадолиберина рано в период полового созревания, должны быть проинформированы, что в результате ткани пениса может оказаться недостаточно для применения техники пенильной инверсии при вагинопластике (альтернативные техники, такие как использование кожного лоскута или тканей толстой кишки, остаются доступными).

Ни подавление полового созревания, ни невмешательство в половое созревание не являются нейтральным действием. С одной стороны, дальнейшая жизнедеятельность может быть нарушена развитием необратимых вторичных половых признаков в ходе полового созревания и годами жизни с сильной половой дисфорией. С другой стороны, есть опасения по поводу отрицательных физических побочных эффектов применения аналогов гонадолиберина (например, на развитие костей и на рост). Хотя самые первые результаты этого подхода (оцененные для подростков, наблюдаемых более 10 лет) многообещающи [Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006], его долгосрочные результаты могут быть установлены, когда самые первые леченые пациенты достигнут соответствующего возраста.

Частично обратимые вмешательства

Подростки могут допускаться к началу феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии, предпочтительно с согласия родителей. Во многих странах в возрасте 16-летние юридически считаются взрослыми для принятия медицинских решений, и им не требуется родительское согласие. В идеале, лечебные решения должны приниматься совместно подростком, семьей и лечащим коллективом.

Графики гормональной терапии у подростков с половой дисфорией значительно отличаются от применяемых у взрослых [Hembree et al., 2009]. Графики гормонов адаптированы для подростков, принимая во внимание соматическое, эмоциональное и психическое развитие, которое продолжается в течение всего подросткового периода [Hembree et al., 2009].

Необратимые вмешательства

Хирургические операции на гениталиях не должны проводиться, пока (1) пациент не достигнет юридического возраста совершеннолетия в конкретной стране и (2) пациент не проживет непрерывно в течение хотя бы 12 месяцев в гендерной роли, соответствующей его половой идентичности. Возрастной порог следует рассматривать как минимальный критерий, а не как отдельный достаточный показатель для активного вмешательства.

Хирургия груди для FtM-пациентов может выполняться раньше, предпочтительно по истечении достаточного количества времени, прожитого в предпочтительной гендерной роли, и после одного года лечения тестостероном. Цель предлагаемой последовательности – дать подросткам достаточную возможность прожить и социально приспособиться к более маскулинной гендерной роли, прежде чем подвергнуться необратимой операции. Однако другие подходы могут больше подходить, в зависимости от конкретной клинической ситуации подростка и целей в выражении половой идентичности.

Риски отказа подросткам в лечении

Отказ подросткам в своевременных медицинских вмешательствах может продлить половую дисфорию и способствовать формированию внешности, которая может провоцировать оскорбления и общественное осуждение. Так как уровень оскорблений по признаку пола тесно связан со степенью психиатрического дистресса в подростковом возрасте [Nuttbrock et al., 2010], отказ в подавлении полового созревания и последующей феминизирующей или маскулинизирующей гормональной терапии не является нейтральным вариантом для подростков.

VII

Психическое здоровье

Транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы могут обращаться за помощью специалиста по психическому здоровью по многим причинам. Вне зависимости от причины, по которой человек обращается за помощью, специалисты по психическому здоровью должны владеть знаниями о гендерной неконформности, действовать с необходимой культурной компетентностью и проявлять деликатность при оказании помощи.

Данный раздел СМП сосредоточен на роли специалистов по психическому здоровью в оказании медицинской помощи взрослым, обращающимся к ним по поводу половой дисфории и связанных с ней проблем. Специалистам, работающим с детьми и подростками с половой дисфорией и их семьями, следует обращаться к разделу VI.

Компетентность специалистов по психическому здоровью, работающих со взрослыми, обращающимися по поводу половой дисфории

Подготовка специалистов по психическому здоровью, квалифицированных для работы со взрослыми с половой дисфорией, основывается на базовой общей клинической подготовке по оценке, диагностике и лечению проблем психического здоровья. Клиническая подготовка может осуществляться по любой дисциплине, которая готовит специалистов по психическому здоровью к клинической практике: психологии, психиатрии, социальной работе, психолого-психиатрическому консультированию, семейной и супружеской терапии, медсестринскому делу или семейной медицине со специальной подготовкой по поведенческому здоровью и консультированию. Ниже перечислены рекомендуемые минимальные квалификационные требования для специалистов по психическому здоровью, которые работают со взрослыми, обращающимися по поводу половой дисфории:

1. Степень магистра или ее эквивалент в области клинических поведенческих наук. Эта или более высокая степень должна быть присвоена учреждением, аккредитованным соответствующим национальным или региональным аккредитуемым органом.

Специалисту по психическому здоровью необходимо иметь квалификацию, подтвержденную документами, выданными соответствующими лицензирующими органами или их аналогом в конкретной стране.

2. Компетентность в применении Диагностико-статистического руководства по психическим расстройствам и/или Международной классификации болезней в диагностических целях.
3. Умение распознавать и диагностировать сопутствующие проблемы психического здоровья и отличать их от половой дисфории.
4. Задokumentированная проконтролированная подготовка и компетентность в психотерапии или консультировании.
5. Познания в области гендерно неконформных идентичностей и самовыражений и оценки и лечения половой дисфории.
6. Непрерывное образование в области оценки и лечения половой дисфории. Сюда может входить посещение соответствующих профессиональных встреч, симпозиумов или семинаров, прохождение супервизии у специалиста по психическому здоровью, имеющего соответствующий опыт, или участие в исследованиях, связанных с гендерной неконформностью и половой дисфорией.

Помимо перечисленных минимальных квалификационных требований рекомендуется, чтобы специалисты по психическому здоровью развивали и поддерживали культурную компетентность для облегчения их работы с транссексуалами, трансгендерами и гендерно неконформными клиентами. Это может включать, например, увеличение осведомленности о текущих вопросах сообщества, защиты интересов и публичной политики, связанных с этими клиентами и их семьями. Кроме того, предпочтительно иметь знания о сексуальности, проблемах сексуального здоровья и оценке и лечении сексуальных расстройств.

Специалистам по психическому здоровью, впервые работающим в данном профиле (вне зависимости от их уровня подготовки и другого опыта), следует работать под контролем специалиста по психическому здоровью с признанной компетентностью в оценке и лечении половой дисфории.

Задачи специалистов по психическому здоровью, работающих со взрослыми, обращающимися по поводу половой дисфории

Специалисты по психическому здоровью могут помочь транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам и их семьям множеством способов, в зависимости от потребностей клиента. Например, специалисты по психическому здоровью могут выступать в качестве психотерапевта, консультанта, или семейного терапевта, или диагноста/эксперта, защитник интересов, или просветитель.

Специалисты по психическому здоровью должны определять причины, по которым клиент обращается за профессиональной помощью. Например, клиент может обратиться за любым сочетанием следующих медицинских услуг: психотерапевтическая помощь в исследовании половой идентичности и гендерного самовыражения или облегчение процесса раскрытия своей идентичности; оценка и направление на феминизирующие/маскулинизирующие медицинские вмешательства; психологическая поддержка для членов семьи (партнеры, дети, родственники); или психотерапия, не связанная с гендерными проблемами; или другие профессиональные услуги.

Ниже дано общее руководство по стандартным задачам, которые могут выполнять специалисты по психическому здоровью при работе со взрослыми, обращающимися по поводу половой дисфории.

Задачи, связанные с оценкой состояния и направлением на лечение

1. Оценить половую дисфорию.

Специалисты по психическому здоровью оценивают половую дисфорию клиентов в контексте определения степени их психосоциальной адаптации [Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009]. Процесс оценки включает в себя, как минимум, оценку половой идентичности и половой дисфории, историю и развитие ощущений половой дисфории, влияние стигмы, связанной с гендерной неконформностью, на психическое здоровье и наличие поддержки со стороны семьи, друзей и ровесников (например, личное или онлайн общение с другими транссексуалами, трансгендерами или гендерно неконформными индивидуумами или группами). Результатом оценки может быть

отсутствие диагноза, официальный диагноз, связанный с половой дисфорией, и/или другие диагнозы, описывающие аспекты здоровья клиента и психосоциальную адаптацию. Роль специалистов по психическому здоровью включает в себя необходимость убедиться, что половая дисфория не является вторичной к другим диагнозам и не объясняется ими лучше.

Специалисты по психическому здоровью с компетенциями, перечисленными выше (далее именуемые «квалифицированные специалисты по психическому здоровью»), являются наиболее подготовленными для выполнения такой оценки половой дисфории. Однако эта задача может быть выполнена вместо них медицинским специалистом другого профиля, имеющим необходимую подготовку по поведенческому здоровью, и компетентным в оценке половой дисфории, в частности, если специалист работает в многопрофильном специализированном коллективе, предоставляющем доступ к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Таким специалистом может быть врач, назначающий гормональную терапию, или член лечащего коллектива этого врача.

2. Предоставить информацию о возможных вариантах половой идентичности и гендерного самовыражения и доступных медицинских вмешательствах.

Важной задачей специалистов по психическому здоровью является просвещение клиентов о разнообразии половых идентичностей и гендерных самовыражений и о различных возможностях, доступных для облегчения половой дисфории. Затем специалисты по психическому здоровью могут облегчить процесс (или направить куда-либо еще), посредством которого клиенты исследуют эти различные возможности, с целью найти комфортную гендерную роль и самовыражение и подготовиться принять полностью обоснованное решение относительно доступных медицинских вмешательств, если необходимо. Этот процесс может также включать направление на индивидуальную, семейную или групповую терапию и/или к ресурсам сообщества и средствам взаимопомощи. Специалист и клиент обсуждают последствия, и кратко- и долговременные, любых изменений в гендерной роли и пользу медицинских вмешательств. Эти последствия могут быть психологическими, социальными, физическими, сексуальными, профессиональными, финансовыми и юридическими [Bockting et al., 2006; Lev, 2004].

Эту задачу также лучше всего решать квалифицированному специалисту по психическому здоровью, но она может быть решена и другим специалистом с соответствующей подготовкой по поведенческому здоровью и с достаточными знаниями о гендерно неконформных идентичностях и самовыражениях и о возможных

медицинских вмешательствах при половой дисфории, особенно если специалист работает в многопрофильном специализированном коллективе, предоставляющем доступ к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии.

3. Оценить состояние, поставить диагноз и обсудить способы лечения сопутствующих проблем психического здоровья.

Клиенты, обращающиеся по поводу половой дисфории, могут бороться с рядом проблем в психическом здоровье [Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, & Valdes, 2009; Murad et al., 2010], как связанных, так и не связанных с зачастую испытываемой в течение долгих лет половой дисфорией и/или хроническим стрессом меньшинства. Возможные проблемы включают тревогу, депрессию, причинение себе вреда, оскорбления и пренебрежение в анамнезе, поведенческую персеверацию, злоупотребление алкоголем или наркотиками, сексуальные проблемы, личностные нарушения, расстройства пищевого поведения, психотические расстройства и расстройства аутистического характера [Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009]. Специалисты по психическому здоровью должны выявлять эти и другие проблемы психического здоровья и включать обнаруженные проблемы в общий план лечения. Эти проблемы могут быть существенными источниками дистресса и, оставленные без лечения, могут затруднить процесс исследования половой идентичности и устранения половой дисфории [Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009]. Решение этих проблем может значительно облегчить устранение половой дисфории, возможные изменения гендерной роли, принятие обоснованных решений о медицинских вмешательствах и улучшений в качестве жизни.

Некоторые клиенты могут выиграть от применения психотропных препаратов с целью облегчения симптомов или лечения сопутствующих проблем психического здоровья. Предполагается, что специалисты по психическому здоровью осознают это и могут или назначить медикаментозное лечение самостоятельно, или направить к коллеге с соответствующей квалификацией. Наличие сопутствующих проблем психического здоровья необязательно препятствует возможным изменениям в гендерной роли или доступу к феминизирующим/маскулинизирующим гормонам или операциям; скорее, эти проблемы необходимо оптимально контролировать до или одновременно с лечением половой дисфории. Кроме того, нужно оценить способность клиентов давать обоснованное и информированное согласие на лечение.

Квалифицированные специалисты по психическому здоровью имеют специальную подготовку для оценки, диагностики и лечения (или направления на лечение) таких сопутствующих проблем психического здоровья. Другие медицинские специалисты с соответствующей подготовкой по поведенческому здоровью, в частности, работающие

в многопрофильном специализированном коллективе, предоставляющем доступ к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии, могут также выявлять проблемы психического здоровья и, если показано, направлять на комплексную оценку и лечение к квалифицированному специалисту по психическому здоровью.

4. Если необходимо, оценить наличие показаний, подготовить и направить на гормональную терапию.

В СМП приводятся критерии, помогающие принять решения по феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии (перечисленные в разделе VIII и приложении В). Специалисты по психическому здоровью могут помочь клиентам, планирующим гормональную терапию, подготовиться как психологически (например, принять полностью обоснованное решение с четкими и реалистичными ожиданиями; быть готовым пройти процедуры в соответствии с общим планом лечения; вовлечь семью и сообщество, при необходимости), так и практически (например, пройти осмотр у врача, чтобы исключить или устранить медицинские противопоказания к приему гормонов; обдумать психосоциальные последствия). Если клиенты в детородном возрасте, репродуктивные возможности (см. раздел IX) необходимо исследовать до начала гормональной терапии.

Специалистам по психическому здоровью важно понимать, что все касающиеся гормональной терапии решения принимаются в первую очередь клиентом – как и все решения, касающиеся медицинской помощи. Однако специалисты по психическому здоровью несут ответственность за поощрение, руководство и помощь клиенту в принятии полностью обоснованного решения и соответствующей подготовке. Чтобы наилучшим образом поддерживать решения клиентов, специалистам по психическому здоровью необходимо иметь действующие рабочие взаимоотношения с их клиентами и достаточную информацию о них. Клиенты должны получать быструю и внимательную оценку, с целью облегчения их половой дисфории и предоставления им соответствующих медицинских услуг.

Направление на феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию

Люди могут обратиться к врачу, специализирующемуся в любой дисциплине, чтобы добиться феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Однако медицинская помощь транссексуалам является междисциплинарной областью, и рекомендуется координировать помощь и направление на лечение внутри всего коллектива, лечащего клиента.

Гормональную терапию можно начать по направлению квалифицированного специалиста по психическому здоровью. В качестве альтернативы медицинский специалист, получивший необходимую подготовку по поведенческому здоровью и компетентный в оценке половой дисфории, может оценить наличие показаний, подготовить и направить пациента на гормональную терапию, особенно при отсутствии значительных сопутствующих проблем психического здоровья и если специалист работает в контексте специализированного многопрофильного коллектива. Выдающий направление медицинский специалист предоставляет документацию – в карте и/или в направлении – с анамнезом жизни и лечения пациента, ходе и наличием показаний. Медицинские специалисты, рекомендующие гормональную терапию, разделяют этическую и юридическую ответственность за это решение с терапевтом, оказывающим услугу.

Рекомендуемое содержание направления на феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию следующее:

1. Общие отличительные особенности клиента.
2. Результаты психосоциальной оценки клиента, включая любые диагнозы.
3. Продолжительность взаимодействия дающего направление медицинского специалиста с клиентом, включая тип оценки и лечения или консультирования на момент направления.
4. Разъяснение, что критерии для гормональной терапии удовлетворены, и краткое описание клинического обоснования поддержки запроса клиента на гормональную терапию.
5. Утверждение о факте получения информированного согласия у пациента.
6. Утверждение, что направляющий специалист доступен для координации лечения и ожидает телефонного звонка для ее налаживания.

Специалистам, работающим в многопрофильном специализированном коллективе, направление может не требоваться, скорее, оценка и рекомендация могут быть задокументированы в медицинской карте пациента.

5. Если необходимо, оценить наличие показаний, подготовить и направить на операции.

В СМП приводятся критерии, помогающие принять решения об операции на молочных железах/груди и генитальной хирургии (перечисленные в разделе XI и приложении В). Специалисты по психическому здоровью могут помочь клиентам, планирующим операции, подготовиться как психологически (например, принять полностью обоснованное решение с четкими и реалистичными ожиданиями; быть готовыми пройти процедуры в соответствии с общим планом лечения; вовлечь семью и сообщество, при необходимости), так и практически (например, осуществить обоснованный выбор хирурга для выполнения процедуры; организовать послеоперационное ведение). Если клиенты в детородном возрасте, репродуктивные возможности (см. раздел IX) необходимо исследовать до проведения генитальных операций.

СМП не устанавливает критерии для остальных хирургических процедур, таких, как феминизирующая или маскулинизирующая лицевая хирургия, однако, специалисты по психическому здоровью могут сыграть важную роль, помогая клиентам принять полностью обоснованные решения о распределении во времени и последствиях таких процедур в контексте общего раскрытия своей идентичности или процесса перехода.

Специалистам по психическому здоровью важно понимать, что все касающиеся операций решения принимаются в первую очередь клиентом – как и все решения, касающиеся медицинской помощи. Однако специалисты по психическому здоровью несут ответственность за поощрение, руководство и помощь клиенту в принятии полностью обоснованного решения и соответствующей подготовке. Чтобы наилучшим образом поддерживать решения клиентов, специалистам по психическому здоровью необходимо иметь действующие рабочие взаимоотношения с их клиентами и достаточную информацию о них. Клиенты должны получать быструю и внимательную оценку, с целью облегчения их половой дисфории и предоставления им соответствующих медицинских услуг.

Направление на операцию

Хирургическое лечение половой дисфории можно начать по направлению (одному или двум, в зависимости от вида операции) квалифицированного специалиста по психическому здоровью. Выдающий направление медицинский специалист предоставляет документацию – в карте и/или в направлении – с анамнезом жизни и лечения пациента, ходе и наличием показаний. Медицинские специалисты, рекомендуя операцию, разделяют этическую и юридическую ответственность за это решение с хирургом.

- Одно направление от квалифицированного специалиста по психическому здоровью необходимо для операций на молочных железах/груди (таких, как мастэктомия, восстановление груди или увеличивающая маммопластика).
- Два направления – от специалистов по психическому здоровью, независимо оценивших пациента – требуются для генитальных операций (т.е. гистерэктомии/сальпингоофорэктомия, орхиэктомия, генитальные восстановительные операции). Если первое направление выдано психотерапевтом пациента, второе должно быть от лица, которое играло только оценивающую роль при работе с пациентом. Может быть отправлено два отдельных письма или одно, подписанное обоими специалистами (например, если они работают в одной клинике). Каждое из направлений к врачу, тем не менее, должно охватывать одинаковые темы из областей, приведенных ниже.

Обратите внимание, что направление от специалиста по психическому здоровью не требуется для выполнения гистерэктомии/сальпингоовариэктомии или орхиэктомии по причинам, не связанным с половой дисфорией, или в связи с другими диагнозами.

Рекомендуемое содержание направлений на операции следующее:

1. Общие отличительные особенности клиента.
2. Результаты психосоциальной оценки клиента, включая любые диагнозы.
3. Продолжительность взаимодействия специалиста по психическому здоровью с клиентом, включая тип оценки и лечения или консультирования на момент направления.
4. Разъяснение, что критерии для операции удовлетворены, и краткое описание клинического обоснования поддержки запроса пациента на операцию.
5. Утверждение о факте получения информированного согласия у пациента.
6. Утверждение, что специалист по психическому здоровью доступен для координации лечения и ожидает телефонного звонка для ее налаживания.

Специалистам, работающим в многопрофильном специализированном коллективе, направление может не требоваться, скорее, оценка и рекомендация могут быть задокументированы в медицинской карте пациента.

Взаимодействие специалистов по психическому здоровью с назначающими гормоны врачами, хирургами и другими медицинскими специалистами

Лучше всего для специалистов по психическому здоровью выполнять свою работу и периодически обсуждать прогресс и получать консультации у других специалистов-коллег (как в психическом здоровье, так и в других медицинских дисциплинах), которые компетентны в оценке и лечении половой дисфории. Взаимодействие между специалистами, вовлеченными в медицинскую помощь клиенту, должно оставаться коллективным, с координацией и консилиумами по мере необходимости. Открытая и последовательная коммуникация может быть необходима для консультации, направления на лечение и решения послеоперационных проблем.

Задачи, связанные с психотерапией

1. Психотерапия не является обязательным условием гормональной терапии и операций.

Проверка и/или оценка психического здоровья, как описано выше, необходимы для направления на гормональную терапию и хирургическое лечение половой дисфории. В противоположность им психотерапия – хотя и весьма желательна – необязательна.

СМП не дает рекомендаций о минимальном количестве психотерапевтических сеансов до гормональной терапии или операций. Причины для этого многогранны [Lev, 2009]. Во-первых, минимальное количество сеансов имеет тенденцию толкования в качестве барьера, который препятствует истинной возможности личностного роста. Во-вторых, специалисты по психическому здоровью могут предложить клиентам важную поддержку на всех стадиях исследования половой идентичности, гендерного самовыражения и возможного перехода – не только до любых возможных медицинских вмешательств. В-третьих, клиенты различаются по своим возможностям достигать сходных целей в заданный период времени.

2. Цели психотерапии у взрослых, имеющих гендерные проблемы.

Главная цель психотерапии – найти способы максимально увеличить общее психологическое благополучие, качество жизни и самореализацию индивидуума.

Психотерапия не направлена на изменение половой идентичности индивидуума; скорее, психотерапия может помочь индивидууму исследовать гендерные проблемы и найти способы облегчения половой дисфории, при ее наличии [Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004]. Как правило, общая цель лечения – помочь транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам достичь долговременного комфорта в выражении их половой идентичности, с реалистичными шансами на успех в отношениях, образовании и работе. Дополнительные подробности см. у Fraser [Fraser, 2009c].

Терапия может состоять из личной, семейной, парной или групповой психотерапии, последняя является особенно важной для развития взаимопомощи.

3. Психотерапия для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных клиентов, включая консультирование и поддержку изменений в гендерной роли.

Поиск комфортной гендерной роли является, прежде всего, психосоциальным процессом. Психотерапия может быть бесценной в помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам со всем нижеследующим: 1) выяснение и исследование половой идентичности и гендерной роли; 2) снятие влияния стигмы и стресса меньшинства на психическое здоровье и развитие человека; 3) облегчение процесса раскрытия половой идентичности [Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004], который для отдельных индивидуумов может включать изменения в выражении гендерной роли и применение феминизирующих/маскулинизирующих медицинских вмешательств.

Специалисты по психическому здоровью могут предоставлять поддержку и стимулировать навыки межличностных отношений и стрессоустойчивость у индивидуумов и их семей по мере того, как они прокладывают курс в мире, который зачастую плохо подготовлен к принятию и уважению транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов. Психотерапия также может помочь в облегчении любых сопутствующих проблем психического здоровья (например, тревоги, депрессии), выявленных при обследовании и оценке.

Для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов, которые планируют изменить гендерные роли навсегда и осуществить социальный переход гендерной роли, специалисты по психическому здоровью могут облегчить разработку индивидуального плана с отдельными целями и временными рамками. Несмотря на то, что опыт изменения гендерной роли отличается для каждого человека, социальные аспекты опыта, как правило, требуют напряжения сил – часто в большей

степени, чем физические аспекты. Поскольку изменение гендерной роли может иметь кардинальные личные и социальные последствия, чтобы люди смогли успешно жить в своей гендерной роли, решение осуществить изменение должно включать осведомленность о тех семейных, межличностных, учебных, профессиональных, материальных и юридических сложностях, которые могут возникнуть.

Многие транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы обратятся за медицинской помощью, никогда не относясь и не будучи принятыми в гендерной роли, наиболее соответствующей их половой идентичности. Специалисты по психическому здоровью могут помочь таким клиентам исследовать и предугадать последствия изменений в гендерной роли и провести процесс осуществления этих изменений. Психотерапия может дать клиентам возможность начать выражать себя способами, наиболее соответствующими их половой идентичности и, некоторым клиентам, преодолеть страх изменений в гендерном самовыражении. На продуманные риски можно пойти вне лечения, чтобы получить опыт и обрести уверенность в новой роли. Можно предоставить помощь в раскрытии половой идентичности семье и сообществу (друзья, школа, место работы).

Другие транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы обратятся за медицинской помощью, уже имея приобретенный опыт (минимальный, небольшой или значительный) жизни в гендерной роли, отличающейся от связанной с зарегистрированным полом. Специалисты по психическому здоровью могут помочь этим клиентам определить и пройти потенциальные сложности и поощрять оптимальную адаптацию по мере того, как клиенты продолжают выражать изменения в своей гендерной роли.

4. Семейная терапия или поддержка для членов семьи.

Решения об изменениях гендерной роли и медицинских вмешательствах по поводу половой дисфории имеют последствия не только для клиентов, но и для их семей [Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004]. Специалисты по психическому здоровью могут помочь клиентам в принятии продуманных решений по поводу информирования членов семьи и других людей об их половой идентичности и лечебных решениях. Семейная терапия может включать работу с супругами или партнерами, а также с детьми и другими родственниками клиента.

Клиенты также могут попросить помощи, касающейся отношений и сексуального здоровья. Например, они могут хотеть исследовать свою сексуальность и проблемы, связанные с интимными отношениями.

Семейная терапия может быть предложена как часть индивидуальной терапии клиента и, если уместно с клинической точки зрения, тем же врачом. В качестве альтернативы клиент может быть направлен к другим терапевтам, имеющим соответствующий профессиональный опыт для работы с членами семьи, или на ресурсы взаимопомощи (например, онлайн или офлайн сети поддержки для партнеров или семей).

5. Последующее наблюдение в течение жизни.

Специалисты по психическому здоровью могут работать с клиентами и их семьями на многих этапах их жизни. Психотерапия может помогать в разное время и в различных вопросах в течение жизненного цикла.

6. Е-терапия, консультирование онлайн, или удаленное консультирование.

Подтверждено, что терапия онлайн, или е-терапия, особенно полезна для людей, которые испытывают трудности с доступом к компетентному психотерапевтическому лечению и которые могут подвергаться социальной изоляции и стигме [Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b]. Экстраполируя, е-терапия может быть полезным способом психотерапии для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов. Е-терапия предоставляет возможности для возможно усовершенствованного, расширенного, творческого и индивидуализированного оказания услуг; однако, являясь развивающимся способом, она также может нести непредсказуемые риски. Руководства по телемедицине являются четкими по некоторым дисциплинам в некоторых частях Соединенных Штатов [Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenemy, & Brown-Connolly, 2005], но не во всех; международная ситуация даже менее определена [Maheu et al., 2005]. Пока не получено достаточных фактических данных по этому применению е-терапии, рекомендуется применять ее с осторожностью.

Специалистам по психическому здоровью, занимающимся е-терапией, рекомендуется следить за новостями местных лицензирующих органов, профессиональных ассоциаций и нормативными документами страны, а также за новой литературой, относящейся к этому стремительно развивающемуся способу. Более подробное описание потенциального применения, процессов и этических проблем, связанных с е-терапией, опубликовано [Fraser, 2009b].

Другие задачи специалиста по психическому здоровью

1. Просвещать и выступать в защиту от имени клиентов в их сообществе (в школах, на работе, других организациях) и помогать клиентам с внесением изменений в удостоверяющие личность документы.

Транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы могут сталкиваться с трудностями в своей профессиональной, образовательной и другой среде по мере того, как они реализуют свою половую идентичность и гендерное самовыражение [Lev, 2004, 2009]. Специалисты по психическому здоровью могут играть важную роль, просвещая людей из этих сред относительно гендерной неконформности и выступая в защиту своих клиентов [Currah & Minter, 2000; Currah, Juang, & Minter, 2006]. Эта роль может включать консультации с членами школьных советов, учителями и администраторами, сотрудниками и начальниками отделов кадров и работодателями и представителями других организаций и институтов. Кроме того, к врачам могут обратиться за подтверждением изменений в имени и/или поле клиента в таких удостоверяющих личность документах, как паспорта, водительские права, свидетельство о рождении или дипломы.

2. Предоставлять информацию и направлять за взаимопомощью.

Для некоторых транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов опыт участия в группах взаимопомощи может быть более информативным относительно возможностей гендерного самовыражения, чем что-либо, что может дать индивидуальная психотерапия [Rachlin, 2002]. Оба опыта потенциально ценны, и всех индивидуумов, исследующих вопросы пола, следует поощрять принимать участие в жизни сообщества, если возможно. Необходимо обеспечить доступ к ресурсам взаимопомощи и информации.

Культура и ее влияние на оценку состояния и психотерапию

Специалисты по психическому здоровью работают в весьма разных условиях в мире. Формы дистресса, побуждающие людей обращаться за профессиональной помощью, в каждой культуре понимаются и классифицируются людьми с точек зрения, являющихся продуктом их собственных культур [Frank & Frank, 1993]. Культурная среда

также в значительной мере определяет, как эти условия понимают специалисты по психическому здоровью. Культурные различия, связанные с половой идентичностью и гендерным самовыражением, могут оказывать влияние на пациентов, специалистов по психическому здоровью и принятую психотерапевтическую практику. ВПАЗТ осознает, что СМП вышли за рамки Западной традиции и могут нуждаться в адаптации в зависимости от культурного контекста.

Этические принципы, связанные с охраной психического здоровья

Специалистам по психическому здоровью необходимо иметь сертификат или лицензию, чтобы заниматься практикой в конкретной стране в соответствии с ее профессиональными правилами [Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011]. Специалисты должны придерживаться кодексов этических норм своих лицензирующих или сертифицирующих организаций во всей своей работе с транссексуалами, трансгендерами и гендерно неконформными клиентами.

Лечение, направленное на попытку изменить половую идентичность и проживаемое гендерное самовыражение индивидуума с целью их большего соответствия зарегистрированному полу, предпринималось в прошлом [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], тем не менее, безуспешно, в частности, в долгосрочной перспективе [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. Такое лечение больше не считается этическим.

Если работа с транссексуалами, трансгендерами, гендерно неконформными индивидуумами и их семьями некомфортна для специалистов по психическому здоровью или у них нет соответствующего опыта, они должны направить клиентов к компетентному врачу или, как минимум, проконсультироваться с коллегой-экспертом. Если местных специалистов нет, консультации могут быть выполнены посредством методов телемедицины, при условии соблюдения местных требований к удаленному консультированию.

Вопросы доступа к медицинской помощи

Квалифицированные специалисты по психическому здоровью не общедоступны; следовательно, доступ к качественной помощи может быть ограниченным. ВПАЗТ

имеет целью улучшить доступ и предоставляет возможности регулярного непрерывного образования, чтобы обучить специалистов из разных дисциплин предоставлять качественную, специализированную для транссексуалов медицинскую помощь. Предоставление медицинской помощи удаленно, посредством использования новых технологий, может служить одним из способов улучшения доступа [Fraser, 2009b].

Во многих местах в мире доступ трансгендеров, транссексуалов и гендерно неконформных индивидуумов к медицинской помощи также ограничен отсутствием медицинской страховки или других средств, чтобы оплатить необходимую помощь. ВПАЗТ призывает компании медицинского страхования и других плательщиков третьей стороны покрывать расходы на необходимые с медицинской точки зрения процедуры для облегчения половой дисфории [Американская Медицинская Ассоциация, 2008; Anton, 2009; Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2008].

Когда обращается клиент, у которого нет возможности получить доступ к услугам, рекомендуется направлять его к доступным ресурсам взаимопомощи (онлайн и офлайн). Наконец, можно указать снижающие вред подходы, чтобы помочь клиентам принять здоровые решения для улучшения их жизни.

VIII

Гормональная терапия

Необходимость гормональной терапии с точки зрения медицины

Феминизирующая/маскулинизирующая гормональная терапия – введение экзогенных эндокринных веществ с целью побудить феминизирующие или маскулинизирующие изменения → является необходимым с точки зрения медицины вмешательством для многих транссексуалов, трансгендеров, и гендерно неконформных индивидуумов с половой дисфорией [Newfield, Hart, Dibble, Kohler, 2006; Pfafflin, Junge, 1998]. Некоторые люди стремятся к максимальной феминизации/маскулинизации, в то время как другие довольствуются андрогинной внешностью в результате гормональной минимизации

существующих вторичных половых признаков [Factor, Rothblum, 2008]. Описание психосоциальных результатов гормональной терапии приводится в Приложении Д.

Гормональная терапия должна быть индивидуализирована с учетом целей пациента, соотношения риска/пользы от препаратов, наличия других медицинских показаний, а также с учетом социальных и экономических аспектов. Гормональная терапия может обеспечить значительный комфорт пациентам, которые не хотят осуществлять социальный переход гендерной роли или подвергаться хирургической коррекции, или которые не могут сделать это [Meyer III, 2009]. Гормональная терапия является рекомендуемым критерием для некоторых, но не для всех хирургических методов лечения половой дисфории (см. раздел XI и Приложение В).

Критерии для гормональной терапии

Гормональная терапия может быть начата после проведения психосоциальной оценки и получения информированного согласия от пациента квалифицированным медицинским специалистом, как описано в разделе VII СМП. Направление должно быть выдано квалифицированным в области психиатрии специалистом, который проводил оценку, за исключением случаев, когда оценка была проведена назначающим гормоны специалистом, имеющим также квалификацию в психиатрии.

Критерии для гормональной терапии следующие:

1. Постоянная, подробно задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте Стандартам Помощи, изложенным в разделе VI).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

Как отмечалось в разделе VII СМП, наличие сопутствующих проблем с психическим здоровьем не обязательно исключает доступ к феминизирующим/маскулинизирующим гормонам; скорее, эти проблемы должны решаться до или вовремя лечения половой дисфории.

При определенных обстоятельствах назначение гормональной терапии может быть приемлемой практикой, даже если пациенты не подходят по данным критериям. Примеры включают содействие предоставлению контролируемого лечения с использованием гормонов известного качества как альтернативы незаконному или бесконтрольному приему гормонов или для пациентов, которые уже утвердились в подтверждаемом поле и имеют историю предшествующего приема гормонов. Неэтично отвергать доступность гормональной терапии или наличие показаний к ней исключительно на основе сероположительности крови при передаваемых через кровь инфекциях, таких, как ВИЧ или гепатит В или С.

В редких случаях гормональная терапия может быть противопоказана из-за серьезных индивидуальных проблем со здоровьем. Медицинские специалисты должны помогать этим пациентам с доступом к негормональным вмешательствам для лечения половой дисфории. Квалифицированный в области психиатрии специалист, знающий пациента, является отличным источником помощи при таких обстоятельствах.

Информированное согласие

Феминизирующая/маскулинизирующая гормональная терапия может привести к необратимым физическим изменениям. Следовательно, гормональная терапия должна проводиться только тем, кто юридически способен дать информированное согласие, включая людей, которые были объявлены судом свободными от родительской опеки несовершеннолетними, людей, находящихся в местах лишения свободы, и людей с когнитивными расстройствами, которые считаются дееспособными для участия в принятии медицинских решений [Bockting et al., 2006]. Врачи должны зафиксировать в истории болезни, что исчерпывающая информация была предоставлена и понята в отношении всех существенных аспектов гормональной терапии, включая возможные полезные результаты и риски и влияние на репродуктивную способность.

Связь между Стандартами Медицинской Помощи и Протоколами на основе модели информированного согласия

Множество медицинских центров в Соединенных Штатах разработали протоколы для назначения гормональной терапии на основе подхода, который стал известен как модель информированного согласия [Медицинский Центр Каллена Лорда,

2000, 2011; Программа здоровья транссексуалов Медицинского центра Фенвэй, 2007; Центр медицинских консультаций Тома Уэдделла, 2006]. Эти протоколы соответствуют рекомендациям, представленным в Стандартах Медицинской Помощи, версия 7, ВПАЗТ. СМП – гибкие клинические руководства; они позволяют подогнать вмешательства к нуждам индивидуума, получающего услуги, и подогнать протоколы к подходу и условиям, в которых эти услуги предоставляются [Ehrbar & Gorton, 2010].

Получение информированного согласия на заместительную гормональную терапию является важной задачей врачей, позволяющей гарантировать, что пациенты понимают психологические и физические выгоды и риски, а также психосоциальные последствия гормональной терапии. Врачи, выписывающие гормоны, или медицинские специалисты, рекомендуящие применение гормонов, должны иметь знания и опыт, чтобы оценить половую дисфорию. Они должны информировать индивидуумов о конкретных выгодах, ограничениях и рисках гормональной терапии, учитывая возраст пациента, предыдущий опыт применения гормонов, а также сопутствующие проблемы с физическим или психическим здоровьем.

Выявление и решение острых или текущих проблем психического здоровья является важной частью процесса получения информированного согласия. Это может быть сделано специалистом в области психиатрии или надлежащим образом подготовленным врачом, назначающим гормональную терапию (см. раздел VII СМП). Тот же врач или другой специально подготовленный член лечащего коллектива (например, медсестра) может работать с психосоциальными последствиями приема гормонов, когда это необходимо (например, воздействие маскулинизации/феминизации на то, как человека воспринимают и возможное влияние этого на отношения с семьей, друзьями и коллегами). При наличии показаний эти специалисты могут дать направление на психотерапию и на оценку и лечение сосуществующих проблем с психическим здоровьем, таких как тревога или депрессия.

Разница между Моделью информированного согласия и СМП 7-ой версии заключается в том, что СМП делают больший акцент на важной роли, которую специалисты в области психиатрии могут играть в облегчении половой дисфории и содействии изменениям в гендерной роли и психосоциальной адаптации. Эта роль может включать всестороннюю оценку психического здоровья и психотерапию – при наличии показаний. В Модели информированного согласия фокус сосредоточен на получении информированного согласия в качестве порога для начала гормональной терапии в междисциплинарном, снижающем вред окружении. Меньшее значение придается предоставлению психиатрической помощи до обращения пациента за ней, за исключением выявления значительных проблем с психическим здоровьем, которые необходимо решить до назначения гормонов.

Физические воздействия гормональной терапии

Феминизирующая/маскулинизирующая гормональная терапия будет вызывать физические изменения, которые более соответствуют половой идентичности пациента.

- У пациентов FtM ожидаются следующие физические изменения: пониженный голос, увеличение клитора (вариативно), рост волос на лице и теле, прекращение менструаций, атрофия тканей молочных желез и пониженный процент жира по сравнению с мышечной массой.
- У пациентов MtF ожидаются следующие физические изменения: рост груди (вариативно), пониженное либидо и эрекции, уменьшенный размер семенников и повышенное процентное содержание жира по сравнению с мышечной массой.

Большая часть физических изменений, будь то феминизация или маскулинизация, происходит в течение двух лет. Количество физических изменений и точный график воздействия могут значительно отличаться. Таблицы 1а и 1б показывают примерный период возникновения данных физических изменений.

ТАБЛИЦА 1А. ВОЗДЕЙСТВИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ МАСКУЛИНИЗИРУЮЩИХ ГОРМОНОВА ^А

Воздействие	Ожидаемое начало ^Б	Ожидаемое максимальное воздействие ^Б
Маслянистость кожи/акне	1-6 месяцев	1-2 года
Рост волос на лице/теле	3-6 месяцев	3-5 лет
Потеря волос на голове	>12 месяцев ^В	различно
Увеличенная мышечная масса/сила	6-12 месяцев	2-5 лет ^Г
Перераспределение жира	3-6 месяцев	2-5 лет
Прекращение менструаций	2-6 месяцев	нет данных
Увеличение клитора	3-6 месяцев	1-2 года
Атрофия влагалища	3-6 месяцев	1-2 года
Понизившийся голос	3-12 месяцев	1-2 года

^А Адаптировано с разрешения Hembree et al. Авторские права: 2009 г., The Endocrine Society.

^Б Предположения отображают опубликованные и неопубликованные клинические наблюдения.

^В В высокой степени зависит от возраста и наследственности; может быть минимальным.

^Г В значительной мере зависит от объема тренировок.

ТАБЛИЦА 1Б. ВОЗДЕЙСТВИЕ И ОЖИДАЕМЫЙ ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩИХ ГОРМОНОВ ^А

Воздействие	Ожидаемое начало ^Б	Ожидаемое максимальное воздействие ^Б
Перераспределение жира	3-6 месяцев	2-5 лет
Сниженная мышечная масса/ сила	3-6 месяцев	1-2 года ^В
Размягчение кожи/ сниженная маслянистость	3-6 месяцев	неизвестно
Пониженное либидо	1-3 месяцев	1-2 лет
Пониженные спонтанные эрекции	1-3 месяцев	3-6 месяцев
Мужская сексуальная дисфункция	различно	различно
Рост груди	3-6 месяцев	2-3 лет
Пониженный объем яичек	3-6 месяцев	2-3 лет
Пониженная выработка спермы	различно	различно
Утончение и замедленный рост волос на теле и лице	6-12 месяцев	> 3 лет ^Г
Мужское облысение	Без возобновления роста, потеря прекращается через 1-3 месяца	1-2 лет

^А Адаптировано с разрешения Hembree et al. Авторские права: 2009 г., The Endocrine Society.

^Б Предположения отображают опубликованные и неопубликованные клинические наблюдения.

^В В значительной мере зависит от объема тренировок.

^Г Полное удаление мужского оволосения на лице и теле требует электролиза, лазерной терапии или обеих процедур.

Степень и скорость физических изменений отчасти зависят от дозы, пути приема и используемого препарата, которые выбираются в соответствии с конкретными медицинскими целями пациента (например, изменения в выражении гендерной роли, планы по изменению пола) и профилем медицинского риска. В данный момент не существует доказательств того, что отклик на гормональную терапию – возможно, за исключением понижения голоса у транс-мужчин – может быть достоверно предсказан на основании возраста, телосложения, этнической принадлежности или внешности родственников. При равенстве остальных факторов, нет никаких оснований полагать, что одобренный врачом тип или метод введения гормонов является эффективнее любого другого в процессе достижения желаемых физических изменений.

Риски гормональной терапии

Все медицинские вмешательства влекут за собой риски. Вероятность серьезных нежелательных явлений зависит от многих факторов: самого препарата, дозы, пути введения и клинических характеристик пациента (возраст, сопутствующие заболевания, семейный анамнез, образ жизни). Поэтому невозможно предсказать, будет ли данное неблагоприятное явление происходить у данного конкретного пациента.

Риски, связанные с феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапией для транссексуальной, трансгендерной и гендерно неконформной популяции в целом приведены в таблице 2. По уровню доказательств, риски делятся на следующие категории: 1) вероятный повышенный риск при гормональной терапии, 2) возможный повышенный риск при гормональной терапии или 3) неопределенный или нет повышенного риска. Пункты в последней категории включают те факторы, которые могут представлять риск, но для которых доказательства настолько минимальны, что сделать однозначный вывод невозможно.

Дополнительные подробности об этих рисках можно найти в Приложении Б, которое базируется на двух всеобъемлющих обзорах доказательной литературы по маскулинизирующей/феминизирующей гормональной терапии [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009], наряду с большим групповым исследованием [Asscheman et al., 2011]. Эти обзоры могут служить подробными ссылками для врачей, наряду с другими широко признанными опубликованными клиническими материалами [Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007].

ТАБЛИЦА 2. РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ. ОТМЕЧЕННЫЕ ЖИРНЫМ ПУНКТЫ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫ

Уровень риска	Феминизирующие гормоны	Маскулинизирующие гормоны
Вероятный повышенный риск	<p>Венозная тромбэмболическая болезнь^A</p> <p>Желчные камни</p> <p>Повышенный уровень ферментов печени</p> <p>Набор веса</p> <p>Гипертриглицеридемия</p>	<p>Полицитемия</p> <p>Набор веса</p> <p>Акне</p> <p>Андрогенная плешивость (облысение)</p> <p>Синдром апноэ</p>
Вероятный повышенный риск с наличием дополнительных факторов риска ^B	Сердечно-сосудистая болезнь	
Возможный повышенный риск	<p>Гипертония</p> <p>Гиперпролактинемия или пролактинома^A</p>	<p>Повышенный уровень ферментов печени</p> <p>Гиперлипидемия</p>
Возможный повышенный риск с наличием дополнительных факторов риска ^B	<p>Диабет 2 типа^A</p>	<p>Дестабилизация определенных психиатрических расстройств^B</p> <p>Сердечно-сосудистая болезнь</p> <p>Гипертония</p> <p>Диабет 2 типа</p>
Нет повышенного риска или неопределенный	<p>Рак молочной железы</p>	<p>Потеря плотности костей</p> <p>Рак молочной железы</p> <p>Рак шейки матки</p> <p>Рак яичников</p> <p>Рак матки</p>

^A Риск при приеме оральных эстрогенов выше, чем при приеме трансдермальных.

^B Дополнительные факторы риска включают возраст.

^B Включает биполярные, шизоаффективные и другие расстройства, которые могут включать.

маниакальные или психотические симптомы. Представляется, что это нежелательное явление связано с более высокими дозами или супрафизиологическими уровнями тестостерона в крови.

Компетенция врачей, назначающих гормоны, взаимоотношения с другими медицинскими специалистами

Феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию лучше всего осуществлять в контексте целостного подхода к здоровью, который включает в себя комплексную первичную помощь и скоординированный подход к психосоциальным вопросам [Feldman & Safer, 2009]. Несмотря на то, что психотерапия или постоянные консультации не являются требованием для начала гормональной терапии, в случае вовлечения терапевта рекомендуется (с согласия пациента) регулярное общение между медицинскими специалистами с целью обеспечения надлежащего хода процесса перехода, как в физическом, так и в психосоциальном плане.

При наличии соответствующей подготовки феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию могут вести разные медицинские специалисты, включая младших медсестер и врачей первичного звена [Dahl et al., 2006]. Посещения врачей, связанные с сопровождением гормонов, обеспечивают возможность предоставить больше помощи населению, которое зачастую ее не получает [Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000]. Многие из задач скрининга и ведение сопутствующих заболеваний, связанных с долгосрочным приемом гормонов, таких, как риск сердечно-сосудистых заболеваний и онкологический скрининг, лучше вписываются в первичную помощь, чем в специализированную [Американская Академия семейных врачей, 2005; Эйлер, 2007; Всемирная Организация Здравоохранения, 2008], особенно в местах, где нет комиссий по изменению пола или специализированных врачей.

Учитывая междисциплинарные потребности транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов, обращающихся за гормональной терапией, а также трудности, связанные с разделением медицинской помощи в целом [Всемирная Организация Здравоохранения, 2008], ВПАЗТ всемерно поощряет расширенную подготовку и вовлеченность медицинских специалистов первичного звена в область феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Если гормоны назначает специалист, должен присутствовать тесный контакт с основным лечащим врачом пациента. И наоборот: опытный специалист в области назначения гормонов или эндокринолог должен быть задействован, если лечащий врач не имеет опыта работы с этим видом гормональной терапии или если у пациента уже есть предшествующее расстройство обмена веществ или эндокринное расстройство, на которое может повлиять эндокринная терапия.

В то время как официальной программы обучения медицинскому обслуживанию транссексуалов еще не существует, врачи, назначающие гормоны, несут ответственность за получение соответствующих знаний и опыта в этой области. Клиницисты могут расширить свой опыт и обрести уверенность в назначении феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии посредством ее совместного ведения, или консультирования с более опытным в ней врачом, или посредством предоставления более ограниченных типов гормональной терапии до перехода к назначению начала гормональной терапии. Поскольку эта область медицинского обслуживания развивается, клиницисты должны знакомиться с текущей литературой, быть в курсе изменений в ней и обсуждать возникающие вопросы с коллегами. Такие обсуждения могут происходить в сетях, созданных ВПАЗТ и другими национальными/местными организациями.

Обязанности врачей, назначающих гормональную терапию

В целом, клиницисты, которые назначают гормональную терапию, должны участвовать в следующих задачах:

1. Выполнить первоначальную оценку, которая включает в себя обсуждение целей физического перехода пациента, историю болезни, врачебные обследования, оценку риска и соответствующие лабораторные анализы.
2. Обсудить с пациентами ожидаемые воздействия феминизирующих/маскулинизирующих препаратов и возможные нежелательные воздействия на здоровье. Эти воздействия могут включать в себя снижение фертильности [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Следовательно, возможности репродукции должны обсуждаться с пациентами до начала гормональной терапии (см. раздел IX).
3. Подтвердить, что пациенты в состоянии понять риски и выгоды от лечения и способны принять обоснованное решение о медицинской помощи.
4. Обеспечить постоянный медицинский мониторинг, включая регулярные врачебные и лабораторные обследования для контроля над эффективностью гормонов и побочными эффектами.
5. Связаться при необходимости с лечащим врачом, специалистом по психическому здоровью и хирургом пациента.

6. При необходимости предоставить пациентам краткое письменное подтверждение, указывающее, что они находятся под наблюдением врача и получают помощь, включающую в себя феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию. Особенно на ранних фазах гормонального лечения, пациент может пожелать носить это подтверждение с собой все время, чтобы предотвратить трудности с полицией и другими органами власти.

В зависимости от клинической ситуации для назначения гормонов (см. ниже), некоторые из этих обязанностей менее уместны. Следовательно, объем консультирования, медицинских осмотров и лабораторных оценок должен быть индивидуальным в соответствии с потребностями пациента.

Клинические ситуации для гормональной терапии

Существуют обстоятельства, в которых клиницисты могут быть призваны назначить гормоны без обязательного начала или ведения долгосрочной феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Признав существование различных клинических ситуаций (см. ниже, от наименьшего к наивысшему уровню сложности), можно привлечь к феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии клиницистов, которые в противном случае не были бы в состоянии предложить данное лечение.

1. Промежуточная терапия.

Выписаны ли гормоны другим клиницистом или получены иными способами (например, куплены через Интернет), пациенты могут обратиться за помощью, уже находясь на гормональной терапии. Клиницисты могут выписать ограниченный по сроку (1-6 месяцев) рецепт на гормоны, пока помогают пациентам найти другого врача, который может прописать долгосрочную гормональную терапию. Врачи должны оценить текущий режим пациента на безопасность и взаимодействие лекарств и заменить препараты или дозы на безопасные, если показано [Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009]. Если гормоны были прописаны ранее, должны быть запрошены (с разрешения пациента) медицинские документы, чтобы получить результаты начальных обследований и лабораторных анализов и любых нежелательных явлений. Назначающие гормоны врачи также должны общаться с любым специалистом по психическому здоровью, который в данный момент вовлечен в помощь пациенту. Если пациенту никогда не проводилась психосоциальная оценка, как рекомендуется СМП (см. раздел VII), клиницисты должны направить пациента к квалифицированным

специалистам по психическому здоровью, если уместно и осуществимо [Feldman & Safer, 2009]. Врачи, назначающие промежуточные гормоны, должны установить с пациентами пределы продолжительности промежуточной терапии.

2. Гормональная терапия после удаления гонад.

Замещение гормонов эстрогеном или тестостероном обычно продолжается пожизненно после овариэктомии или орхиэктомии, пока не возникают медицинские противопоказания. Поскольку дозы гормонов зачастую снижаются после таких операций [Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003] и только подбираются под возраст и сопутствующие проблемы со здоровьем, применение гормонов в этой ситуации довольно схоже с замещением гормонов у любого пациента с гипогонадизмом.

3. Поддерживающая гормональная терапия до удаления гонад.

Как только пациенты достигли максимальных полезных феминизирующих/маскулинизирующих результатов от гормонов (обычно два года или более), они принимают поддерживающую дозу. Поддерживающая доза тогда подбирается с учетом изменений в состоянии здоровья, старения или других соображений, таких, как изменения в образе жизни [Dahl et al., 2006]. Когда пациент на поддерживающей дозе обращается за помощью, врач должен оценить текущий режим пациента на безопасность и взаимодействие лекарств и заменить препараты или дозы на безопасные, если показано. Пациента необходимо продолжать наблюдать на постоянной основе посредством медицинского осмотра и лабораторных анализах, как описано в литературе [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Доза и форма приема гормонов должны пересматриваться регулярно при любых изменениях в состоянии здоровья пациента и в доступных данных о потенциальных долгосрочных рисках применения гормонов (см. Схемы приема гормонов, ниже).

4. Начало гормональной феминизации/маскулинизации.

Эта клиническая ситуация требует наибольшей отдачи с точки зрения времени и экспертизы врача. Гормональная терапия должна назначаться индивидуально с учетом целей пациента, соотношения риск/польза препаратов, наличия других заболеваний и принимая во внимание социальные и экономические аспекты. Хотя опубликован широкий спектр схем приема гормонов [Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003], отсутствуют опубликованные отчеты рандомизированных клинических

исследований, сравнивающих безопасность и эффективность. Несмотря на этот разброс, разумная основа для начальной оценки рисков и непрерывного мониторинга гормональной терапии может быть создана на основе эффективности и данных по безопасности, представленных выше.

Оценка и изменение рисков при начале гормональной терапии

Начальная оценка гормональной терапии оценивает клинические цели пациента и факторы риска связанных с гормонами нежелательных явлений. При оценке риска пациент и клиницист должны разработать план по снижению рисков при любой возможности, или до начала терапии, или в качестве части непрерывного снижения вреда.

Все оценки должны включать в себя тщательный медосмотр, включая вес, рост и артериальное давление. Необходимость обследований груди и гениталий и ректальных исследований, которые являются большим вопросом для большинства транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных пациентов, должна основываться на индивидуальных рисках и потребностях в профилактике [Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007].

Профилактическая помощь

Назначающие гормональную терапию врачи должны обсуждать профилактическую медицинскую помощь с пациентами, особенно если у пациента нет основного лечащего врача. В зависимости от возраста и профиля риска пациента, могут быть назначены соответствующие скрининг-тесты или обследования на заболевания, затрагиваемые гормональной терапией. В идеале, эти скрининг-тесты должны проводиться до начала гормональной терапии.

Оценка и изменение рисков феминизирующей гормональной терапии (MtF)

Не существует абсолютных противопоказаний к феминизирующей терапии как таковой, но есть абсолютные противопоказания для различных феминизирующих веществ, в частности, эстрогена, включающие в себя предшествующие венозные тромботические явления, связанные с основным состоянием гиперкоагуляции,

чувствительной к эстрогену опухоли в анамнезе и терминальной стадией хронической болезни печени [Gharib et al., 2005].

Другие заболевания, как указано в таблице 2 и приложении Б, может обострить эстрогенная или андрогенная блокада и, следовательно, их нужно оценивать и достаточно хорошо контролировать до начала гормональной терапии [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Клиницисты должны обратить особое внимание на курение, т.к. оно связано с повышенным риском венозного тромбоза, который еще больше повышается с применением эстрогена. Консультация кардиолога может быть целесообразна для пациентов, имеющих сердечно-сосудистые или цереброваскулярные заболевания.

Базовые лабораторные величины важны для оценки как начального риска, так и возможных будущих нежелательных явлений. Начальные лабораторные анализы должны быть основаны на рисках феминизирующей гормональной терапии, описанных в таблице 2, а также на индивидуальных факторах риска пациента, включая семейный анамнез. Предлагаемые начальные наборы лабораторных анализов опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009] и могут быть изменены для пациентов и систем здравоохранения с ограниченными ресурсами и для здоровых в других отношениях пациентов.

Оценка и изменение рисков маскулинизирующей гормональной терапии (FtM)

Абсолютные противопоказания к терапии тестостероном включают беременность, нестабильную ишемическую болезнь сердца и нелеченую полицитемию с гематокритом 55 % или выше [Carnegie, 2004]. Поскольку ароматизация тестостерона в эстроген может повысить риск у пациентов с анамнезом рака молочной железы или других эстрогензависимых видов рака [Moore et al., 2003], до начала гормональной терапии могут быть показаны консультации с онкологом. Сопутствующие заболевания, которые может обострить прием тестостерона, необходимо оценить и лечить, в идеале, до начала гормональной терапии [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Консультация кардиолога может быть целесообразна для пациентов, имеющих сердечно-сосудистые или цереброваскулярные заболевания.

Повышенная распространенность синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) была отмечена у FtM пациентов даже при отсутствии приема тестостерона [Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997]. Хотя нет доказательств связи СПКЯ с формированием транссексуальной, трансгендерной или гендерно неконформной идентичности, СПКЯ связан с повышенным риском

диабета, заболеваний сердца, высокого кровяного давления и рака яичников и эндометрия [Cattrall & Healy, 2004]. Признаки и симптомы СПКЯ необходимо оценить до начала терапии тестостероном, т.к. тестостерон может затрагивать многие из этих заболеваний. Тестостерон может повлиять на развивающийся плод [Physicians' Desk Reference, 2011], и пациентам с риском наступления беременности требуется высокоэффективное предупреждение беременности.

Базовые лабораторные величины важны для оценки как начального риска, так и возможных будущих нежелательных явлений. Начальные лабораторные данные должны быть основаны на рисках феминизирующей гормональной терапии, описанные в таблице 2, а также на индивидуальных факторах риска пациента, включая семейный анамнез. Предлагаемые начальные наборы лабораторных анализов опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009] и могут быть изменены для пациентов и систем здравоохранения с ограниченными ресурсами и для здоровых в других отношениях пациентов.

Клиническое наблюдение за эффективностью и нежелательными явлениями при гормональной терапии

Целью клинического наблюдения при приеме гормонов является оценка степени феминизации/маскулинизации и возможных наличие нежелательных воздействий препарата. Однако, как и мониторинг любого препарата длительного действия, мониторинг должен проводиться в контексте всесторонней медицинской помощи. Предлагаемые клинические протоколы мониторинга опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009]. Пациенты с сопутствующими заболеваниями могут нуждаться в более частом наблюдении. Здоровые пациенты в географически отдаленных или обладающих скудными природными ресурсами районах могут иметь возможность использования альтернативных стратегий, таких, как телемедицина или сотрудничество с местными врачами, такими, как медсестры и фельдшеры. При отсутствии других показаний медицинские специалисты могут уделять первостепенное внимание мониторингу тех рисков, которые или вероятно будут повышены вследствие гормональной терапии, или возможно повысятся вследствие гормональной терапии, но носят серьезный клинический характер.

Мониторинг эффективности и рисков при феминизирующей гормональной терапии (MtF)

Лучшей оценкой эффективности гормонов является клиническая реакция: превращается ли тело пациента в женское, в то время как мужские признаки минимизируются в соответствии с целевым для пациента полом? Чтобы быстрее предсказать дозы гормонов, которые позволят достичь клинической реакции, можно измерить уровни тестостерона для подавления ниже уровня верхнего предела нормального женского диапазона и уровни эстрадиола в пределах предклимактерического женского диапазона, но значительно ниже супрафизиологических уровней [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009].

Мониторинг нежелательных явлений должен включать в себя как клиническую, так и лабораторную оценку. Последующее наблюдение должно включать тщательную оценку наличия признаков сердечно-сосудистых нарушений и венозной тромбоэмболии (ВТЭ) посредством измерения кровяного давления, веса и пульса, обследований сердца и легких и осмотра конечностей на наличие периферических отеков, локализованных вздутий или боли [Feldman & Safer, 2009]. Лабораторный мониторинг должен быть основан на рисках гормональной терапии, описанных выше, индивидуальных заболеваниях и факторах риска пациента и конкретной схеме гормональной терапии как таковой. Специальные протоколы лабораторного мониторинга опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009].

Мониторинг эффективности и рисков при маскулинизирующей гормональной терапии (FtM)

Лучшей оценкой эффективности гормонов является клиническая реакция: превращается ли тело пациента в мужское, в то время как женские признаки минимизируются в соответствии с целевым для пациента полом? Клиницисты могут добиться хорошего клинического эффекта с наименьшей вероятностью нежелательных явлений посредством поддержания уровней тестостерона в пределах нормального мужского диапазона, избегая супрафизиологических уровней [Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009]. У пациентов, применяющих внутримышечный (ВМ) ципионат или энантат тестостерона, некоторые клиницисты проверяют нижние уровни тестостерона, в то время как другие предпочитают проверять уровни в промежутке цикла [Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003].

Мониторинг нежелательных явлений должен включать в себя как клиническую, так и лабораторную оценку. Последующее наблюдение должно включать тщательную

оценку наличия признаков и симптомов набора избыточного веса, акне, прорывного маточного кровотечения и сердечно-сосудистых нарушений, а также психиатрических симптомов у пациентов из группы риска. Медицинский осмотр должен включать измерение давления, веса, пульса, осмотр кожи и обследование сердца и легких [Feldman & Safer, 2009]. Лабораторный мониторинг должен быть основан на рисках гормональной терапии, описанных выше, индивидуальных заболеваниях и факторах риска пациента и конкретной схеме гормональной терапии как таковой. Специальные протоколы лабораторного мониторинга опубликованы [Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009].

Схемы гормональной терапии

На сегодняшний день никаких контролируемых клинических исследований каких-либо схем феминизирующей/маскулинизирующей терапии с целью оценить безопасность или эффективность вызываемого физического перехода не проводилось. В результате в медицинской литературе опубликован широкий разброс в дозах и типах гормонов [Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997]. Кроме того, доступ к отдельным препаратам может быть ограничен географическим расположением и/или социальной или экономической ситуацией пациента. По этим причинам ВПАЗТ не описывает или одобряет конкретную схему феминизирующей/маскулинизирующей терапии. Скорее, в общих чертах рассматриваются классы препаратов и пути приема, использованные в большинстве опубликованных схем.

Как описано выше, существуют доказанные различия в безопасности в отдельных элементах различных схем. Рекомендации Эндокринологического Общества [Hembree et al., 2009] и Feldman and Safer [2009] дают специальные рекомендации относительно типов гормонов и примерную дозировку для поддержания уровней в физиологических диапазонах желаемого гендерного самовыражения пациента (основываясь на целях полной феминизации/маскулинизации). Назначающим гормоны врачам настоятельно рекомендуется регулярно просматривать литературу на наличие новой информации и применять те препараты, которые безопасно удовлетворяют индивидуальные потребности пациента имеющимися на месте ресурсами.

Схемы феминизирующей гормональной терапии (MtF)

Эстроген

Применение орального эстрогена, и особенно этинилэстрадиола, по-видимому, увеличивает риск ВТЭ. Ввиду данной проблемы безопасности этинилэстрадиол не рекомендуется для феминизирующей гормональной терапии. Трансдермальный эстроген рекомендуется пациентам с факторами риска по ВТЭ. Риск нежелательных явлений возрастает с более высокими дозами, особенно с такими, которые приводят к супрафизиологическим уровням [Hembree et al., 2009]. Пациенты с сопутствующими заболеваниями, на которые может повлиять эстроген, должны избегать орального эстрогена, если возможно, и начинать с более низких уровней. Некоторые пациенты могут не иметь возможности безопасно применять уровни эстрогена, необходимые для достижения желаемых результатов. Эту возможность необходимо обсуждать с пациентами задолго до начала гормональной терапии.

Снижающие андроген препараты («антиандрогены»)

Сочетание эстрогена и «антиандрогенов» является широко изученной схемой для феминизации. Снижающие андроген препараты, из множества классов лекарств, снижают или эндогенные уровни тестостерона, или активность тестостерона и, таким образом, уменьшают мужские признаки, такие, как волосы на теле. Они минимизируют дозировку эстрогена, необходимую для подавления тестостерона, посредством чего уменьшаются риски, связанные с высокими дозами экзогенного эстрогена [Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989].

К распространенным антиандрогенам относятся следующие:

- Спиринолактон, антигипертензивное средство, непосредственно замедляет секрецию тестостерона и связывание андрогена с андрогеновым рецептором. Необходимо следить за кровяным давлением и электролитами ввиду риска гиперкалиемии.
- Ципротерона ацетат – гестагенное соединение с антиандрогенными свойствами. Данный препарат не одобрен в Соединенных штатах ввиду опасений по поводу потенциальной гепатотоксичности, но широко используется в других странах [De Cuypere et al., 2005].
- Агонисты гонадолиберина (например, гозерелин, бусерелин, трипторелин) – нейрого르몬, блокирующий рецептор гонадолиберина, таким образом блокируя

высвобождение фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона. Это ведет к высокоэффективной блокаде гонад. Однако, данные препараты дорогостоящи и доступны только в форме инъекций или имплантатов.

- Ингибиторы 5-альфа-редуктазы (финастерид или дутастерид) блокируют превращение тестостерона в более активное вещество, 5-альфа-дигидротестостерон. Данные препараты имеют положительное воздействие на потерю волос на голове, рост волос на теле, сальные железы и плотность кожи.

Ципротерон и спиронолактон являются наиболее распространенными в применении антиандрогенами и, вероятно, наиболее экономичными.

Прогестины

За исключением ципротерона, включение прогестинов в феминизирующую гормональную терапию является спорным [Oriol, 2000]. Поскольку прогестины принимают участие в развитии молочных желез на клеточном уровне, некоторые клиницисты полагают, что эти вещества необходимы для полноценного развития груди [Basson & Prior, 1998; Oriol, 2000]. Однако клиническое сравнение схем феминизации с применением и без прогестинов показало, что добавление прогестинов ни усилило рост груди, ни понизило уровни свободного тестостерона в сыворотке [Meyer III et al., 1986]. Существуют опасения касательно возможных нежелательных воздействий прогестинов, включая депрессию, набор веса и липидные изменения [Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003]. Также подозревают, что прогестины (особенно медроксипрогестерон) увеличивают риск рака молочной железы и сердечно-сосудистых заболеваний у женщин [Rossouw et al., 2002]. Микронизированный прогестерон может лучше переноситься и иметь более благоприятное воздействие на липидный профиль, чем медроксипрогестерон [de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000].

Схемы маскулинизирующей гормональной терапии (FtM)

Тестостерон

В целом, тестостерон можно принимать орально, трансдермально или парентерально (ВМ), хотя также доступны буккальные и имплантируемые препараты. Оральный тестостерон ундеканат, доступный за пределами Соединенных Штатов, приводит к более низким уровням тестостерона в сыворотке, чем не оральные препараты и имеет ограниченную эффективность в подавлении менструаций [Feldman, 2005, April; Moore

et al., 2003]. Поскольку внутримышечный тестостерона ципионат или энантат зачастую вводятся каждые 2-4 недели, некоторые пациенты могут заметить циклическое колебание воздействий (например, утомление и раздражительность в конце инъекционного цикла, агрессия или приподнятое настроение в начале инъекционного цикла), а также большее количество времени вне нормальных физиологических уровней [Jockenhovel, 2004]. Это можно смягчить применением более низких, но более частых дозировок в схеме приема или посредством применения ежедневных трансдермальных препаратов [Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004]. Внутримышечный тестостерона ундеканонат (в данный момент недоступный в США) поддерживает стабильные, физиологические уровни тестостерона в течение приблизительно 12 недель и эффективен как при лечении гипогонадизма, так и у FtM-индивидуумов [Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006]. Существуют доказательства того, что трансдермальный и внутримышечный тестостерон дают сходные маскулинизирующие результаты, хотя временные рамки могут быть более широкими при трансдермальных препаратах [Feldman, 2005, April]. Особенно с учетом старения пациентов, целью является применение наиболее низких доз, необходимых для поддержания желаемых клинических результатов, с соответствующими предосторожностями, предпринятыми для сохранения плотности костей.

Другие средства

Прогестины, чаще всего медроксипрогестерон, могут применяться в течение короткого периода времени, чтобы помочь с прекращением менструаций на ранней стадии гормональной терапии. Агонисты гонадолиберина могут применяться сходным образом, а также при трудноизлечимых маточных кровотечениях у пациентов без гинекологических патологий в анамнезе.

Биоидентичные и экстемпоральные гормоны

Поскольку развернулась дискуссия вокруг применения биоидентичных гормонов при постклимактерическом замещении, также повысился интерес к применению сходных соединений при феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Не существует доказательств, что экстемпоральные биоидентичные гормоны безопаснее или более эффективны, чем одобренные государственными органами биоидентичные гормоны [Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011]. Поэтому Североамериканское Общество Менопаузы (2010 г.) и другие рекомендуют полагать, что вне зависимости от того, являются гормоны экстемпоральными или нет, если действующие ингредиенты

одинаковы, препарат должен иметь сходный профиль побочных эффектов. ВПАЗТ согласно с данной оценкой.

IX

Репродуктивное здоровье

Многие транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы хотели бы иметь детей. Поскольку феминизирующая/маскулинизирующая гормональная терапия ограничивает фертильность [Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999], пациентам желательно принять решения относительно фертильности до начала гормональной терапии или прохождения операций, уносящих/изменяющих их репродуктивные органы. Известны случаи, когда люди, проходившие гормональную терапию и генитальные операции, впоследствии жалели о своей неспособности стать родителями генетически родных детей [De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002].

Медицинские специалисты – включая специалистов по психическому здоровью, рекомендующих гормональную терапию или операции, выписывающие гормоны врачи и хирурги – должны обсудить репродуктивные возможности с пациентами до начала этих видов лечения половой дисфории. Это обсуждение должно иметь место, даже если пациенты не заинтересованы в данных вопросах на момент лечения, что может быть более характерно для более молодых пациентов [De Sutter, 2009]. Раннее обсуждение желательно, но не всегда возможно. Если индивидуум не прошел полный цикл операций по изменению пола, может присутствовать возможность прекратить прием гормонов на время, достаточно долгое для того, чтоб врожденные гормоны восстановились, позволяя продуцироваться зрелым гаметам [Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001].

За исключением дебатов и статей с мнениями, опубликовано крайне мало научных статей по вопросам репродуктивного здоровья индивидуумов, проходящих различные виды лечения половой дисфории. Другая группа, сталкивающаяся с необходимостью сохранения репродуктивной функции в свете потери или повреждения гонад, – люди со злокачественными опухолями, требующими удаления репродуктивных органов или применения пагубного облучения или химиотерапии. Уроки, извлеченные в этой группе, могут применяться к людям, лечущимся от половой дисфории.

MtF-пациентов, особенно тех, кто еще не имеет детей, необходимо проинформировать о возможностях хранения спермы и посоветовать им подумать о помещении спермы в банк до гормональной терапии. В исследовании, в котором изучали яички, подвергшиеся воздействию высоких доз эстрогена [Payer et al., 1979], данные указывают на то, что прекращение приема эстрогена может позволить яичкам восстановиться. В статье, сообщавшей мнения MtF-индивидуумов по поводу заморозки спермы [De Sutter et al., 2002], подавляющее большинство из 121 участника опроса считали, что медицинская общественность должна обсуждать и предлагать возможность заморозки спермы. Сперму необходимо брать до гормональной терапии или после прекращения терапии до тех пор, пока количество сперматозоидов не возрастет снова. Криоконсервирование должно обсуждаться, даже если качество семени низкое. У взрослых с азооспермией возможна биопсия яичек с последующим криоконсервированием биопсированного материала для сохранения спермы, однако процедура может быть безуспешной.

Возможности репродукции для FtM-пациентов могут включать заморозку ооцитов (яйцеклеток) или эмбриона. Замороженные гаметы и эмбрион могут позднее быть использованы для вынашивания суррогатной матерью. Исследования женщин с болезнью поликистозных яичников показывают, что яичники могут частично восстанавливаться от воздействий высоких уровней тестостерона [Hunter & Sterrett, 2000]. Кратковременное прекращение приема тестостерона может позволить яичникам восстановиться достаточно для продуцирования яйцеклеток; успех, вероятно, зависит от возраста пациента и продолжительности лечения тестостероном. Несмотря на отсутствие систематических исследований, некоторые FtM-индивидуумы поступают именно так, и некоторым удалось забеременеть и родить детей [More, 1998].

Пациентам следует иметь в виду, что данные технологии доступны не везде и могут быть весьма дорогостоящими. Транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам ни по каким причинам не должны отказывать в возможностях репродукции.

Особой группой индивидуумов являются препубертатные или пубертатные подростки, у которых никогда не разовьется репродуктивная функция в их поле рождения ввиду блокаторов или гормонов противоположного пола. В данный момент не существует технологии сохранения функции из гонад этих индивидуумов.

X

Постановка голоса и коммуникативная терапия

Коммуникация, вербальная и невербальная, является важным аспектом человеческого поведения и гендерного самовыражения. Транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы могут обращаться за помощью к специалисту по голосу и речевой коммуникации для развития голосовых характеристик (например, высоты, интонации, тембра, скорости речи, фразовых структур) и стилей невербальной коммуникации (например, жестов, поз/движений, мимики), которые содействуют удовлетворенности половой идентичностью. Постановка голоса и коммуникативная терапия могут помочь облегчить половую дисфорию и быть положительным и мотивирующим шагом к достижению своих целей по выражению гендерной роли.

Компетенция специалистов по голосу и речевой коммуникации, работающих с транссексуалами, трансгендерами и гендерно неконформными клиентами

Специалисты могут включать дефектологов, логопедов и логопедов-клиницистов. В большинстве стран профессиональная ассоциация дефектологов требует специальной квалификации и подтверждающих ее документов для вступления в члены. В некоторых странах правительство регулирует практику посредством лицензирования, сертификации или регистрационных процессов (Американская Ассоциация Дефектологов, 2011 г.; Канадская Ассоциация Дефектологов и Аудиологов; Королевский колледж логопедов, Великобритания; Логопедия Австралия; Минздрав Ванкуверского Побережья, Ванкувер, Британская Колумбия, Канада).

Ниже приведены минимальные рекомендуемые профессиональные требования для специалистов по голосу и речевой коммуникации, работающих с транссексуалами, трансгендерами и гендерно неконформными клиентами:

1. Специализированная подготовка и компетентность в оценке и развитии коммуникационных навыков у транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов.
2. Общее представление о здоровье транссексуалов, включая гормональные и хирургические методы лечения по феминизации/маскулинизации и характерные для транссексуалов психосоциальные проблемы, как описано в СМП; а также знание основных правил работы с уязвимостями, таких, как использование местоимения предпочитаемого пола и имени (Канадская Ассоциация Дефектологов и Аудиологов; Королевский колледж логопедов, Великобритания; Логопедия Австралия).
3. Непрерывное образование в области оценки и развития коммуникационных навыков у транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных клиентов, что может включать участие в профессиональных встречах, симпозиумах или семинарах; участие в исследованиях, связанных с вопросами половой идентичности; самостоятельное исследование или наставничество опытного, сертифицированного клинициста.

Другие специалисты, такие, как репетитор по вокалу, театральные специалисты, учителя пения и специалисты по движению могут также играть полезную вспомогательную роль. Такие специалисты в идеале будут иметь опыт работы или активно сотрудничать с дефектологами.

Соображения по оценке и лечению

Общая цель постановки голоса и коммуникативной терапии – помочь клиентам так приспособить их голос и коммуникацию, чтоб они давали безопасность и естественность, ведущие к характеру коммуникаций, который, по ощущению клиентов, совпадает с их половой идентичностью и отражает их ощущение собственного «я» [Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006]. Очень важно, чтобы специалисты по голосу и речевой коммуникации были внимательны к индивидуальным коммуникационным предпочтениям. Коммуникация – стиль, голос, выбор языковой формы и т.д. – является персональной. Индивидуумам не следует советовать перенимать виды поведения, которые для них некомфортны или не ощущаются как естественные. Специалисты могут принести наибольшую пользу клиентам, если выделяют время на то, чтобы понять гендерные проблемы индивидуума и цели выражения гендерной роли (Американская Ассоциация Дефектологов, 2011 г.; Канадская Ассоциация

Дефектологов и Аудиологов; Королевский колледж логопедов, Великобритания; Логопедия Австралия).

Индивидуумы могут выбрать модели коммуникационного поведения, которые они хотят приобрести в соответствии с их половой идентичностью. Эти решения также являются информированными и подкрепляются знаниями специалиста по голосу и речевой коммуникации и данными оценки конкретного клиента [Hancock, Krissing, & Owen, 2010]. Оценка включает в себя самооценивание клиента и оценку специалистом голоса, тембра, артикуляции, разговорного языка и невербальной коммуникации [Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010].

Планы постановки голоса и коммуникативной терапии разрабатываются с учетом имеющихся данных исследований, клинических знаний и опыта специалиста и собственных целей и ценностей клиента [Американская Ассоциация Дефектологов, 2011 г.; Канадская Ассоциация Дефектологов и Аудиологов; Королевский колледж логопедов, Великобритания; Логопедия Австралия; Минздрав Ванкуверского Побережья, Ванкувер, Британская Колумбия, Канада]. Цели лечения обычно включают высоту, диапазон, интонацию, громкость и характер распределения напряжения, качество голоса, тембр, артикуляцию, темп речи и формулирования, языковые формы и невербальную коммуникацию [Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983]. Лечение может включать в себя индивидуальные и/или групповые занятия. Частота и продолжительность лечения будет меняться в зависимости от потребностей клиента. Существующие протоколы по постановке голоса и коммуникативному лечению могут быть приняты во внимание при разработке индивидуального плана терапии [Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988].

Феминизация или маскулинизация голоса включает в себя непривычное использование механизма производства голоса. Необходимы профилактические меры, чтобы избежать возможности неправильного использования голоса и долгосрочных голосовых нарушений. Следовательно, все услуги по постановке голоса и коммуникативной терапии должны включать компонент здоровья голоса [Adler et al., 2006].

Соображения по здоровью голоса после операций по феминизации голоса

Как отмечалось в разделе XI, некоторые транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы подвергнутся операции по феминизации голоса. (Понижение голоса может быть достигнуто путем маскулинизирующей гормональной терапии, но феминизирующие гормоны не оказывают воздействия на голос взрослой MtF). У пациентов, прошедших такие операции, степень удовлетворенности, безопасности и долгосрочных улучшений различны. Индивидуумам, подвергающимся операциям по феминизации голоса, рекомендуется также проконсультироваться со специалистом по голосу и речевой коммуникации, чтобы максимизировать результаты операций, помочь защитить здоровье голоса и выучить не связанные с высотой голоса аспекты коммуникации. Процедуры голосовой хирургии должны включать последующие сеансы со специалистом по голосу и речевой коммуникации, имеющим лицензию и/или аккредитацию соответствующего органа, ответственного за логопедов/дефектологов в конкретной стране [Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004].

XI

Хирургия

Операции по изменению пола эффективны и необходимы с медицинской точки зрения

Операция – в частности, генитальная хирургия – часто является последним и самым продуманным шагом в процессе лечения половой дисфории. Хотя многие транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы обретают комфорт в своей половой идентичности, роли и гендерном самовыражении без хирургического вмешательства, для многих других операция является важной и необходимой с медицинской точки зрения для облегчения половой дисфории [Hage & Karim, 2000]. Для последней группы освобождение от половой дисфории не может быть достигнуто без изменения первичных и/или вторичных половых признаков для

достижения большего соответствия с половой идентичностью. Более того, операция может помочь пациентам чувствовать себя легче в присутствии сексуальных партнеров или в таких местах, как кабинет врача, бассейн или тренажерный зал. В некоторых условиях операция может снизить риск вреда в случае ареста или обыска полицией или другими полномочными органами.

Катамнестические исследования показали неоспоримый положительный эффект операций по изменению пола на послеоперационные результаты, такие, как индивидуальное благосостояние, косметический вид и половая функция [De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998]. Дополнительная информация о результатах хирургического лечения обобщена в Приложении Г.

Этические вопросы касательно операций по изменению пола

В обычной хирургической практике патологические ткани удаляются для восстановления нарушенных функций или изменения вносятся в особенности тела для улучшения самооценки пациента. Некоторые люди, включая некоторых медицинских специалистов, возражают по этическим соображениям против хирургии как лечения половой дисфории, так как считают, что названные условия не выполняются.

Важно, чтобы медицинские специалисты, оказывающие помощь пациентам с половой дисфорией, чувствовали себя комфортно по поводу изменения анатомически нормальных структур. Чтобы понять, как операция может облегчить психологический дискомфорт и дистресс индивидуумов с половой дисфорией, специалистам необходимо послушать этих пациентов, обсудить их симптомы, дилеммы и анамнез жизни. Соппротивление проведению операции на базе этического принципа «прежде всего, не навреди», следует уважать, обсуждать и воспринимать с возможностью узнать от самих пациентов о психологическом дистрессе от половой дисфории и потенциальном вреде, причиненном отказом в доступе к соответствующему лечению.

Хирургическое лечение гениталий и груди при половой дисфории не является просто еще одним набором факультативных процедур. Обычные факультативные процедуры предполагают лишь частный, основанный на взаимном согласии контракт между пациентом и хирургом. Операции на гениталиях и груди, как необходимое с медицинской точки зрения лечение половой дисфории, могут проводиться только после оценки пациента квалифицированными специалистами по психическому

здоровью, как обозначено в разделе VII СМП. Эти операции могут быть выполнены в случае наличия письменной документации, что такая оценка была проведена и индивидиум соответствует критериям для конкретного вида хирургического лечения. Следуя данной процедуре, специалисты по психическому здоровью, хирурги и, разумеется, пациенты делят ответственность за принятое решение о произведении необратимых изменений в теле.

Неэтично отвергать доступность операций по изменению пола или наличие показаний к ним исключительно на основе сероположительности крови при передаваемых через кровь инфекциях, таких, как ВИЧ или гепатит В или С.

Взаимоотношения хирургов со специалистами по психическому здоровью, назначающими гормоны врачами (при необходимости) и с пациентами (информированное согласие)

Роль хирурга в лечении половой дисфории не сводится к простым техническим функциям. Скорее, добросовестные хирурги ознакомятся с историей болезни каждого пациента и с основанием, приведшим к назначению операции. С этой целью хирурги должны обстоятельно говорить со своими пациентами и иметь тесные рабочие взаимоотношения с другими специалистами, активно участвующими в клинической помощи.

Консультацию легко получить, когда хирург практикует в составе междисциплинарного лечебного коллектива. В противном случае хирург должен быть уверен, что давший направление специалист/-ы по психическому здоровью и, если применимо, назначающий гормоны врач компетентны в оценке и лечении половой дисфории, так как хирург полностью полагается на их экспертизу.

Как только хирург убедится, что критерии для конкретных видов операций удовлетворены (как показано ниже), должно быть рассмотрено хирургическое лечение и проведена предоперационная консультация хирурга. Во время этой консультации необходимо детально обсудить с пациентом процедуру и течение послеоперационного периода. Хирурги несут ответственность за обсуждение всего нижеследующего с пациентами, обращающимися за хирургическим лечением половой дисфории:

- Различные доступные методы (с направлением к коллегам, предоставляющим альтернативные возможности).

- Преимущества и недостатки каждого метода.
- Ограничения процедуры, не позволяющие достичь «идеальных» результатов; хирурги должны предоставить полный набор фотографий их пациентов «до» и «после», включая лучшие и худшие результаты.
- Неизбежные риски и возможные осложнения различных методов; хирурги должны информировать пациентов об их собственной частоте осложнений по каждой процедуре.

Эти обсуждения являются ядром процесса получения информированного согласия, которое является и этическим, и законным требованием для любой хирургической процедуры. Обеспечение реалистичных ожиданий пациентов в отношении результатов важно для достижения результата, который облегчит их половую дисфорию.

Вся эта информация должна быть предоставлена пациентам в письменной форме, на языке, которым они владеют, и в графических иллюстрациях. Пациенты должны получить информацию заранее (возможно, через Интернет) и иметь достаточно времени, чтобы тщательно ее рассмотреть. Элементы информированного согласия должны всегда обсуждаться один на один до хирургического вмешательства. Тогда на вопросы будут даны ответы, и письменное информированное согласие может быть предоставлено пациентом. Поскольку эти операции необратимы, необходимо позаботиться о том, чтоб у пациентов было достаточно времени для полного осознания информации, прежде чем их попросят предоставить информированное согласие. Рекомендуется минимум 24 часа.

Хирурги должны обеспечить безотлагательное ведение больного после операции и консультацию с другими врачами, обслуживающими пациента в дальнейшем. Пациенты должны работать со своим хирургом для разработки подходящего плана ведения после операции.

Обзор хирургических процедур по лечению пациентов с половой дисфорией

Для MtF-пациенток (транс-женщин), хирургические процедуры могут включать следующее:

1. Хирургия молочных желез/груди: пластическая операция увеличения молочной железы (имплантаты/липофиллинг).
2. Генитальная хирургия: пенэктомия, орхиэктомия, пластика влагалища, клитора, вульвы.
3. Хирургические вмешательства не на гениталиях и груди: феминизирующая лицевая хирургия, липосакция, липофиллинг, голосовая хирургия, уменьшение щитовидного хряща, пластические операции увеличения ягодиц (имплантаты/липофиллинг), восстановление волос и различные эстетические процедуры.

Для FtM-пациентов (транс-мужчин), хирургические процедуры могут включать следующее:

1. Хирургия молочных желез/груди: подкожная мастэктомия, создание мужской груди.
2. Генитальная хирургия: гистерэктомия/овариэктомия, реконструкция фиксированной части уретры, что может быть объединено с метоидиопластикой или с фаллопластикой (с использованием лоскута на ножке или свободного васкуляризованного лоскута), иссечение влагалища, скротопластика и имплантация фаллопротезов и/или протезов яичек.
3. Хирургические вмешательства не на гениталиях и груди: голосовая хирургия (редко), липосакция, липофиллинг, грудные имплантаты и различные эстетические процедуры.

Реконструктивная хирургия в сравнении с эстетической

Вопрос «следует ли считать операции по изменению пола «эстетической» или «реконструктивной» хирургией?» уместен не только с философской точки зрения, но и с финансовой. Эстетическая, или косметическая, хирургия по большей части рассматривается не как необходимая с медицинской точки зрения и поэтому обычно полностью оплачивается пациентом. Реконструктивные процедуры, напротив, считаются необходимыми с медицинской точки зрения – с неоспоримыми терапевтическими результатами – и вследствие этого оплачиваются частично или полностью государственными системами здравоохранения или страховыми компаниями.

К сожалению, в области пластической и реконструктивной хирургии (как в целом, так и в частности для операций, связанных с изменением пола), не существует четкого различия между тем, что является чисто реконструктивным и что является чисто косметическим. Большинство процедур пластической хирургии на самом деле являются смесью реконструктивных и косметических компонентов.

В то время как большинство специалистов согласны, что операции на гениталиях и мастэктомия не могут считаться чисто косметическими, мнения расходятся по поводу того, до какой степени другие хирургические процедуры (например, пластическая операция увеличения молочной железы, феминизирующая лицевая хирургия) могут считаться чисто реконструктивными. Хотя фаллопластику или пластику влагалища гораздо легче воспринимать как вмешательство с целью окончить пожизненное страдание, для отдельных пациентов такое вмешательство как редуцирующая ринопластика может иметь радикальное и постоянное воздействие на качество их жизни, и, следовательно, является гораздо более необходимым с медицинской точки зрения, чем для кого-либо без половой дисфории.

Критерии для операций

Как и СМП в целом, критерии для начала хирургического лечения половой дисфории были разработаны для поощрения оптимальной помощи пациентам. Хотя СМП допускают индивидуализированный подход для наилучшего удовлетворения потребностей пациента в медицинской помощи, критерием для всех операций на груди и гениталиях является документирование хронической половой дисфории квалифицированным специалистом по психическому здоровью. Для некоторых операций дополнительные критерии включают подготовку и лечение, состоящие

из феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии и одного года непрерывной жизни в гендерной роли, соответствующей половой идентичности индивидуума.

Эти критерии изложены ниже. На основе имеющихся данных и клинического консенсуса экспертов для разных операций даются разные рекомендации.

СМП не указывают порядок, в котором должны быть сделаны разные операции. Количество и последовательность хирургических процедур могут отличаться от пациента к пациенту, в соответствии с их клиническими потребностями.

Критерии для хирургии молочных желез/груди (одно направление от специалиста)

Критерии для мастэктомии и создания мужской груди у FtM-пациентов:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

Гормональная терапия не является предусловием.

Критерии для пластической операции по увеличению груди (имплантаты/липофиллинг) у MtF-пациенток:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).

4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

Хотя это не является прямым критерием, MtF-пациенткам рекомендуется пройти феминизирующую гормональную терапию (минимум 12 месяцев) до пластической операции по увеличению груди. Целью является максимальное увеличение роста груди, чтобы получить более удачные хирургические (эстетические) результаты.

Критерии для генитальной хирургии (два направления от специалистов)

Критерии для генитальной хирургии зависят от типа запрашиваемой операции.

Критерии для гистерэктомии и овариэктомии у FtM-пациентов и для орхиэктомии у MtF-пациенток:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.
5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента (если у пациента нет клинических противопоказаний к гормонам).

Цель гормональной терапии до гонадэктомии – главным образом, ввести период обратимого подавления эстрогена или тестостерона, до того как пациент подвергнется необратимому хирургическому вмешательству.

Эти критерии не применимы к пациентам, которые проходят данные процедуры по медицинским показаниям, отличным от половой дисфории.

Критерии для метоидиопластики или фаллопластики у FtM-пациентов и для вагинопластики у MtF-пациенток:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.
5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента (если у пациента нет клинических противопоказаний к гормонам).
6. 12 месяцев непрерывной жизни в гендерной роли, соответствующей половой идентичности.

Хотя это не является прямым критерием, данным пациентам также рекомендуется регулярно посещать специалиста по психическому здоровью или другого медицинского специалиста.

Обоснование предоперационного 12-месячного опыта жизни в соответствующей идентичности гендерной роли:

Критерий, отмеченный выше для некоторых типов операций на гениталиях, – а именно, что пациенты обязаны прожить непрерывно 12 месяцев в гендерной роли, соответствующей их половой идентичности – основан на клиническом консенсусе экспертов, что этот опыт дает пациентам хорошую возможность пожить и социально адаптироваться в желаемой гендерной роли, прежде чем подвергнуться необратимым операциям. Как отмечалось в разделе VII, социальные аспекты изменения гендерной роли индивидуумом, как правило, требуют напряжения сил – часто в большей степени, чем физические аспекты. Поскольку изменение гендерной роли может иметь кардинальные личные и социальные последствия, чтобы люди смогли успешно жить в своей гендерной роли, решение осуществить изменение должно включать осведомленность о тех семейных, межличностных, учебных, профессиональных, материальных и юридических сложностях, которые могут возникнуть. Поддержка квалифицированного специалиста по психическому здоровью и таких же пациентов

может быть бесценной для обеспечения успешной адаптации к гендерной роли [Bockting, 2008].

Срок в 12 месяцев допускает диапазон жизненного опыта и различных событий, которые могут произойти в течение года (например, семейные мероприятия, выходные, отпуск, сезонная работа или школьный опыт). В это время пациенты должны представлять повседневно и во всех жизненных условиях в соответствии со своей желаемой гендерной ролью, что включает раскрытие половой идентичности партнерам, семье, друзьям и членам сообщества (например, в школе, на работе, в других местах).

Медицинские специалисты должны четко документировать в медицинской карте опыт пациента в гендерной роли, включая дату начала постоянной жизни в другой гендерной роли для тех, кто готовится к операциям на гениталиях. В отдельных ситуациях, при необходимости, медицинские специалисты могут запросить подтверждение, что данный критерий был выполнен: они могут общаться с людьми, которые имели отношения с пациентом в соответствующей идентичности гендерной роли, или запросить документацию об изменении имени и/или паспортного пола, если применимо.

Хирургия для лиц с психотическими расстройствами и другими серьёзными психическими заболеваниями

Когда у пациентов с половой дисфорией также диагностируют тяжелые психические расстройства и нарушенное тестирование реальности (например, психотические эпизоды, биполярное расстройство, диссоциативное расстройство идентичности, пограничное расстройство личности), усилия должны быть приложены к улучшению этих расстройств психотропными препаратами и/или психотерапией до рассмотрения вопроса об операции. Повторная оценка специалистом по психическому здоровью, квалифицированным оценивать и оказывать лечебную помощь при психотических расстройствах, должна проводиться до операции, описывая психическое состояние пациента и готовность к операции. Предпочтительно, чтобы этот специалист по психическому здоровью знал пациента. Никакая операция не должна выполняться, пока пациент находится в активном психотическом состоянии [De Cuypere и Vercruyssen, 2009].

Компетентность хирургов, выполняющих операции на молочных железах/груди или на гениталиях

Врачи, выполняющие хирургическое лечение половой дисфории, должны быть урологами, гинекологами, пластическими хирургами или хирургами общей практики, и быть сертифицированными в качестве таковых соответствующей государственной и/или региональной ассоциаций. Хирурги должны иметь специализированные знания по техникам реконструкции гениталий, как указано в задокументированном проконтролированном тренинге у более опытного хирурга. Даже опытные хирурги должны стремиться к обзору их хирургических навыков коллегами. Официальная проверка результатов операций и публикация этих результатов были бы сильно обнадеживающими как для направляющих врачей, так и для пациентов. Хирурги должны регулярно посещать профессиональные встречи, на которых представляют новые техники. Интернет часто эффективно используется пациентами, чтобы поделиться информацией о своем опыте с хирургами и их коллективами.

В идеале, хирурги должны знать более чем об одной хирургической технике реконструкции гениталий, чтобы, посоветовавшись с пациентом, выбрать идеальную технику для каждого индивидуума. Альтернативно, если хирург квалифицирован только в одной технике, и эта процедура или не подходит пациенту, или пациент не желает ее, хирург должен информировать пациента о других процедурах и предлагать направление к другому соответствующим образом квалифицированному хирургу.

Техники и осложнения операций на молочных железах/груди

Хотя вид груди является важным вторичным половым признаком, наличие груди или размер не включены в юридическое определение пола и гендера и не являются необходимыми для репродукции. Выполнение операций на груди для лечения половой дисфории следует рассматривать с той же осторожностью, что и начало гормональной терапии, поскольку обе процедуры производят относительно необратимые изменения тела.

Для MtF-пациентки пластическая операция по увеличению груди (иногда называемая «реконструкцией груди») не отличается от процедуры у обычной пациентки женского пола и обычно выполняется посредством имплантации протезов груди и иногда – техникой липофиллинга. Инфекции и капсульный фиброз являются редкими

осложнениями при пластических операциях увеличения молочной железы у MtF-пациенток [Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999].

FtM-пациентам доступна мастэктомия, или «формирование контура мужской груди». Для многих FtM-пациентов это единственная операция, которую они проходят. Когда количество удаленной ткани молочной железы требует удаления кожи, образуется шрам, и пациент должен быть проинформирован об этом. Осложнения подкожной мастэктомии могут включать некроз сосков, неровности контура и некрасивое образование шрамов [Monstrey et al., 2008].

Техники и осложнения операций на гениталиях

Генитальные хирургические процедуры для MtF-пациенток могут включать орхиэктомию, пенэктомию, пластику влагалища, клитора и половых губ. Техники включают в себя инверсию кожи полового члена, ректосигмоидальный трансплантат на питающей ножке и свободные кожные трансплантаты для выстилки неовлагалища. Сексуальная чувствительность является важной целью при вагинопластике, наряду с созданием функциональной вагины и приемлемым косметическим видом.

Хирургические осложнения операций на гениталиях у транс-женщин могут включать полный или частичный некроз влагалища и половых губ, свищи из мочевого пузыря или кишки во влагалище, стеноз уретры, а также влагалища или слишком короткие, или слишком маленькие для полового акта. Хотя хирургические техники по созданию неовлагалища функционально и эстетически превосходны, зарегистрированы данные об аноргазмии после процедуры, и может потребоваться второй этап пластики половых губ для косметического вида [Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006].

Хирургические процедуры на гениталиях для FtM-пациентов могут включать гистерэктомию, овариэктомию (сальпингоовариэктомию), иссечение влагалища, метоидиопластику, скротопластику, уретропластику, вставку протезов яичек и фаллопластику. Для пациентов без абдоминальной хирургии рекомендуется лапароскопическая техника гистерэктомии и сальпингоовариэктомии, чтобы избежать шрама в нижней части живота. Вагинальный доступ может быть затруднительным, поскольку большинство пациентов не рожали и зачастую не имели опыта сексуального контакта с введением полового члена. Современные хирургические техники фаллопластики различны. Выбор техник может быть ограничен анатомическими или хирургическими соображениями и финансовыми соображениями клиента. Если целями фаллопластики являются неофаллос хорошего внешнего вида, мочеиспускание стоя, сексуальная чувствительность и/или способность совершить половой акт, то пациент

должен быть четко проинформирован о том, что существуют несколько отдельных этапов операций и частые технические сложности, которые могут потребовать проведения дополнительных операций. Даже метоидиопластика, которая в теории является одноэтапной процедурой по созданию микрофаллоса, часто требует более чем одной операции. Цель мочеиспускания стоя с этой техникой не всегда может быть достигнута [Monstrey et al., 2008].

Осложнения фаллопластики у транс-мужчин могут включать частые стенозы мочевых путей и свищи, а иногда – некроз неофаллоса. Метоидиопластика дает в результате микропенис, без возможности мочеиспускания стоя. Фаллопластика с использованием лоскута на ножке или свободного васкуляризованного лоскута является длительной, многоэтапной процедурой со значительной заболеваемостью, включающей осложнения мочевых путей и неизбежное образование шрамов на донорских участках. По этой причине многие FtM-пациенты никогда не делают операций на гениталиях, кроме гистерэктомии и сальпингоовариэктомии [Hage & De Graaf, 1993].

Даже пациенты, у которых развиваются тяжелые хирургические осложнения, редко жалеют о перенесенных операциях. Важность операции может быть оценена по достоинству повторяющимися данными о том, что качество хирургических результатов – один из лучших предсказателей общего результата изменения пола [Lawrence, 2006].

Другие операции

Другие операции для вспоможения в феминизации тела включают редуцирующую щитовидную хондропластику (уменьшение Адамова яблока), операцию по изменению голоса, липопластику с отсасыванием (моделирование контуров) в области талии, ринопластику (коррекцию носа), уменьшение костей лицевого черепа, круговую пластику лица и блефаропластику (омоложение век). Другие операции для вспоможения в маскулинизации тела включают липосакцию, липофиллинг и вставку грудных имплантатов. Голосовая хирургия для получения более низкого голоса является редкой, но может быть рекомендована в некоторых случаях, таких, когда гормональная терапия была неэффективна.

Хотя эти операции не требуют направления от специалистов по психическому здоровью, такие специалисты могут играть важную роль в помощи клиентам в принятии полностью обоснованного решения о распределении по времени и последствиях таких процедур в контексте социального перехода.

Хотя большинство этих процедур, как правило, относят к «чисто эстетическим», эти же самые операции у индивидуума с тяжелой половой дисфорией могут считаться необходимыми с медицинской точки зрения, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации состояния и жизненной ситуации конкретного пациента. Эта двойственность отражает действительность в клинической ситуации и допускает индивидуальность решений в соответствии с необходимостью и желательностью данных процедур.

XII

Ведение послеоперационного периода и контроль

Долгосрочное ведение послеоперационного периода и контроль после хирургического лечения половой дисфории связаны с хорошими хирургическими и психосоциальными результатами [Monstrey et al., 2009]. Контроль важен для дальнейшего физического и психического здоровья пациента и для знания хирургом полезных результатов и ограничений операции. Хирурги, проводящие операции пациентам, приезжающим издалека, должны включать индивидуальный контроль в план лечения и стараться обеспечить доступное долговременное ведение пациента в его географическом регионе.

Пациенты после операции могут иногда исключать себя из контроля врачами-специалистами, включая выписывающего гормоны врача (для пациентов, получающих гормоны), не признавая, что эти врачи часто могут наилучшим образом предотвратить, диагностировать и лечить заболевания, свойственные только гормонально и хирургически леченым пациентам. Необходимость контроля равным образом распространяется на специалистов по психическому здоровью, которые, возможно, провели с пациентом больший период времени, чем любой другой специалист и, следовательно, лучше всего готовы помочь в любом послеоперационном устранении сложностей. Медицинские специалисты должны подчеркивать важность ведения послеоперационного периода своим пациентам и предлагать непрерывность помощи.

Пациенты после операции должны проходить регулярные медицинские проверки, согласно рекомендуемым нормам для их возраста, что обсуждается более подробно в следующем разделе.

XIII

Профилактика и первичная медицинская помощь в течение жизни

Транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы нуждаются в медицинской помощи на протяжении всей жизни. Например, чтобы избежать негативных побочных влияний гонадэктомии в относительно юном возрасте и/или длительной гормональной терапии в высоких дозах, пациентам требуется всесторонняя медицинская помощь врачей, опытных в первичной медицинской помощи и в вопросах здоровья транссексуалов. Если один врач не может предоставить все услуги, необходима непрерывная коммуникация с другими врачами.

Вопросы медицинской помощи первичного звена и медицинского обслуживания должны решаться до, во время и после любых возможных изменений в гендерной роли и медицинских вмешательствах по облегчению половой дисфории. Несмотря на то, что назначаемые гормоны врачи и хирурги играют важную роль в профилактике, каждый транссексуал, трансгендер и гендерно неконформный индивидуум должен сотрудничать с врачом первичного звена для всестороннего удовлетворения медицинских потребностей [Feldman, 2007].

Общая профилактика

Руководства по обследованию, разработанные для населения в целом, подходят для систем органов, которые вряд ли подвергнутся воздействию феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии. Однако, в таких областях, как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороз и отдельные виды рака (молочной железы, шейки матки, яичников, матки и предстательной железы), подобные общие руководства могут или недооценить, или переоценить экономическую эффективность обследования индивидуумов, получающих гормональную терапию.

Несколько источников предоставляют подробные протоколы по оказанию медицинской помощи первичного звена пациентам, получающим феминизирующую/маскулинизирующую гормональную терапию, включая терапию, назначаемую после операций по изменению пола [Центр передового опыта по здоровью транссексуалов,

УКСФ, 2011 г.; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005]. Клиницисты должны сверяться со своими национальными научно-обоснованными руководствами и обсуждать обследование со своими пациентами, учитывая воздействие гормональной терапии на их основные риски.

Онкологический скрининг

Онкологический скрининг систем органов, связанных с полом, может представлять особые медицинские и психосоциальные сложности для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных пациентов и их врачей. В отсутствие крупных перспективных исследований врачи вряд ли имеют достаточно доказательных данных для определения соответствующего типа и частоты проведения онкологических скринингов этой популяции. Избыточный скрининг приводит к более высоким затратам на медицинскую помощь, ложным высоким положительным процентам и зачастую излишнему облучению и/или таким диагностическим вмешательствам, как биопсия. Недостаточный скрининг приводит к задержке диагностики потенциально излечимых видов онкологии. Пациенты могут воспринимать онкологический скрининг как подтверждающий их пол (в случае маммографии для MtF-пациенток) или как физически, так и эмоционально болезненный (в случае мазка Папаниколау, который обуславливает непрерывность лечения для FtM-пациентов).

Медицинская помощь при урогенитальных инфекциях

Гинекологическая помощь может быть необходима транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам обоих полов. Среди FtM-пациентов такая помощь необходима преимущественно индивидуумам, не подвергавшимся операциям на гениталиях. Среди MtF-пациенток такая помощь нужна после операций на гениталиях. Несмотря на то, что многие хирурги консультируют пациентов по вопросам послеоперационной помощи при урогенитальных инфекциях, клиницисты первичной медицинской помощи и гинекологи также должны знать специфические половые проблемы этой популяции.

Все MtF-пациентки должны быть проконсультированы о гигиене половых органов, сексуальности и профилактике инфекций, передающихся половым путем; те, кто перенес операции на гениталиях, должны быть проконсультированы о необходимости регулярного расширения влагалища или полового акта с введением полового члена,

чтобы сохранить глубину и ширину влагалища [van Trotsenburg, 2009]. В связи с особенностями анатомии мужского таза, ось и размеры неовлагалища существенно отличаются от таковых у биологического влагалища. Эти анатомические отличия могут повлиять на половой акт, если их не понимают MtF-пациентки и их партнеры [van Trotsenburg, 2009].

Инфекции нижних отделов мочевыводящих путей часто развиваются у MtF-пациенток после операции в связи с реконструктивными требованиями укороченной уретры. Кроме того, эти пациентки могут страдать от функциональных расстройств нижних отделов мочевыводящих путей; такие расстройства могут быть вызваны нарушением автономной иннервации дна мочевого пузыря во время рассечения между прямой кишкой и мочевым пузырем и изменением расположения самого мочевого пузыря. После операций по изменению пола может развиваться дисфункциональное мочеиспускание (например, гиперактивный мочевой пузырь, недержание мочи при напряжении или ургентное недержание мочи) [Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007].

Большинство FtM-пациентов не подвергаются иссечению влагалища (кольпэктомии). У пациентов, принимающих маскулинизирующие гормоны, несмотря на значительное превращение тестостерона в эстрогены, могут наблюдаться атрофические изменения выстилки влагалища, которые могут вести к зуду и жжению. Обследование может быть как физически, так и эмоционально болезненным, но отсутствие лечения может серьезно осложнить ситуацию. Гинекологи, лечащие генитальные жалобы FtM-пациентов, должны осознавать болезненность, которую пациенты с мужской половой идентичностью и мужским гендерным самовыражением могут иметь по поводу наличия у себя гениталий, обычно связанных с женским полом.

XIV

Применимость Стандартов Медицинской Помощи к лицам, живущим в учреждениях

СМП во всей полноте применимы ко всем транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам, независимо от их жилищной ситуации.

Люди не должны подвергаться дискриминации в отношении доступа к надлежащей медицинской помощи на основании того, где они живут, включая такие общественные институты, как тюрьмы или медицинские учреждения долго-/среднесрочного лечения [Brown, 2009]. Медицинская помощь транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам, живущим в учреждениях, должна воспроизводить помощь, которая была бы доступна им, если бы они жили вне учреждения в том же самом сообществе.

Все элементы оценки состояния и лечения, как описано в СМП, могут быть предоставлены лицам, живущим в учреждениях [Brown, 2009]. В доступе к этим необходимым с медицинской точки зрения видам лечения не должны отказывать на основании помещения в учреждение закрытого типа или жилищных условий. Если отсутствует внутренняя экспертиза штатных или внештатных медицинских специалистов учреждения по оценке состояния и/или лечению индивидуумов с половой дисфорией, следует получить консультацию внешних специалистов, сведущих в этой специализированной области здравоохранения.

Индивидуумы с половой дисфорией, находящиеся в учреждениях, могут также иметь сопутствующие психические расстройства [Cole et al., 1997]. Эти расстройства необходимо оценить и лечить соответствующим образом.

Индивидуумы, попадающие в учреждение на подобранной схеме гормональной терапии, должны продолжать ее или сходные виды терапии и наблюдаться в соответствии с СМП. Подход «стоп-кадр» не является подходящим лечением в большинстве ситуаций [Kosilek против Массачусетского Управления Исполнения наказаний/Maloney, С.А. № 92-12820-MLW, 2002]. Индивидуумы с половой дисфорией, признанные нуждающимися в гормональной терапии (в соответствии с СМП), должны начать ее. Последствия резкого прекращения приема гормонов или отсутствие начала гормональной терапии при необходимости с медицинской точки зрения включают высокую вероятность негативных результатов, таких, как хирургическое самолечение посредством самокастрации, подавленное настроение, дисфория и/или суицидальность [Brown, 2010].

При оказании медицинской помощи, соответствующей СМП, могут быть достигнуты разумные договоренности в условиях учреждения, если такие договоренности не подвергают опасности оказание необходимой с медицинской точки зрения помощи индивидуумам с половой дисфорией. Примером такой разумной договоренности может служить применение инъекционных гормонов – при отсутствии медицинских противопоказаний – в среде, где отклонение от режима приема оральных препаратов высоко вероятно [Brown, 2009]. Отказ в необходимых изменениях в гендерной роли или в доступе к лечению, включая операции по изменению пола, на основании

пребывания в учреждении не являются разумными договоренностями по СМП [Brown, 2010].

Жилье и душевые/ванные для транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов, живущих в учреждениях, должны учитывать их половую идентичность и роль, физическое состояние, достоинство и личную безопасность. Размещение в помещении, палате или камере для лиц одного пола исключительно на основании вида наружных половых органов может быть неподходящим и ставить под угрозу преследований [Brown, 2009].

Учреждения, в которых транссексуалы, трансгендеры и гендерно неконформные индивидуумы проживают и получают медицинскую помощь, должны следить за поддержанием толерантного и позитивного климата в коллективе, чтобы гарантировать, что проживающие не подвергаются нападкам со стороны персонала или других проживающих.

XV

Применимость Стандартов Медицинской Помощи к индивидуумам с нарушениями формирования пола

Терминология

Термин нарушения формирования пола (НФП) означает соматическое состояние атипичического развития половых путей [Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & Консенсусная Группа ОПЭЛВ1/ЕОПЭ2, 2006]. НФП включают состояние, которое раньше называли интерсексуальностью. Хотя терминология была изменена на НФП во время международной консенсусной конференции в 2005 году [Hughes et al., 2006], разногласие по поводу лексики сохраняется. Некоторые резко возражают против ярлыка «нарушение», предпочитая рассматривать эти врожденные расстройства

как разнообразие [Diamond, 2009] и продолжать использовать термины интерсекс или интерсексуальность. В СМП ВПАЗТ использует термин НФП беспристрастно и без оценок, с целью гарантировать, что медицинские специалисты признают этот медицинский термин и используют его для доступа к соответствующей литературе по мере развития области. ВПАЗТ остается открытой новой терминологии, которая еще больше прольет свет на опыт членов этой разнородной популяции и приведет к улучшениям в доступе и оказании медицинской помощи.

Обоснование добавления в СМП

Ранее индивидуумы с НФП, которые также подходили к поведенческим критериям расстройства половой идентификации ДСР-IV-ТС [Американская Психиатрическая Ассоциация, 2000 г.], исключались из этого общего диагноза. Вместо этого их классифицировали как имеющих диагноз «Расстройство половой идентификации – Неуточненное». Они были также исключены из Стандартов Медицинской Помощи ВПАЗТ.

Текущее предложение для ДСР-5 (www.dsm5.org) – заменить термин «расстройство половой идентификации» на «половая дисфория». Более того, предложенные изменения в ДСР считают индивидуумов с половой дисфорией с НФП имеющими подтип половой дисфории. Эта предложенная классификация – которая четко разграничивает индивидуумов с половой дисфорией с и без НФП – вполне оправдана: у индивидуумов с НФП половая дисфория отличается по своим феноменологическим проявлениям, эпидемиологии, жизненному пути и этиологии [Meyer-Bahlburg, 2009].

Взрослые с НФП и половой дисфорией все чаще попадают в поле зрения медицинских специалистов. Соответственно, краткое обсуждение помощи им включено в эту версию СМП.

Соображения по анамнезу

Медицинские специалисты, оказывающие помощь пациентам и с НФП, и с половой дисфорией, должны знать, что медицинский контекст, в котором такие пациенты выросли, обычно весьма отличается от аналогичного у индивидуумов без НФП.

Некоторых индивидуумов распознают как имеющих НФП посредством обследования нетипичных для их пола гениталий при рождении. (Все чаще это обследование проводится в пренатальном периоде посредством визуализирующих исследований, таких, как ультразвук). Эти дети затем подвергаются значительному количеству медицинских диагностических процедур. После консультации семьи с медицинскими специалистами, во время которой рассматривается конкретный диагноз, физические и гормональные признаки и обратная связь по исследованиям долгосрочных результатов [Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004], новорожденному регистрируют пол: или мужской, или женский.

Другие индивидуумы с НФП попадают в поле зрения медицинских специалистов приблизительно в период полового созревания в результате обследования атипичного развития вторичных половых признаков. Это обследование также ведет к специальной медицинской оценке.

Тип НФП и тяжесть состояния имеют значительные последствия для решений о первоначальной регистрации пола пациента, последующей генитальной хирургии и другой медицинской и психосоциальной помощи [Meyer-Bahlburg, 2009]. Например, степень воздействия андрогенов в пренатальном периоде у индивидуумов с НФП коррелирует со степенью маскулинизации связанного с полом поведения (то есть с половой ролью и гендерным самовыражением); однако корреляция выражена только средне, и значительная вариативность поведения остается необъясненной степенью воздействия андрогенов в пренатальном периоде [Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006]. Примечательно, что сходной корреляции между воздействием андрогенов в пренатальном периоде и половой идентичностью не было обнаружено [например, Meyer-Bahlburg et al., 2004], что подчеркивается фактом, что люди с одной и той же (ядерной) половой идентичностью могут иметь значительные различия в степени маскулинизации связанного с полом поведения.

Оценка и лечение половой дисфории у индивидуумов с нарушениями формирования пола

Крайне редко у индивидуумов с НФП определяют половую дисфорию до постановки диагноза НФП. Даже в таком случае диагноз НФП обычно очевиден по соответствующему анамнезу и базовому физикальному обследованию – обе процедуры являются частью медицинской оценки целесообразности гормональной

терапии или хирургических вмешательств по поводу половой дисфории. Специалисты по психическому здоровью должны просить пациентов, обращающихся по поводу половой дисфории, пройти физикальное обследование, особенно если они в данный момент не наблюдаются у врача первичной (или другой) медицинской помощи.

У большинства индивидуумов с НФП, рожденных с неопределенными гениталиями, не развивается половая дисфория [Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004]. Однако у некоторых индивидуумов с НФП разовьется хроническая половая дисфория, и они даже пройдут изменение пола, зарегистрированного им при рождении, и/или гендерной роли [Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999]. Если имеются стойкие и выраженные признаки наличия половой дисфории, то, независимо от возраста пациента, необходима всесторонняя оценка клиницистами, имеющими опыт в оценке и лечении половой дисфории. Опубликованы подробные рекомендации по проведению такой оценки и принятию лечебных решений по половой дисфории в контексте НФП [Meyer-Bahlburg, в печати]. Только после тщательной оценки следует предпринимать шаги в направлении изменения зарегистрированного при рождении пола или гендерной роли пациента.

Клиницисты, оказывающие этим пациентам помощь с вариантами лечения по облегчению половой дисфории, могут выгадать от опыта, полученного при предоставлении помощи пациентам без НФП [Cohen-Kettenis, 2010]. Однако определенные критерии для лечения (возраст, продолжительность опыта жизни в желаемой гендерной роли), обычно нельзя запросто применить к лицам с НФП; скорее, критерии интерпретируют в свете индивидуальной ситуации пациента [Meyer-Bahlburg, в печати]. В контексте НФП изменения в зарегистрированном при рождении поле и в гендерной роли производятся в любом возрасте между младшим возрастом начальной школы и средней взрослостью. Даже генитальная хирургия этим пациентам может быть выполнена намного раньше, чем индивидуумам с половой дисфорией без НФП, если операция полностью оправдана диагнозом, доказательным прогнозом по половой идентичности при данном синдроме, тяжестью синдрома и желаниями пациента.

Одна из причин таких отличий в лечении заключается в том, что генитальная хирургия у индивидуумов с НФП довольно распространена в младенчестве и подростковом возрасте. Бесплодие может уже присутствовать вследствие или ранней гонадной недостаточности, или гонадэктомии из-за риска злокачественности. Даже в таком случае пациентам с НФП рекомендуется проходить полный социальный переход в другую гендерную роль, только если они имеют длительный анамнез нетипичного гендерного поведения и если половая дисфория и/или желание изменить свою гендерную роль сильны и устойчивы в течение значительного периода времени. Шесть месяцев – это промежуток времени полного проявления симптомов, требуемый

для применения диагноза «половая дисфория», предложенного для ДСР-5 [Meyer-Bahlburg, в печати].

Дополнительные источники

Соответствующие полу анамнезы индивидуумов с НФП зачастую сложны. Их анамнезы могут включать большое разнообразие врожденных генетических, эндокринных и соматических нетипичностей, а также разнообразных гормональных, хирургических и других видов медицинского лечения. По этой причине необходимо принимать во внимание много дополнительных вопросов при психосоциальной и медицинской помощи таким пациентам, независимо от наличия половой дисфории. Рассмотрение данных вопросов находится за рамками того, что могут охватить СМП. Заинтересованного читателя мы отсылаем к существующим публикациям [Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008]. Некоторые семьи и пациенты также находят полезным консультироваться или работать с группами взаимопомощи сообщества.

Существует весьма авторитетная медицинская литература по вопросам медицинского ведения пациентов с НФП. Большая часть этой литературы создана высококлассными специалистами по детской эндокринологии и урологии, при участии узкопрофильных специалистов по психическому здоровью, особенно в области пола. Недавние международные консенсусные конференции рассматривали руководства по доказательной медицинской помощи (включая вопросы пола и генитальной хирургии) при НФП в целом [Hughes et al., 2006] и конкретно при врожденной гиперплазии надпочечников (Совместная рабочая группа ОПЭЛВ/ЕОПЭ по ВГН et al., 2002; Speiser et al., 2010). Другие рассматривали исследовательские нужды по НФП в целом [Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004] и по отдельным синдромам, таким, как 46,XXY [Simpson et al., 2003].

Список литературы

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

- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, *38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365–2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, *1*(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, *28*(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, *17*(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, *9*(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.

- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, *22*(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's **Standards of Care** section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *12*(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). **Transgender health program protocols**. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). **Transgender health program protocols**. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). **CASLPA clinical certification program**. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *21*(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, *6*(Suppl 6), S3–8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *18*(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). **Primary care protocol for transgender health care**. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>

- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), **Latin American male homosexualities** (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. **International Journal of Transgenderism**, 3(1), 2–17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. **Archives of Sexual Behavior**, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), **A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry** (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. **Tijdschrift Voor Psychotherapie**, 10, 153–166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). **Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. **Archives of Sexual Behavior**, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y

- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:0.1007/s10508–011–9758–9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O’Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s **Standards of Care**. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s **Standards of Care**: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s **Standards of Care**: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s **Standards of Care**: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). **Male bodies, women’s souls: Personal narratives of Thailand’s transgendered youth**. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). **Transgender rights**. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.

- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. **Journal of Voice**, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. **International Journal of Transgenderism**, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), **Williams textbook of endocrinology** (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. **International Journal of Transgenderism**, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. **Folia Phoniatica Et Logopaedica**, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. **Archives of Sexual Behavior**, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. **European Psychiatry**, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. **International Journal of Transgenderism**, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. **European Journal of Endocrinology**, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. **Hormone Research in Paediatrics**, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. **Clinical Therapeutics**, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). **Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice**. New York, NY: W.W. Norton.

- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's **standards of care**. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no03_02.htm
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6

- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.

- Feinberg, L. (1996). **Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman**. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). **Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel**. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), **Principles of transgender surgery and medicine** (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. **International Journal of Transgenderism**, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the **standards of care**. **International Journal of Transgenderism**, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). **Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group**. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). **Protocol for hormone therapy**. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. **Western Journal of Medicine**, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). **Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy** (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. **Sexual and Relationship Therapy**, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

- Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's **Standards of Care**. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's **Standards of Care**: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), **Transsexualism and sex reassignment** (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). **Menopause: A guide to management**. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). **Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications**. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). **Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers**. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). **The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality**. New Haven, CT: Yale University Press.

- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. **Annual Review of Sex Research**, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. **International Journal of Psycho-Analysis**, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent’s reactions to transgender youth’s gender-nonconforming expression and identity. **Journal of Gay & Lesbian Social Services**, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents’ responses. **Journal of GLBT Family Studies**, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), **Williams textbook of endocrinology** (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. **Microsurgery**, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. **Journal of Voice**. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. **Clinics in Plastic Surgery**, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. **Journal of Sex and Marital Therapy**, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T’Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. **European Urology**, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008

- Hoening, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, *124*(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, *62*(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, *7*(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *87*(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, *51*(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, *115*(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, *43*(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, *June*, 21–49.

- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743–6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464–410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhäuser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600–0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508–006–9104–9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's **standards of care**. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). **The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470. doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's **standards of care** requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III. Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220

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

- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). **Man and woman, boy and girl**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. **Journal of Pediatric Psychology**, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? **Plastic and Reconstructive Surgery**, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? **Journal of Gender Studies**, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. **Journal of Communication Disorders**, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. **Clinical Endocrinology**, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). **Neither man nor woman: The hijras of India**. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). **Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary**. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. **Journal of Voice**, 18(1), 153–167.

- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. **Quality of Life Research**, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. **Human Reproduction Update**, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. **Menopause**, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. **Journal of Sex Research**, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. **International Journal of Language & Communication Disorders**, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). **On the calculation of the prevalence of transsexualism**. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. **Journal of the Gay and Lesbian Medical Association**, 4(4), 185–194. doi:10.1090/7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. **Archives of General Psychiatry**, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. **Andrologia**, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. **Current Anthropology**, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947

- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. **Journal of Psychology & Human Sexuality**, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. **International Journal of Transgenderism**. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), **Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood** (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). **Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide** (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. **Archives of Sexual Behavior**, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. **Journal of Sex Information & Education Council of Canada**, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. **International Journal of Transgenderism**, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. **International Journal of Transgenderism**, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. **Journal of Homosexuality**, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. **International Journal of Transgenderism**, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). **Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution.** Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. **Archives of Sexual Behavior, 28**(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? **Sexual and Relationship Therapy, 24**(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41**(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. **JAMA: The Journal of the American Medical Association, 288**(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), **Handbook of child psychology** (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. **Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 3**(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. **Genetics in Medicine, 5**(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. **Psychological Medicine, 35**(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776

- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. **Journal of the American Board of Family Practice**, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? **Archives of Sexual Behavior**, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083–3188(03)00155–4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. **International Journal of Psychoanalysis**, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), **Body guards: The cultural politics of gender ambiguity** (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. **Endocrine Practice**, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. **International Journal of Transgenderism**, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), **International encyclopedia of sexuality**. New York, NY: Continuum.

- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, *73*(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). **Protocols for hormonal reassignment of gender**. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *78*(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, *16*(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *26*(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, *47*(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, *25*(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, *11*, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *43*(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, *119*(549), 195–196.

- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. **SIECUS Report**, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. **Archives of Sexual Behavior**, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. **Endocrine Reviews**, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's **standards of care: The Asian perspective**. **International Journal of Transgenderism**, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. **International Journal of Sexual Health**, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. **The Journal of Urology**, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). **International classification of diseases and related health problems-10th revision**. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). **The world health report 2008: Primary health care—now more than ever**. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). **WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.** Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>

- WPATH Board of Directors. (2010). **De-psycho-pathologisation statement released May 26, 2010**. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). **The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two**. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *84*(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). **Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men**. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, *10*(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *13*(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). **Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents**. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *38*(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the **standards of care** of The World Professional Association for Transgender Health. **International Journal of Transgenderism**, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameerliar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 7(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 172(2), 90–97.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
ГЛОССАРИЙ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ГЛОССАРИЙ

Терминология в области медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам быстро развивается; вводятся новые термины, а определения уже существующих меняются. Следовательно, лексика в этой области часто вызывает недопонимание, прения или несогласие. Термины, которые могут быть неизвестны или которые имеют особые значения в СМП, определены ниже исключительно для целей данного документа. Другие могут принять эти определения, но ВПАЗТ признает, что эти термины могут быть определены по-разному в разных культурах, сообществах и контекстах.

ВПАЗТ также признает, что многие термины, используемые в отношении этой популяции, неидеальны. Например, термины транссексуал и трансвестит – и, некоторые могли бы поспорить, более новый термин «трансгендер» – применяют к людям, объективируя их. Тем не менее, такие термины в большей или меньшей степени приняты многими людьми, которые прилагают максимальные усилия, чтобы их поняли. Продолжая использовать эти термины, ВПАЗТ лишь стремится гарантировать, что концепции и процессы понятны, чтобы облегчить оказание качественной медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам. ВПАЗТ остается открытой новой терминологии, которая еще больше прольет свет на опыт членов этой разнородной популяции и приведет к улучшениям в доступе и оказании медицинской помощи.

Биоидентичные гормоны – гормоны, которые по структуре идентичны аналогичным гормонам, находящимся в теле человека [Комитет АКАГ по Гинекологической практике, 2005 г.]. Гормоны, используемые при биоидентичной гормональной терапии (БГТ), в основном получают из растительных источников и по структуре сходны с эндогенными гормонами человека, но им необходима промышленная обработка, чтобы стать биоидентичными.

Экстемпоральная биоидентичная гормональная терапия (ЭБГТ) – применение гормонов, приготовленных, смешанных, составленных, упакованных или помеченных фармацевтом как лекарственное средство и сделанных на заказ для пациента, в соответствии с предписаниями врача. Одобрение государственным надзорным органом каждого экстемпорального препарата, сделанного для индивидуального потребителя, невозможно.

Переодевание (трансвестизм) – ношение одежды и подача себя в гендерной роли, которые в данной культуре более свойственны противоположному полу.

Нарушения формирования пола (НФП) – врожденные нарушения, при которых хромосомный, гонадный или анатомический пол нетипичны. Некоторые резко возражают против ярлыка «расстройство», предпочитая рассматривать эти врожденные нарушения как разнообразие [Diamond, 2009] и использовать термины интерсекс или интерсексуальность.

FtM (female-to-male) – аббревиатура, описывающая индивидуумов, зарегистрированных при рождении в женском поле, которые изменяют или изменили свое тело и/или гендерную роль с зарегистрированных при рождении женских на более мужское тело или роль.

Половая дисфория – дистресс, вызываемый несоответствием между половой идентичностью индивидуума и зарегистрированным ему при рождении полом (и связанной с ним гендерной ролью и/или первичными и вторичными половыми признаками) [Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b].

Половая идентичность – внутреннее ощущение индивидуумом принадлежности к мужскому (мальчик или мужчина), женскому (девочка или женщина) или альтернативному полу (например, мальчик-девочка, девочка-мальчик, трансгендер, гендернонеопределенный, евнух) [Bockting, 1999; Stoller, 1964].

Расстройство половой идентификации – официальный диагноз, сформулированный в Диагностико-статистическом руководстве по психическим расстройствам, 4-ая редакция, пересмотр. (ДСР-IV-ТС) [Американская Психиатрическая Ассоциация, 2000]. Расстройство половой идентификации характеризуется выраженной, устойчивой идентификацией с противоположным полом и устойчивым дискомфортом по поводу своего пола или чувством несоответствия гендерной роли этого пола, вызывающими клинически значимый дистресс или ухудшение в социальной, профессиональной или других важных областях деятельности.

Гендерно неконформный – прилагательное, описывающее индивидуумов, чья половая идентичность, гендерная роль или гендерное самовыражение отличаются от стандартных для их зарегистрированного пола в данной культуре и историческом периоде.

Гендерная роль или самовыражение – особенности личности, внешности и поведения, которые в данной культуре и историческом периоде считаются мужскими или женскими (то есть более типичны для мужской или женской социальной роли) [Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006]. Несмотря на то, что большинство индивидуумов предстают в социуме в чисто мужских или женских гендерных ролях, некоторые предстают в альтернативной гендерной роли, такой, как, например, гендернонеопределенная или определенно трансгендерная. Все люди склонны объединять и мужские, и женские черты в своем

гендерном самовыражении различными способами и до различной степени [Bockting, 2008].

Гендернонеопределенный – название идентичности, которое может использоваться индивидами, чья половая идентичность и/или гендерная роль не укладываются в бинарное понимание пола, ограниченное категориями «мужчина» и «женщина», «мужской» или «женский» [Bockting, 2008].

MtF (male-to-female) – аббревиатура, описывающая индивидов, зарегистрированных при рождении в мужском поле, которые изменяют или изменили свое тело и/или гендерную роль с зарегистрированных при рождении мужских на более женское тело или роль.

Натуральные гормоны – гормоны, полученные из естественных источников, таких, как растения или животные. Натуральные гормоны могут быть или не быть биоидентичными.

Пол: пол регистрируется при рождении как мужской или женский, обычно на основании внешнего вида наружных половых органов. Когда наружные половые органы неопределены, для регистрации пола [Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000] во внимание принимаются другие компоненты пола (внутренние половые органы, хромосомный и гормональный пол). У большинства людей половая идентичность и гендерное самовыражение совпадают с их полом, зарегистрированным при рождении. У транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидов половая идентичность или гендерное самовыражение отличаются от их пола, зарегистрированного при рождении.

Операции по изменению пола (операции по подтверждению пола) – операции по изменению первичных и/или вторичных половых признаков с целью подтверждения половой идентичности индивида. Операции по изменению пола могут быть важной частью необходимого с медицинской точки зрения лечения по облегчению половой дисфории.

Трансгендер – существительное, описывающее разнородную группу индивидов, которые пересекают или выходят за пределы определенных культурой категорий пола. Половая идентичность трансгендеров в различной степени отличается от пола, зарегистрированного им при рождении [Bockting, 1999].

Переход – период времени, в течение которого индивиды изменяют гендерную роль с той, что связана с их полом, зарегистрированным при рождении, на другую гендерную роль. Для многих людей это влечет за собой обучение жизни в социально «другой» гендерной роли; для других это означает нахождение гендерной роли и самовыражения,

наиболее комфортных для них. Переход может включать или не включать феминизацию или маскулинизацию тела посредством гормонов или других медицинских процедур. Характер и длительность перехода варьируются и являются индивидуальными.

Трансфобия, интернализованная – дискомфорт по поводу собственных трансгендерных чувств или идентичности как результат интернализации нормативных гендерных ожиданий общества.

Транссексуал – существительное (часто применяемое врачами), описывающее индивидуумов, стремящихся изменить или изменивших свои первичные и/или вторичные половые признаки посредством феминизирующих или маскулинизирующих медицинских вмешательств (гормонов и/или операций), обычно сопровождающихся долговременным изменением в гендерной роли.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

ОБЗОР МЕДИЦИНСКИХ РИСКОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Риски, указанные ниже, основаны на двух всесторонних, доказательных обзорах литературы по маскулинизирующей/феминизирующей гормональной терапии [Feldman & Safer, 2009; Nembree et al., 2009], в сочетании с обширным когортным исследованием [Asscheman et al., 2011]. Эти обзоры могут служить подробным справочником для врачей, наряду с другими широко признанными опубликованными клиническими материалами [например, Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007].

Риски феминизирующей гормональной терапии (MtF)

Вероятно повышенный риск:

Венозная тромбоэмболическая болезнь

- Применение эстрогена повышает риск венозных тромбоэмболических явлений (ВТЭ), особенно у пациентов старше 40 лет, курильщиков, крайне малоподвижных, страдающих ожирением и тех, кто уже имеет тромбоэмболические расстройства.

- Риск повышается с дополнительным применением прогестинов третьего поколения.
- Риск снижается с применением трансдермального пути введения эстрадиола, что рекомендуется пациентам с повышенным риском ВТЭ.

Сердечно-сосудистые, цереброваскулярные расстройства

- Применение эстрогена повышает риск сердечно-сосудистых явлений у пациентов старше 50 лет, уже имеющих факторы риска сердечно-сосудистых расстройств. Дополнительный прогестин может повысить этот риск.

Липиды

- Применение орального эстрогена может заметно повысить уровень триглицеридов у пациентов, повышая риск панкреатита и сердечно-сосудистых явлений.
- Различные пути введения будут иметь разные метаболические воздействия на уровни холестерина-ЛПВП и ЛПНП и липопротеина.
- В целом, клинические данные позволяют предполагать, что MtF-пациентки с ранее существовавшими липидными расстройствами могут выиграть от применения трансдермального эстрогена вместо орального.

Печень/желчный пузырь

- Применение эстрогена и ципротерона ацетата может сопровождаться кратковременным повышением уровня ферментов печени и (редко) клинической гепатотоксичностью.
- Применение эстрогена повышает риск желчнокаменной болезни (камни в желчном пузыре) и последующей холецистэктомии.

Возможно повышенный риск:

Сахарный диабет 2 типа

- Феминизирующая гормональная терапия, в частности, эстроген, может повысить риск сахарного диабета 2 типа, особенно среди пациентов с семейным анамнезом диабета или других факторов риска этого заболевания.

Гипертония

- Применение эстрогена может повышать артериальное давление, но влияние на заболеваемость выраженной гипертонией неизвестно.
- Спиринолактон снижает артериальное давление и рекомендован пациентам с повышенным риском гипертонии или гипертоникам, желающим феминизации.

Пролактинома

- Применение эстрогена повышает риск гиперпролактинемии у MtF-пациенток в первый год лечения, но впоследствии этот риск маловероятен.
- Применение высоких доз эстрогена может спровоцировать клиническое проявление существующей пролактиномы, развивавшейся бессимптомно.

Неопределенный или нет повышенного риска:

Пункты в этой категории включают те, что могут представлять риск, но по которым доказательные данные настолько минимальны, что четкого заключения не может быть сделано.

Рак молочной железы

- У транс-женщин, принимавших феминизирующие гормоны, встречается рак молочной железы, но неизвестно, как степень риска его появления соотносится с таковой у лиц, рожденных с женскими гениталиями.

- Более длительное воздействие феминизирующих гормонов (то есть количество лет приема эстрогенных препаратов), семейный анамнез рака молочной железы, ожирение (ИМТ>35) и применение прогестинов, вероятно, влияют на уровень риска.

Другие побочные эффекты феминизирующей терапии:

Нижеследующие эффекты могут считаться незначительными или даже желанными, в зависимости от пациента, но являются четко связанными с феминизирующей гормональной терапией.

Фертильность и сексуальная функция

- Феминизирующая гормональная терапия может нарушить фертильность.
- Феминизирующая гормональная терапия может снизить либидо.
- Феминизирующая гормональная терапия снижает ночные эрекции, с различным влиянием на сексуально стимулируемые эрекции.

Риски антиандрогенных препаратов:

Схема приема феминизирующих гормонов часто включает множество средств, которые воздействуют на производство или действие тестостерона. К ним относятся агонисты гонадолиберина, прогестины (включая ципротерона ацетат), спиронолактон и ингибиторы 5-альфа редуктазы. Детальное обсуждение специфических рисков этих средств находится за рамками СМП. Однако и спиронолактон, и ципротерона ацетат широко применяются и заслуживают некоторых комментариев.

Ципротерона ацетат – это гестагенное соединение с антиандрогенными свойствами [Gooren, 2005; Levy et al., 2003]. Хотя он широко применяется в Европе, в США он не одобрен из-за опасений по поводу гепатотоксичности [Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004]. Спинонолактон широко применяется в качестве антиандрогена при феминизирующей гормональной терапии, особенно в регионах, где ципротерон не одобрен к применению [Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003]. У спиронолактона долгая история применения при лечении гипертонии и застойной сердечной недостаточности. Его известные побочные эффекты включают гиперкалиемию, головокружение и желудочно-кишечные симптомы [Настольная Книга Врача, 2007].

Риски маскулинизирующей гормональной терапии (FtM)

Вероятно повышенный риск:

Полицитемия

- Маскулинизирующая гормональная терапия, включающая тестостерон или другие андрогенные стероиды, повышает риск полицитемии (гематокрит > 50%), особенно у пациентов с другими факторами риска.
- Трансдермальное введение и подбор дозировки может снизить этот риск.

Набор веса/висцеральный жир

- Маскулинизирующая гормональная терапия может привести к умеренному набору веса, с увеличением висцерального жира.

Возможно повышенный риск:

Липиды

- Терапия тестостероном снижает уровень ЛПВП, но по-разному влияет на уровни ЛПНП и триглицеридов.
- Супрафизиологические (превышающие нормальный мужской диапазон) уровни тестостерона в сыворотке, часто определяемые при длительном внутримышечном дозировании, могут ухудшить липидные профили, тогда как трансдермальное введение представляется более нейтральным к липидам.
- Пациенты, имеющие синдромом поликистоза яичников или дислипидемию, могут находиться под повышенным риском ухудшения дислипидемии при терапии тестостероном.

Печень

- При терапии тестостероном может возникнуть кратковременное повышение уровня ферментов печени.
- При приеме орального метилтестостерона отмечено развитие дисфункции печени и злокачественностей. Однако метилтестостерон больше недоступен в большинстве стран и больше не должен использоваться.

Психиатрические

Маскулинизирующая терапия, включающая тестостерон или другие андрогенные стероиды, может повысить риск гипоманиакальных, маниакальных или психотических симптомов у пациентов с имеющимися психиатрическими расстройствами, включающими такие симптомы. Представляется, что данное нежелательное явление связано с повышенными дозами или супрафизиологическими уровнями тестостерона в крови.

Неопределенный или нет повышенного риска:

Пункты в этой категории включают те, что могут представлять риск, но по которым доказательные данные настолько минимальны, что четкого заключения не может быть сделано.

Остеопороз

- Терапия тестостероном поддерживает или увеличивает минеральную плотность костной ткани у FtM-пациентов до овариэктомии, как минимум в первые три года лечения.
- После овариэктомии существует повышенный риск снижения плотности костной ткани, особенно, если терапия тестостероном прерывается или недостаточна, что включает пациентов, применяющих только оральный тестостерон.

Сердечно-сосудистые

- Маскулинизирующая гормональная терапия в нормальных физиологических дозах не увеличивает риск сердечно-сосудистых явлений среди у здоровых пациентов.

- Маскулинизирующая гормональная терапия может увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, имеющих факторы риска.

Гипертония

- Маскулинизирующая гормональная терапия в нормальных физиологических дозах может повысить артериальное давление, но не увеличивает риск гипертонии.
- Пациенты, имеющие факторы риска развития гипертонии, такие, как набор веса, семейный анамнез или синдром поликистоза яичников, могут находиться под повышенным риском.

Сахарный диабет 2 типа

- Терапия тестостероном не увеличивает риск сахарного диабета 2 типа среди FtM-пациентов в целом.
- Терапия тестостероном может дополнительно повысить риск диабета 2 типа у пациентов с другими факторами риска, такими, как набор веса, семейный анамнез и синдром поликистоза яичников. Нет данных, которые предполагают или демонстрируют повышение риска у пациентов с факторами риска дислипидемии.

Рак молочной железы

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов не повышает риск рака молочной железы.

Рак шейки матки

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов не повышает риск рака шейки матки, хотя может повысить риск минимально патологического мазка Папаниколау в связи с атрофическими изменениями.

Рак яичников

- Аналогично лицам, рожденным с женскими гениталиями, с повышенным уровнем андрогенов, терапия тестостероном у FtM-пациентов может повысить риск рака яичников, хотя данные ограничены.

Рак эндометрия (матки)

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов может повысить риск рака эндометрия, хотя данные ограничены.

Другие побочные эффекты маскулинизирующей терапии:

Нижеследующие эффекты могут считаться незначительными или даже желанными, в зависимости от пациента, но являются четко связанными с феминизирующей гормональной терапией.

Фертильность и сексуальная функция

- Терапия тестостероном у FtM-пациентов снижает фертильность, хотя степень и обратимость снижения неизвестны.
- Терапия тестостероном может вызвать стойкие анатомические изменения у развивающегося эмбриона или плода.
- Терапия тестостероном вызывает увеличение клитора и усиливает либидо.

Акне, андрогенная алопеция

Акне и различные степени облысения по мужскому типу (андрогенная алопеция) являются известными побочными эффектами маскулинизирующей гормональной терапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ В ПЕРЕЧЕНЬ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ОПЕРАЦИЙ

Как и во всех предыдущих версиях СМП, критерии, сформулированные в данном документе для гормональной терапии и хирургического лечения половой дисфории, являются клиническими руководствами; отдельные медицинские специалисты и программы могут модифицировать их. Клинические отклонения от СМП могут произойти из-за индивидуальной анатомической, социальной или психологической ситуации пациента; усовершенствования опытным медицинским специалистом метода работы со

стандартной ситуацией; протокола исследования; недостатка ресурсов в различных частях мира или необходимости специальных стратегий для снижения вреда. Эти отклонения должны быть признаны в качестве таковых, объяснены пациенту и задокументированы в информированном согласии для качественной медицинской помощи пациентам и правовой защиты. Эта документация также ценна для накопления новых данных, которые могут быть проанализированы ретроспективно, чтобы медицинская помощь – и СМП – развивались.

Критерии для феминизирующей/маскулинизирующей гормональной терапии (одно направление от специалиста или запись психосоциальной оценки в медицинской карте)

1. Постоянная, подробно задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП для детей и подростков).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

Критерии для хирургии груди/молочных желез (одно направление от специалиста)

Мастэктомия и формирование мужской груди у FtM-пациентов:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).

4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

Гормональная терапия не является предусловием.

Пластические операции по увеличению груди (имплантаты/липофиллинг) у MtF-пациенток:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

Хотя это не является прямым критерием, MtF-пациенткам рекомендуется пройти феминизирующую гормональную терапию (минимум 12 месяцев) до пластической операции по увеличению груди. Целью является максимальное увеличение роста груди, чтобы получить более удачные хирургические (эстетические) результаты.

Критерии для генитальной хирургии (два направления от специалистов)

Гистерэктомия и овариэктомия у FtM-пациентов и орхиэктомия у MtF-пациенток:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.

5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента (если у пациента нет клинических противопоказаний к гормонам).

Цель гормональной терапии до гонадэктомии – главным образом, ввести период обратимого подавления эстрогена или тестостерона, до того как пациент подвергнется необратимому хирургическому вмешательству.

Эти критерии не применимы к пациентам, которые проходят данные процедуры по медицинским показаниям, отличным от половой дисфории.

Метойдиопластика или фаллопластика у FtM-пациентов и вагинопластика у MtF-пациенток:

1. Постоянная, хорошо задокументированная половая дисфория.
2. Способность принимать полностью обоснованное решение и давать согласие на лечение.
3. Совершеннолетие в данной стране (если моложе, следуйте СМП детям и подросткам).
4. Если присутствуют значительные медицинские проблемы или проблемы с психическим здоровьем, они должны быть под контролем.
5. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии в соответствии с гендерными целями пациента (если у пациента нет клинических противопоказаний к гормонам).
6. 12 месяцев непрерывной жизни в гендерной роли, соответствующей половой идентичности.

Хотя это не является прямым критерием, данным пациентам также рекомендуется регулярно посещать специалиста по психическому здоровью или другого медицинского специалиста.

Критерий, отмеченный выше для некоторых типов операций на гениталиях, – а именно, что пациенты обязаны прожить непрерывно 12 месяцев в гендерной роли, соответствующей их половой идентичности – основан на клиническом консенсусе экспертов, что этот опыт дает пациентам хорошую возможность пожить и социально адаптироваться в желаемой гендерной роли, прежде чем подвергнуться необратимым операциям.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

ДАННЫЕ ПО КЛИНИЧЕСКИМ РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Одной из надежных опор любой новой терапии является анализ результатов. В связи с противоречивой природой операций по изменению пола этот тип анализа крайне важен. Почти все исследования результатов в данной области являются ретроспективными.

Одно из первых исследований по изучению психосоциальных результатов проведенного лечения у транссексуальных пациентов было выполнено в 1979 году на медицинском факультете и в больнице Университета Джонса Хопкинса (США) [J. K. Meyer & Reter, 1979]. Это исследование было сосредоточено на профессиональной, образовательной, супружеской и домашней устойчивости пациентов. Результаты выявили несколько значимых изменений, связанных с лечением. Эти изменения не воспринимались как позитивные; скорее, они показали, что многие индивидуумы, начавшие программу лечения, были не лучше или хуже по многим показателям после участия в ней. Эти данные привели к закрытию программы лечения в этой больнице/на медицинском факультете [Abramowitz, 1986].

Впоследствии значительное число врачей требовало стандартизации показаний к операциям по изменению пола, что привело к формулированию первоначальных Стандартов Помощи Международной Ассоциации Половой Дисфории Гарри Бенджамина (ныне ВПАЗТ) в 1979 году.

В 1981 году Pauly опубликовал результаты крупного ретроспективного исследования лиц, перенесших операции по изменению пола. У участников в этом исследовании результаты были значительно лучше: среди 83 FtM-пациентов 80,7 % имели удовлетворительный результат (то есть пациент сообщал об «улучшении социальной и эмоциональной адаптации»), 6,0 % – неудовлетворительный. Среди 283 MtF-пациенток 71,4 % имели удовлетворительный результат, 8,1 % – неудовлетворительный. Это исследование включало пациентов, которые проходили лечение до публикации и применения Стандартов Медицинской Помощи.

С момента появления Стандартов Медицинской Помощи отмечается стабильное повышение удовлетворенности пациентов и снижение неудовлетворенности результатами операций по изменению пола. Исследования, проведенные после 1996 года, сосредотачивались на пациентах, которых лечили в соответствии со Стандартами Медицинской Помощи. Данные, полученные Rehman и коллегами (1999 г.) и Krege и коллегами (2001 г.), типичны для этого ряда работ; ни один из пациентов в этих

исследованиях не сожалел о проведенных хирургических операциях, а большинство отметили удовлетворенность косметическими и функциональными результатами операций. Даже пациенты, у которых развились тяжелые хирургические осложнения, редко жалели о перенесенных операциях. Качество хирургических результатов – один из лучших предсказателей общего результата изменения пола [Lawrence, 2003]. Подавляющее большинство катamnестических исследований показали неоспоримый положительный эффект операций по изменению пола на послеоперационные результаты, такие, как индивидуальное благосостояние, косметический вид и половая функция [De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009], хотя конкретная величина положительного влияния неясна из доступных в настоящее время данных. Одно исследование [Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003] даже показало увеличение заработка пациентов.

Один тревожащий отчет [Newfield et al., 2006] зафиксировал снижение оценок качества жизни (измеренных с помощью анкеты SF-36) у FtM-пациентов по сравнению с общей популяцией. Слабое место этого исследования в том, что набор 384 его участников проводился по электронной почте, без систематического подхода, и степень и тип лечения не регистрировались. Участники исследования, принимавшие тестостерон, обычно принимали его менее 5 лет. Зарегистрированное качество жизни у пациентов, перенесших операции на молочных железах/груди, было выше, чем у не оперированных ($p < 0,01$). (Подобный анализ не выполнялся для генитальной хирургии). В другой работе Kuhn и коллеги (2009 г.) использовали анкету Кинга (KHNQ) для оценки качества жизни 55 транссексуальных пациентов по прошествии 15 лет после операций. Оценки сравнили с оценками 20 здоровых контрольных пациенток, которые в прошлом перенесли операцию в абдоминальной/тазовой области. Оценки качества жизни транссексуальных пациентов были такими же или выше, чем у контрольных пациенток по некоторым вспомогательным параметрам (эмоции, сон, недержание, симптоматическая тяжесть и имитация роли), но хуже в других областях (общее состояние здоровья, ограничения физического и личного характера).

Сложно определить эффективность только гормонов в облегчении половой дисфории. Большинство исследований, оценивающих эффективность маскулинизирующей/феминизирующей гормональной терапии при облегчении половой дисфории, проводились среди пациентов, которые также подверглись хирургическому изменению пола. Благоприятное воздействие лечения, включавшего как гормоны, так и операции, было отмечено во всестороннем обзоре более 2000 пациентов в 79 исследованиях (главным образом, по данным наблюдений), выполненных между 1961 и 1991 гг. [Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfafflin & Junge, 1998]. У пациентов, прооперированных в 1986 году и позднее, результаты были лучше, чем у прооперированных до 1986 года, что отражает значительное улучшение в хирургических осложнениях [Eldh et al., 1997]. Большинство пациентов отметили улучшенные

психосоциальные результаты, колеблющиеся между 87 % для MtF-пациенток и 97 % для FtM-пациентов [Green & Fleming, 1990]. Сходные улучшения были отмечены в шведском исследовании, в котором «почти все пациенты были удовлетворены изменением пола 5 лет спустя, а 86 % клиницисты при последующем наблюдении оценили как стабильных или улучшивших свою общую активность» [Johansson, Sundbom, Hojerback, & Bodlund, 2010]. Слабые стороны этих предшествующих исследований – их ретроспективный план и использование разных критериев для оценки результатов.

В катамнестическом исследовании, проведенном в Нидерландах, оценивали 325 взрослых и подростков, последовательно обратившихся за изменением пола [Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005]. Пациенты, прошедшие лечение по изменению пола (как гормональное, так и хирургическое вмешательство) показали улучшение своих средних оценок половой дисфории, измеренных по Утрехтской Шкале Половой Дисфории. Оценки неудовлетворенности телом и психологической функции также улучшились в большинстве категорий. Менее 2 % пациентов выразили сожаление после лечения. Это самое крупное катамнестическое исследование, подтверждающее результаты ретроспективных исследований: сочетание гормональной терапии и операций излечивает половую дисфорию и улучшает другие области психосоциальной активности. Необходимы дальнейшие исследования воздействия гормональной терапии без хирургического вмешательства и без цели максимальной физической феминизации или маскулинизации.

В целом, исследования показывают устойчивое улучшение результатов по мере развития области. Результаты исследований концентрировались, в основном, на результатах операций по изменению пола. В текущей практике существует ряд адаптаций идентичности, роли и физических адаптаций, которые могли бы использовать последующее наблюдение или результаты исследований [Институт Медицины, 2011].

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

ПРОЦЕСС СОЗДАНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЕРСИЯ 7

Процесс создания Стандартов Медицинской Помощи, версия 7, начался с учреждения первичной «рабочей группы» СМП в 2006 году. Ее члены были приглашены, чтобы изучить отдельные секции СМП, версия 6. Для каждого раздела их попросили провести обзор соответствующей литературы, определить, где исследования отсутствовали и были необходимы, и рекомендовать возможные изменения в СМП в соответствии с новыми данными. Затребованные работы были представлены следующими авторами: Аарон

Девор, Уолтер Боктинг, Джордж Браун, Майкл Браунштейн, Пегги Коэн-Кеттенис, Грит ДеКёйпер, Петра ДеСуттер, Джейми Фельдман, Лин Фрейзер, Арлин Иштар Лев, Стивен Левайн, Уолтер Мейер, Хейно Мейер-Бальбург, Стэн Монстрей, Лорен Шехтер, Мик ванн Троценбург, Сэм Уинтер и Кен Цукер. Некоторые из этих авторов решили привлечь соавторов для помощи в решении задачи.

Первые черновики документов следовало подготовить к 1 июня 2007 года. Большая часть была завершена к сентябрю, а остальные – к концу 2007 года. Затем эти рукописи представили к рассмотрению в Международный Журнал Трансгендеризма (МЖТ). Каждая подверглась стандартной экспертной оценке МЖТ. Окончательные статьи были опубликованы в томе 11 (1-4) в 2009 году, что сделало их доступными для обсуждения и дебатов.

После опубликования этих статей Совет Директоров ВПАЗТ в 2010 году учредил Комитет по Пересмотру Стандартов Медицинской Помощи. Первой обязанностью Комитета по Пересмотру стала организация дебатов и обсуждения материалов, лежащих в основе публикаций МЖТ, через веб-сайт Google. Совет Директоров ВПАЗТ назначил подгруппу Комитета по Пересмотру в качестве Пишущей Группы. Обязанностью этой группы было подготовить первый черновик СМП, версия 7, и продолжать работать над изменениями для рассмотрения расширенным Комитетом по Пересмотру. Совет также назначил Международную Консультативную Группу транссексуалов, трансгендеров и гендерно неконформных индивидуумов для внесения вклада в пересмотр.

Был нанят технический писатель, чтобы: 1) сделать обзор всех рекомендаций к изменению – как первоначальных, указанных в МЖТ, так и дополнительных, возникших в ходе обсуждения онлайн; и 2) создать опрос, чтобы стимулировать дальнейший вклад в эти возможные изменения. Из результатов опроса Пишущая Группа смогла определить, в каких областях эксперты находились в согласии, а в каких требовались дополнительные обсуждения и дебаты. Затем технический писатель: 3) создал очень грубый первый черновик СМП, версия 7, чтобы Пишущая Группа рассмотрела его и взяла за основу.

Пишущая Группа собралась 4 и 5 марта 2011 года на очной консультационной встрече экспертов. Они рассмотрели все предложенные изменения, провели обсуждение и пришли к консенсусу по разным противоречивым вопросам. Решения были приняты на основе наилучшего доступного научного и экспертного консенсуса. Эти решения были включены в черновик, а дополнительные разделы были написаны Пишущей Группой при участии технического писателя.

Затем черновик, полученный в результате консультационной встречи, распространили среди Пишущей Группы и доработали при участии технического писателя. Как только это первоначальный черновик был готов, его распространили среди расширенного

Комитета по Пересмотру СМП и Международной Консультативной Группы. Было открыто обсуждение на веб-сайте Google и проведена телеконференция для разрешения вопросов. Обратная связь от этих групп была рассмотрена Пишущей Группой, которая затем выполнила следующую редакцию. Два дополнительных черновика были созданы и размещены на веб-сайте Google для рассмотрения расширенным Комитетом по Пересмотру СМП и Международной Консультативной Группой. По завершении этих трех циклов рассмотрений и редакций финальный документ был представлен Совету Директоров ВПАЗТ для утверждения. Совет Директоров утвердил эту версию 14 сентября 2011 года.

Планируется распространение данной версии СМП и сбор обратной связи для дальнейших редакций. Совет Директоров ВПАЗТ определяет сроки любого пересмотра СМП.

Финансирование

Процесс пересмотра Стандартов Медицинской Помощи стал возможным благодаря щедрому гранту Фонда Тавани и пожертвованию анонимного дарителя. Эти средства покрыли следующее:

1. Затраты на профессионального технического писателя.
2. Процесс международного вклада в предложенные изменения от специалистов по половой идентичности и от сообщества транссексуалов.
3. Рабочая встреча Пишущей Группы.
4. Процесс сбора дополнительной обратной связи и достижение финального экспертного консенсуса между профессиональным сообществом и сообществом транссексуалов, Комитетом по Пересмотру Стандартов Медицинской Помощи, версия 7, и Советом Директоров ВПАЗТ.
5. Затраты на печать и распространение Стандартов Медицинской Помощи, версия 7, и размещение бесплатной скачиваемой копии на веб-сайте ВПАЗТ.
6. Пленарное заседание с презентацией Стандартов Медицинской Помощи, версия 7, на Симпозиуме-Биеннале ВПАЗТ в 2011 году в Атланте, штат Джорджия, США.

Члены Комитета по пересмотру Стандартов Медицинской Помощи[†]

Эли Коулман, доктор философии (США)* – председатель Комитета
Ричард Адлер, доктор философии (США)
Уолтер Боктинг, доктор философии (США)*
Марша Ботцер, магистр гуманитарных наук (США)*
Джордж Браун, д.м.н. (США)
Пегги Коэн-Кеттенис, доктор философии (Нидерланды)*
Грит ДеКёйпер, д.м.н. (Бельгия)*
Аарон Девор, доктор философии (Канада)
Рендалл Эрбар, д.психол.н. (США)
Рэнди Эттнер, доктор философии (США)
Эван Эйлер, д.м.н. (США)
Джейми Фельдман, д.м.н., доктор философии (США)*
Лин Фрейзер, д.пед.н. (США)*
Роб Гарофало, д.м.н., магистр здравоохранения (США)
Джемисон Грин, доктор философии, магистр изящных искусств (США)*
Дэн Карасич, д.м.н. (США)
Гейл Кнудсон, д.м.н. (Канада)*
Арлин Иштар Лев, лицензированный клинический социальный работник (США)
Гэл Майер, д.м.н. (США)
Уолтер Мейер, д.м.н. (США)*
Хейно Мейер-Бальбург, д. естеств. н. (США)
Стэн Монстрей, д.м.н., доктор философии (Бельгия)*
Блан Пэкстон Холл, магистр клинико-санитарных дисциплин (лидерство в клинической работе), сертифицированный фельдшер (США)
Фридманн Пфэффлин, д.м.н., доктор философии (Германия)
Кэтрин Рэчлин, доктор философии (США)
Бин Робинсон, доктор философии (США)
Лорен Шехтер, д.м.н. (США)
Вин Тангрича, д.м.н., доктор философии (США)
Мик ван Троценбург, д.м.н. (Нидерланды)
Энн Витале, доктор философии (США)
Сэм Уинтер, доктор философии (Гонконг)
Стивен Уиттл, Офицер Ордена Британской Империи (Великобритания)
Кеван Уайли, бакалавр медицины, д.м.н. (Великобритания)
Кен Цукер, доктор философии (Канада)

Отборочный Комитет Международной Консультативной Группы

Уолтер Боктинг, доктор философии (США)
Марша Ботцер, магистр гуманитарных наук (США)
Аарон Девор, доктор философии (Канада)
Рендалл Эрбар, д.психол.наук (США)
Эван Эйлер, д.м.н. (США)
Джемисон Грин, доктор философии, магистр изящных искусств (США)*
Блан Пэкстон Холл, магистр клинико-санитарных дисциплин (лидерство в клинической работе), сертифицированный фельдшер (США)

Международная Консультативная Группа

Тамара Адриан, LGBT Rights Venezuela (Венесуэла)
Крэйг Эндрюс, FtM Australia (Австралия)
Кристин Бёрнс, Член Ордена Британской Империи, Plain Sense Ltd (Великобритания)
Наоми Фонтанос, Общество Прав Транссексуальных Женщин на Филиппинах (Филиппины)
Тони Мари Хансен, Ресурсный Центр Гарри Бенджамина (Норвегия)
Руперт Радж, Шелбернский Центр Здоровья (Канада)
Масаэ Тораи, FtM Japan (Япония)
Келли Уинтерс, GID Reform Advocates (США)

Технический писатель

Энн Мари Вебер-Мэйн, доктор философии (США)

Редакторская поддержка

Хайди Фолл (США)

Перевод на русский язык

Под руководством и редакцией Группы «FtM-Феникс» (Россия)

