WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

LEBMASH

معايير الرعاية

الخاصّة بصحّة الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًا وجندريًا وغير الممتثلين/ات جندريًا

الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًا

WWW.LEBMASH.ORG
+ 961 76 085 714
INFO@LEBMASH.ORG

WPATH WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION for TRANSGENDER HEALTH

LEBMASH

معايير الرعاية

الخاصّة بصحّة الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًا وجندريًا وغير الممتثلين/ات جندريًا

إلي كولمان، ريتشارد أدلر، والتر بوكتنغ، مارشا بوتزر، جورج براون، بيغي كوهين – كيتنيس، غريت دي كويبيير، آرون ديفور، راندال إربار، راندي إتنر، إيفان إيلير، جايمي فيلدمان، لين فرايزر، روب غاروفالو، جاميسون غرين، دان كارازيك، غايل كنودسون، آرلين إشتار ليف، غال ماير، والتر ماير، هاينو ماير- باهلبرغ، ستان مونستري، بلاين باكستون هول، فريدمان بفافلين، كاثرين راتشلين، بين روبنسون، لورن تشيشتر، فين تانغبريشا، ميك فان تروتسنبرغ، آن فيتالي، سام وينتر، ستيفن ويتل، كيفان وايلي، كين زوكّر

© الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًا. جميع الحقوق محفوظة

النسخة السابعة[1] | www.wpath.org

ISBN: X-XXX-XXXXX-XX

هذه هي النسخة السابعة من معايير الرعاية منذ نشر الوثيقة الأوّلية في العام ١٩٧٩. ونُشرَت مراجعاتٌ سابقةٌ للوثيقة في العام ١٩٨٠، ١٩٨١، ١٩٩٠، ١٩٩٨ و٢٠٠١. ونُشرَت النسخة السابعة في «الدوريّة العالميّة للتحوّل الجندري»:

International Journal of Transgenderism, 13(4), 165–232. doi:10.1080/15532739. 2011.700873

فهرس المحتويات

١. هدف واستخدامات معايير الرعاية	٤
٢. الإنطباق العالميّ لمعايير الرعاية	٦
٣. الفارق بين عدم الإمتثال الجندريّ والإرتباك الجندريّ	٧
٤. إعتباراتٌ إحصائيّةٌ	١٠
٥. لمحةٌ عامّةٌ عن المقاربات العلاجيّة للإرتباك الجندريّ	١٢
٦. تقييم ومعالجة الأطفال والمراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ	١٤
٧. الصحّة النفسيّة	٢٨
٨. العلاج الهرمونيّ	٤١
٩. الصحّة الإنجابيّة	٥٨
١٠. علاج الصوت والتواصل	٦٠
١١. الجراحة	٧٣
١٢. الرعاية والمتابعة التالية للجراحة	٧٦
١٣. الرعاية الصحيّة العامّة والوقائيّة على مدى الحياة	٧٧
١٤. إنطباق معايير الرعاية على الأشخاص القاطنين/ات في بيئاتٍ مؤسّسية	٧٩
١٥. إنطباق معايير الرعاية على الأشخاص ذوي/ات الإضطرابات في النموّ الجنسيّ	٨١
المراجع	٨٥
الملاحق	
أ: مسرد المصطلحات	١٠٣
ب: موجز المخاطر الطبّية الناجمة عن العلاج الهرمونيّ	١٠٦
ج: موجز معايير العلاج الهرمونيّ والجراحات	١١٢
د: أدلّة النتائج العياديّة للمقاربات العلاجيّة	١١٥
ه: عمليّة تطوير معايير الرعاية، النسخة السابعة	١١٨

١. هدف واستخدامات معايير الرعاية

«الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» [١] (The World Professional Association for Transgender Health) هي رابطةٌ عالميّةٌ إحترافيّةٌ متعدّدة المجالات، مهمّتها تعزيز الرعاية، والتثقيف، والبحث، والمناصرة، والإحترام، وتطوير السّياسة العامّة المبنيّة على الأدلّة في ما يتعلّق بصحّة المتحوّلين/ات [٢] جنسيًّا وجندريًّا. ترمي رؤية الرابطة إلى عالم يستفيد فيه الأفراد المتحوّلون/ات جنسيًّا وجندريًّا والأفراد غير الممتثلين/ات جندريًّا من الوصول إلى الرعاية الصحيّة المَبنيّة على الأدلّة، ومن الخدمات الإجتماعيّة، والعدالة، والمساواة.

إنّ إحدى وظائف الرابطة الأساسيّة هي الترويج لأعلى المعايير في الرعاية الصحيّة للأفراد من خلال صياغة «معايير الرعاية لصحّة المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا». تستند هذه المعايير إلى أفضل المعلومات العلميّة المتوفّرة وإلى إجماع المختصّين/ات المهنيّين/ات [٣]. وتنبع معظم البحوث والخبرات في هذا الحقل من منظوراتِ أميركا الشماليّة وغرب أوروبا، ما يعني ضرورة تكييفها لتلائم مناطق أخرى في العالم. لذلك، تتضمّن هذه النسخة من معايير الرعاية إقتراحاتٍ لطرق التفكير في النسبيّة والكفاءة الثقافيّتَين.

إنّ الهدف الكليّ لمعايير الرعاية هو تقديم الإرشاد العياديّ لمختصّي/ات الصحّة من أجل مساعدة المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا من خلال مدّهم/نّ بالسّبل الآمنة والفاعلة لتحقيق الراحة الشخصيّة الدّائمة مع ذواتهم/نّ المُجندرة، بغرض تعزيز صحّتهم/نّ الكليّة، ورفاههم/نّ النفسيّ وشعورهم/نّ بتحقيق الذّات. وقد تشمل هذه المساعدة الرعاية الأوليّة، والرعاية النسائيّة، والبوليّة، والخيارات الإنجابيّة، وعلاج التواصل والصوت، وخدمات الصحّة النفسيّة (التقييم، والإستشارة والعلاج النفسيّ على سبيل المثال)، والعلاجات الهرمونيّة، والجراحيّة. وبينما تتوجّه هذه الوثيقة بشكلٍ أساسيٍّ لمختصّي/ات الصحّة، يمكن إستخدام معايير الرعاية هذه من قبل الأفراد والعائلات والمؤسّسات الإجتماعيّة لفهم كيفيّة المساعدة في الترويج للصحّة المُثلى لأعضاء هذه الفئة المتنوّعة.

تدرك الرابطة أنّ الصحّة لا تعتمد فقط على الرعاية العياديّة الجيّدة، وإنما أيضًا على المناخات الإجتماعيّة والسياسيّة التي توفّر وتضمن القبول الإجتماعيّ، والمساواة، وحقوق المواطنة الكاملة. يمكن تعزيز الصحّة من خلال السّياسات العامّة والإصلاحات القانونيّة التي تروّج للقبول والإنصاف في ما يتعلّق بالتنوّع الجندريّ والجنسيّ، والتي تلغي الإجحاف والتمييز والوصمة. إنّ الرابطة ملتزمةٌ بالمناصرة من أجل تحقيق هذه التغيّرات في السّياسات العامّة والإصلاحات القانونيّة.

١. المعروفة سابقًا بـــ"رابطة هاري بنجامين العالميّة للإرتباك الجندريّ".

٢. في هذه النسخة العربيّة من معايير الرعاية، وإنطلاقًا من الموقف السياسيّ النسويّ للمترجِمة ولفريق "الجمعية الطبيّة اللبنانيّة للصحّة الجنسيّة" (LebMASH)، نلتزم قدر الإمكان بصيغتَي المؤنث والمذكّر معًا حرصًا على المساواة اللغويّة وشموليّة الخطاب. لكن، نظرًا إلى التحدّيات البنيويّة التي تطرحها اللغة العربيّة وضيق المجال المتاح، وحرصًا على سلاسة النّص العربيّ وسهولة إستخدامه وفهمه، إضطررنا في بعض المواضع كالأفعال المفردة وبعض الجموع والضمائر إلى إعتماد صيغة المذكّر فقط، آملين/ات الإستمرار في العمل على تطوير اللغة العربيّة بما يتماشى مع متطلّبات المساواة والعدالة اللغويّة.

٣. تمثّل "معايير الرعاية، النسخة 7" تقدّمًا بارزًا عن النسخ السّابقة. تستند التغيّرات في هذه النسخة إلى التبدّلات الثقافيّة الهامّة، والتطوّرات في المعارف العياديّة، وإزدياد الإهتمام بكثيرٍ من مسائل الرعاية الصحيّة التي تتعلّق بالمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا والأفراد غير الممتثلين/ات جندريًّا، بما يتجاوز الجراحة والعلاج الهرمونيّ (Coleman, 2009 a, b, c, d).

معايير الرعاية هي مبادئ توجيهيّةٌ عياديّةٌ مرِنةٌ

يُراد لمعايير الرعاية أن تكون مرنةً لتلائم إحتياجات الرعاية الصحيّة المتنوّعة للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا والأفراد غير الممتثلين/ات جندريًّا. وعلى الرغم من مرونتها، إلا أنّها توفّر معايير تروّج للرعاية الصحيّة المُثلى وتقدّم الإرشاد لعلاج الأفراد ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ - المعرّف بشكلٍ عام كإنزعاجٍ أو ضيقٍ ناجم عن التناقض بين الهويّة الجندريّة للفرد والجنس المُحدّد له/ا عند الولادة (والدور الجندريّ و/أو الخصائص الجنسيّة الأوّليّة والثانويّة ذات الصلة) (Fisk، ١٩٧٤؛ Bockting &، De Cuypere ، Knudson، ٢٠١٠b).

كما في كلّ النّسخ السّابقة من معايير الرعاية، المعايير المطروحة في هذه الوثيقة للعلاج الهرمونيّ والعلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ هي مبادئ توجيهيّةٌ عياديّةٌ، أيّ بمستطاع مختصّي/ات الصحّة والبرامج الصحيّة تعديلها. ويمكن الخروج عن هذه المعايير عياديًّا في حال وجود وضع تشريحيٍّ أو إجتماعيٍّ أو نفسيٍّ إستثنائيٍّ لدى الفرد؛ أو طريقةٍ متطوّرةٍ لدى أحد المختصّين/ات من ذوي/ات الخبرة في التّعامل مع وضع شائع؛ أو وجود بروتوكولٍ بحثيٍّ؛ أو نقصٍ في الموارد في مناطق مختلفةٍ من العالم؛ أو حاجةٍ إلى إستراتيجيّاتٍ معيّنةٍ للحدّ من الضّرر. ويجب تصنيف هذه الحالات كإستثناءاتٍ خارجةٍ عن المعايير المعتادة، وشرحها للفرد، ومن ثمّ توثيقها من خلال الموافقة المستنيرة من أجل تحقيق الرعاية ذات الجودة والحماية القانونيّة للفرد. ويُعدّ هذا التوثيق أمرًا قيّمًا في مراكمة المعلومات الجديدة التي يمكن التدقيق فيها رجعيًّا، بهدف تطوير الرعاية الصحيّة ومعاييرها.

تصوغ هذه الوثيقة معايير الرعاية لكنّها تعترف أيضًا بالدور الهامّ لصنع الخيارات المبنيّ على المعرفة، وبقيمة مقاربات الحدّ من الضّرر. بالإضافة إلى ذلك، تعترف هذه النسخة من معايير الرعاية وتقرّ بوجود تعبيراتٍ جندريّةٍ متنوّعةٍ لا تتطلّب العلاجات النفسيّة والهرمونيّة والجراحيّة. في كثيرٍ من الحالات، يكون بعض الأفراد من طالبي/ات الرعاية قد أحرزوا تقدّمًا ذاتيًّا بارزًا نحو التحوّل وتغيير الدور الجندريّ، أو غير ذلك من الحلول المتعلّقة بهويّتهم/نّ أو إرتباكهم/نّ الجندريّ. أما الأفراد الآخرون/ات فقد يحتاجون إلى خدماتٍ مكثّفة. يمكن لمختصّي/ات الصحّة إستخدام معايير الرعاية لمساعدة الأفراد على التفكير في كافّة الخدمات الصحيّة المُتاحة لهم/نّ، وفقًا لحاجاتهم/نّ العياديّة وأهدافهم/نّ المتعلّقة بالتعبير الجندريّ.

٢. الإنطباق العالميّ لمعايير الرعاية

بينما يُراد لمعايير الرعاية أن تُستخدم على الصّعيد العالميّ، تدرك «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» أنّ معظم التجارب والمعارف المسجّلة عياديًّا في هذا الحقل من الرعاية الصحيّة مصدرها أميركا الشماليّة وغرب أوروبا. وتوجد إختلافاتٌ بين مكانٍ وآخر، وفي داخل الأمم وعبرها، بشأن ما يلي: المواقف الإجتماعيّة من المتحوّلين/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثّلين/ات جندريًّا؛ تركيبات الهويّات والأدوار الجندريّة؛ اللغة المستخدَمة لوصف الهويّات الجندريّة المختلفة؛ علم الوبائيّات المتعلّق بالإرتباك الجندريّ؛ الوصول إلى العلاج وتكلفته؛ العلاجات المتوفّرة؛ عدد ونوع المهنيّين/ات ممّن يقدّمون الرعاية؛ ومسائل السياسة والقانون الخاصّة بهذا الحقل من الرعاية الصحيّة (Winter، ٢٠٠٩).

من المستحيل لمعايير الرعاية أن تعكس كافّة هذه الإختلافات، لذا على مختصّي/ات الصحّة أن يتحلّوا بالتحسّس لهذه الإختلافات عند تطبيق هذه المعايير في السّياقات الثقافيّة الأخرى، وتكييفها بما يتناسب مع الوقائع المحليّة. على سبيل المثال، توجد في بعض الثقافات أعدادٌ من الأشخاص غير الممتثلين/ات جندريًّا ممّن يعيشون وفق طرقٍ تجعلهم/نّ أكثر ظهورًا على المستوى الإجتماعيّ (Peletz، ٢٠٠٦). في هذه الأوضاع، تشيع بين هؤلاء الأفراد المبادرة إلى تغيير تعبيراتهم/نّ الجندريّة والخصائص الجسديّة في أثناء المراهقة، أو حتّى قبل ذلك. لكن هناك كثيرون/ات ممّن يكبرون ويعيشون في سياقٍ إجتماعيّ وثقافيٍّ وحتّى لغويٍّ لا يشبه سياق الثقافات الغربيّة. وعلى الرغم من ذلك، يختبر جميع هؤلاء تقريبًا تجارب الإجحاف والتمييز (Peletz، ٢٠٠٦؛ Winter ، ٢٠٠٩). في ثقافاتٍ كثيرة، تنتشر الوصمة الإجتماعيّة المتّصلة بعدم الإمتثال الجندريّ، وتُكتسَب الأدوار الجندريّة بالتقادم (Winter et al.، ٢٠٠٩)، لذا يُجبر الأفراد غير الممتثلين/ات جندريًّا في هذه الظّروف على التخفّي، وبالتالي قد تفوتهم/نّ فرص الحصول على الرعاية الصحيّة المناسبة (Winter، ٢٠٠٩).

لا يُقصد من معايير الرعاية الحدّ من جهود تقديم الرعاية الأفضل المتوفّرة لجميع الأفراد، إذ يمكن لمختصّي/ات الصحّة عبر العالم - حتّى في المناطق ذات الموارد المحدودة وفرص التدريب القليلة - تطبيق الكثير من المبادئ الجوهريّة التي تشكّل أساس معايير الرعاية. وتتضمّن هذه المبادئ ما يلي: إبداء الإحترام للأفراد ذوي/ات الهويّات غير الممتثلة جندريًّا (عدم إعتبار الإختلافات في الهويّة أو التعبيرات الجندريّة مرضًا)؛ تقديم الرعاية (أو الإحالة إلى الزملاء والزميلات من ذوي/ات المعرفة) بما يؤكّد هويّات الأفراد الجندريّة ويخفّف من ضغوط الإرتباك الجندريّ إذا وُجد؛ تكوين المعرفة عن حاجات الرعاية الصحيّة للمتحوّلين/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، بما في ذلك فوائد ومخاطر العلاجات المتوفّرة للإرتباك الجندريّ؛ مطابقة المقاربة العلاجيّة مع الحاجات المحدّدة للأفراد، لاسيّما أهدافهم/نّ المتعلّقة بالتعبير الجندريّ وحاجتهم/نّ إلى الإرتياح من الإرتباك الجندريّ؛ تيسير الوصول إلى الرعاية الملائمة؛ السّعي للحصول على الموافقة المستنيرة [٤] قبل تقديم العلاج؛ توفير الرعاية المتواصلة؛ والإستعداد لتأمين الدّعم والمناصرة للأفراد في داخل أسرهم/نّ ومجتمعاتهم/نّ (المدارس، أماكن العمل، وغيرها).

تعتمد المصطلحات المستخدَمة على السياق الثقافيّ والزمنيّ، وتتطوّر سريعًا. من المهمّ إستخدام اللغة التي تُبدي الإحترام في مختلف الأماكن والأوقات، وبين مختلف الأشخاص. وعندما تُترجَم معايير الرعاية إلى لغاتٍ أخرى، من الضّروري الإعتناء جيّدًا بالترجمة الدّقيقة لمعاني المصطلحات، إذ قد لا يكون من السّهل نقل المصطلحات الإنكليزيّة إلى لغاتٍ أخرى، والعكس صحيحٌ أيضًا. بعض اللّغات لا تحتوي على مفرداتٍ مقابلة لوصف المصطلحات المتنوّعة في هذه الوثيقة؛ بالتالي، على المُترجمين/ات الإحاطة بأهداف العلاج الضمنيّة، وصياغة التوجيهات القابلة للتطبيق ثقافيًّا من أجل تحقيق هذه الأهداف.

٤. هي الموافقة أو الرضى المبنيّ على المعرفة الكاملة والإحاطة بكافّة جوانب الموضوع قيد المناقشة وتفاصيله (informed consent).

٣. الفارق بين عدم الإمتثال الجندريّ والإرتباك الجندريّ

أن يكون المرء متحوّلًا/ةً جنسيًّا أو جندريًّا، أو غير ممتثلٍ/ةٍ جندريًّا، هي مسألة تنوّعٍ لا مرض.

أصدرت «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» في أيّار/مايو من العام ٢٠١٠ بيانًا طالبت فيه بالتوقّف عن إعتبار عدم الإمتثال الجندريّ مرضًا نفسيًّا حول العالم (WPATH Board of Directors، ٢٠١٠). ولحظ البيان أنّ «التعبير عن الخصائص الجندريّة، بما فيها الهويّات التي لا تتّصل نمطيًّا بجنس الشّخص المحدّد عند الولادة، هو ظاهرةٌ شائعةٌ ومتنوّعةٌ ثقافيًّا لا يجب الحكم عليها على أنّها ظاهرةٌ مَرَضيّةٌ أو سلبيّةٌ في أصلها».

لسوء الحظّ، يوصم عدم الإمتثال الجندريّ في كثير من المجتمعات حول العالم، وقد تؤدّي هذه الوصمة إلى الإجحاف والتمييز، ما يُنتج الآثار التي يتناولها نموذج «ضغط الأقليّة» (I.H. Meyers، ٢٠٠٣). ويتّسم ضغط الأقليّة (المُضاف إلى عوامل الضّغط العامّة التي يختبرها جميع الناس) بكونه ضغطًا مُزمنًا وإجتماعيّ الأساس، وقد يجعل المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا أكثر عرضةً لتطوير آثارٍ سلبيّةٍ على مستوى الصحّة النفسيّة، كالقلق والإكتئاب (Institute of Medicine، ٢٠١١). بالإضافة إلى الإجحاف والتمييز في المجتمع بشكلٍ عامّ، تساهم الوصمة في زيادة الإساءة والإهمال في علاقات الفرد بالأتراب وأفراد الأسرة، ما قد يتسبّب بدوره بالضّيق النفسيّ. لكن تجدر الإشارة إلى أنّ هذه العوارض فاعلة إجتماعيًّا، وليست متأصّلةً في كون الفرد متحوّلًا/ةً جنسيًّا أو جندريًّا أو غير ممتثلٍ/ةٍ جندريًّا.

عدم الإمتثال الجندريّ ليس مماثلًا للإرتباك الجندريّ

يشير عدم الإمتثال الجندريّ إلى مدى إختلاف الهويّة أو الدور أو التعبير الجندريّ للفرد عن المعايير الثقافيّة الموصوفة للأفراد من جنسٍ معيّن (Institute of Medicine، ٢٠١١). أما الإرتباك الجندريّ فيشير إلى الإنزعاج أو الضّيق الناتجَين عن التباين بين الهويّة الجندريّة للفرد والجنس المحدّد له/ا عند الولادة (والدور الجندريّ و/أو الخصائص الجنسيّة الأوليّة والثانويّة ذات الصلة) (Fisk، ١٩٧٤؛ Bockting & De Cuypere، Knudson، ٢٠١٠b). وتجدر الإشارة إلى أنّ البعض فقط من غير الممتثلين/ات جندريًّا قد يختبرون الإرتباك الجندريّ في مرحلةٍ ما من حيواتهم/نّ.

يتوفّر العلاج لمساعدة الأشخاص الذين يختبرون هذا الضّيق إلى إستكشاف هويّتهم/نّ الجندريّة والعثور على الدور الجندريّ المُريح لهم/نّ (Bockting & Goldberg، ٢٠٠٦). ويتّسم العلاج بالتفريد: فما يساعد شخصًا على التخفيف من أثر الإرتباك الجندريّ يختلف، ربما بشكلٍ كبير، عمّا يساعد شخصًا آخر. ومن الممكن أن تتضمّن هذه السّيرورة تغييرًا في التعبير الجندريّ أو تعديلاتٍ في الجسد، كما يمكنها ألّا تتضمّن ذلك. وتضمّ خيارات العلاج الطبيّ على سبيل المثال، تأنيث أو تذكير الجسد من خلال العلاج الهرمونيّ و/أو الجراحة، وهي وسائل فاعلةٌ في التخفيف من الإرتباك الجندريّ، وضروريّةٌ طبيًّا لكثيرٍ من الأشخاص. تتنوّع الهويّات والتعبيرات الجندريّة، ولا يمثّل العلاجان الهرمونيّ والجراحيّ سوى خيارَين فقط من بين خياراتٍ كثيرةٍ متوفّرةٍ لمساعدة الأشخاص على تحقيق الرّاحة مع ذواتهم/نّ وهويّاتهم/نّ.

يمكن التخفيف من الإرتباك الجندريّ بشكلٍ كبيرٍ من خلال العلاج (Murad et al.، ٢٠١٠). لذا، بينما يمكن للمتحوّلين/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا إختبار الإرتباك الجندريّ في مرحلةٍ ما من حيواتهم/نّ، يمكن للكثير من الأفراد الذين يتلقّون العلاج أن يعثروا على الأدوار والتعبيرات الجندريّ المُريحة لهم/نّ، ولو إختلفت عن تلك المتّصلة بالجنس المحدّد لهم/نّ عند الولادة، أو عن المعايير والتوقّعات الجندريّة السّائدة في المجتمع.

التشخصيات ذات الصلة بالإرتباك الجندريّ

يختبر بعض الأفراد الإرتباك الجندريّ بضيقٍ يبلغ حدًّا يخاطب المعاييرَ المحدّدة لتشخيصٍ رسميٍّ يصنِّف إضطرابا نفسيًّا. لكنّ هذا التشخيص لا يمثّل جوازًا للوصم والحرمان من الحقوق الإنسانيّة والمدنيّة. إنّ أنظمةَ التصنيف القائمة، كـ«الدّليل التشخيصيّ والإحصائيّ للإضطرابات النفسيّة» (American Psychiatric Association) (DSM، ٢٠٠٠) و«التصنيف العالميّ للأمراض» (World Health Organization) (ICD، ٢٠٠٧)، تعرّف مئات الإضطرابات النفسيّة التي تختلف في طريقة الظّهور، والمدّة، والنشوء المرَضيّ، والصعوبة الوظيفيّة، وقابليّة المعالجة. وتحاول كافّة هذه الأنظمة تصنيف تكتّلاتٍ من العوارض والشّروط، لا تصنيف الأفراد أنفسهم/نّ. إنّ الإضطراب هو وصفٌ لأمرٍ يتصارع معه الفرد، لا وصفًا للفرد أو هويّته/ا بحدّ ذاته/ا.

بالتالي، الأفراد المتحوّلون/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا ليسوا مضطربين/ات في الأساس، بل إنّ الضّيق الناتج عن الإرتباك الجندريّ، إذا وُجد، هو الهمّ الذي قد يكون قابلًا للتشخيص، والذي تتوفّر خياراتٌ متنوّعةٌ لعلاجه. إنّ وجود تشخيصٍ لمثل هذا الإرتباك، يسهّل في معظم الأحيان الوصول إلى العناية الصحيّة، كما يرشد إلى المزيد من البحث لإيجاد العلاجات الفاعلة.

تقود البحوث الجارية إلى تسمياتٍ تشخيصيّةٍ جديدة، كما أنّ المصطلحات تتغيّر في «الدّليل التشخيصيّ والإحصائيّ للإضطرابات النفسيّة» (Cohen-Kettenis & Pfäfflin، ٢٠١٠؛ Bockting & De Cuypere، Knudson، ٢٠١٠b؛ Meyer-Bahlburg، ٢٠١٠؛ Zucker، ٢٠١٠) وفي «التصنيف العالميّ للأمراض». لهذا السّبب، تُوظّفُ مصطلحاتٌ مألوفةٌ في وثيقة معايير الرعاية، كما تُقدّم تعريفاتٌ لمصطلحاتٍ في طور الظّهور. ويجب على مختصّي/ات الصحّة العودة إلى معايير التشخيص الأحدث ومُلائمَة القواعد من أجل تطبيقها في مجالات عملهم/نّ.

٤. إعتباراتٌ إحصائيّةٌ

لم تُجرَ حتّى الآن أيّ دراساتٍ إحصائيّةٍ رسميّةٍ عن حدوث [٥] وإنتشار [٦] التحوّل الجنسيّ تحديدًا، أو الهويّات المتحوّلة أو غير الممتثلة جندريًّا بشكلٍ عام. كما تواجه الجهود الرامية إلى الحصول على تقديراتٍ واقعيّةٍ صعوباتٍ جمّة (Institute of Medicine، ٢٠١١؛ Zucker & Lawrence ، ٢٠٠٩). حتّى ولو أثبتت الدراسات الإحصائيّة وجود نسبةٍ متشابهةٍ من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا حول العالم، فمن المرجّح أنّ الإختلافات الثقافيّة بين البلدان تفرض تغيّرًا في التعبيرات السلوكيّة للهويّات الجندريّة المختلفة، وفي مدى حدوث الإرتباك الجندريّ - والمختلف عن الهويّة الجندريّة - فعليًا بين السكّان. وبينما ينتج عن تجاوز الحدود الجندريّة المعياريّة في معظم البلدان إدانةٌ أخلاقيّةٌ بدلًا من التعاطف، توجد أمثلةٌ في ثقافاتٍ معيّنةٍ عن سلوكيّاتٍ غير ممتثلةٍ جندريًّا (القادة الروحيّون/ات على سبيل المثال) لم تستجلب الوصم بل التبجيل (Besnier، ١٩٩٤؛ Bolin ، ١٩٨٨؛ Chiñas ، ١٩٩٥؛ Colgan، & Gooren ، Coleman ، ١٩٩٢؛ Costa & Matzner ، ٢٠٠٧؛ Jackson & Sullivan ، ١٩٩٩؛ Nanda ، ١٩٩٨؛ Dumronggittigule & ،Coleman ، Taywaditep، ١٩٩٧).

لأسبابٍ كثيرةٍ، لطالما مال الباحثون/ات الذين يدرسون الحدوث والإنتشار إلى التركيز على المجموعة الفرعيّة الأسهل للعدّ بين الأفراد غير الممتثلين/ات جندريًّا: الأفراد المتحوّلون/ات جنسيًّا الذين واللّواتي يختبرون الإرتباك الجندريّ ويطلبون الرعاية المتعلّقة بالتحوّل الجندريّ في العيادات المختصّة بالجندر (Zucker & Lawrence، ٢٠٠٩). وأجريَت معظم هذه الدراسات في البلدان الأوروبيّة كالسّويد (Wålinder، ١٩٦٨، ١٩٧١)، والمملكة المتّحدة (Hoenig & Kenna، ١٩٧٤)، وهولندا (Bezemer & ،Gooren ، Van Kesteren ، Bakker، ١٩٩٣؛ Bezemer & ،Gooren ، Eklund، ١٩٨٨؛ Megens & ،Gooren ، van Kesteren، ١٩٩٦)، وألمانيا (Weitze & Osburg، ١٩٩٦)، وبلجيكا (De Cuypere et al.، ٢٠٠٧)، بينما أُجريَت دراسةٌ واحدةٌ في سنغافورة (Tsoi، ١٩٨٨). قام دي كويبير وزملاؤه (De Cuypere et al.، ٢٠٠٧) بمراجعة هذه الدراسات، وبإجراء دراساتٍ أخرى بأنفسهم/نّ. وإذا جُمِعَ، يمتدّ زمن هذه الدراسات على مدى ٣٩ عامًا. وإذا إستثنينا النتائج الناشزة في دراستَي بولي (Pauly) في العام ١٩٦٥ وتسوي (Tsoi) في العام ١٩٨٨، تبقى عشر دراساتٍ تغطّي ثمانية بلدان. وتتراوح بيانات الإنتشار المسجّلة في الدراسات العشر من ١:١١٩٠٠ إلى ١:٤٥٠٠٠ متحوّلةً من رجلٍ إلى إمرأةٍ، ومن ١:٣٠٤٠٠ إلى ١:٢٠٠٠٠٠ متحوّلًا من امرأةٍ إلى رجل. ويقترح بعض العلماء أن نسبة الإنتشار أعلى من ذلك بكثيرٍ، بحسب المنهجيّة المستخدَمة في البحث (Olyslager & Conway، ٢٠٠٧).

من المستحيل إجراء مقارنةٍ مباشرةٍ بين تلك الدراسات، إذ تختلف كلٌّ منها في طرق جمع المعلومات ومعايير توثيق الفرد كمتحوّلٍ/ةٍ جنسيًّا (مثلًا، معيار خضوع الفرد لعمليّة إعادة تشكيل الأعضاء التناسليّة مقابل معيار بدء العلاج الهرمونيّ، أو معيار زيارته/ا العيادة طلبًا لخدمات التحوّل تحت إشرافٍ طبّي). ويبدو المسار متّجهًا نحو معدّلات إنتشار أعلى في الدراسات الأحدث، ما قد يشير إلى ارتفاع أعداد الأفراد السّاعين/ات للحصول على الرعاية العياديّة. ويجد هذا التفسير دعمًا في بحث ريد وزملائه (Reed et al.، ٢٠٠٩) الذي سجّل تضاعف أعداد الأفراد الذين واللّواتي يحصلون على الرعاية في عياداتٍ مختصّةٍ بالجندر في المملكة المتّحدة كلّ خمسة أو ستّة أعوام. على نحوٍ مماثلٍ، سجّل زوكر وزملاؤه (Zucker et al.، ٢٠٠٨) زيادةً بأربع أو خمس مرّاتٍ في إحالات الأطفال والمراهقين/ات إلى عيادتهم/نّ في تورونتو في كندا على إمتداد فترة ثلاثين عامًا.

يمكن إعتبار الأرقام الواردة في مثل هذه الدراسات تقديراتٍ دنيا في أفضل الأحوال، إذ أنّ البيانات المنشورة مستقاةٌ بمعظمها من العيادات التي طابق فيها الأفراد معايير الإرتباك الجندريّ الشديد، وتمكّنوا من الحصول على الرعاية الصحيّة فيها. ولا تأخذ هذه التقديرات في الإعتبار أنّ العلاجات التي تُقدّم في وضعٍ عياديٍّ محدّدٍ، قد لا تكون متاحةً ومفيدةً ومقبولةً لدى كلّ من يعرّفون عن أنفسهم/نّ كأفرادٍ يختبرون الإرتباك الجندريّ في منطقةٍ ما. ومن خلال الإكتفاء بعدّ الأشخاص الذين واللّواتي يقصدون العيادات للحصول على نوعٍ معيّنٍ من العلاج، يتمّ إغفال عددٍ غير

محدّدٍ ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ ولا يسعون للحصول على العلاج.

وتدعم ملاحظاتٌ عياديّةٌ أخرى (غير مدعومة بعد بدراسةٍ منهجيّةٍ) أرجحيّة إرتفاع نسبة إنتشار الإرتباك الجندريّ: (١) تُشخّص حالات الإرتباك الجندريّ غير المعروفة سابقًا، عند ملاحظة حالات القلق، والإكتئاب، والإضطراب السلوكيّ، وإساءة إستخدام المواد، وإضطرابات الهويّة التفارقيّة، وإضطراب الشخصيّة الحديّة، والإضطرابات الجنسيّة وإضطرابات النموّ الجنسيّ (Meyer III & Emory، Boyle، Cole، ١٩٩٧). (٢) بعض مُرتدي/ات ثياب الجنس الآخر (crossdressers)، ومقلّدي/ات الذّكور والإناث، وملوك وملكات الدراغ (Drag)، والمثليّين والمثليّات، قد يختبرون الإرتباك الجندريّ (Bullough & Bullough، ١٩٩٣). (٣) إنّ حدّة الإرتباك الجندريّ لدى بعض الأفراد تتأرجح بين ما هو فوق العتبة العياديّة وما تحتها (Docter، ١٩٨٨). (٤) عدم الإمتثال الجندريّ بين الأفراد المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ يكاد يكون غير مرئيٍّ نسبيًا في كثيرٍ من الثقافات، لاسيّما لدى الباحثين/ات ومختصّي/ات الصحّة الغربيّين/ات الذين واللّواتي أجروا معظم الدراسات التي تُبنى عليها التقديرات الحاليّة للحدوث والإنتشار (Winter، ٢٠٠٩). بشكلٍ عامٍّ، يجب إعتبار المعلومات المتوفّرة نقطة إنطلاقٍ، مع الإشارة إلى إمكان إفادة الرعاية الصحيّة بدراسةٍ وبائيّةٍ إحصائيّةٍ أكثر صرامةً في أماكن عدّةٍ حول العالم.

٥. الحدوث - عدد الحالات الجديدة التي تظهر في فترةٍ معيّنةٍ (عام، على سبيل المثال).
٦. الإنتشار - عدد الأفراد المُصابين/ات بالحالة مقسومٌ على إجماليّ عدد السكّان.

٥. لمحةٌ عامّةٌ عن المقاربات العلاجيّة للإرتباك الجندريّ

التقدّم في معارف الإرتباك الجندريّ وعلاجه

في النصف الثاني من القرن العشرين، إزداد الوعي بظاهرة الإرتباك الجندريّ عندما بدأ مختصّو/ات الصحّة بتقديم مساعدةٍ إلى الأفراد هدفها التخفيف من الإرتباك الجندريّ عبر دعم التغيّرات في الخصائص الجنسيّة الأوليّة والثانويّة، بإستخدام العلاج الهرمونيّ والجراحة، بالإضافة إلى تغيير الدور الجندريّ. وعلى الرغم من أنّ هاري بنجامين كان قد لحظ طيفًا لعدم الإمتثال الجندريّ (Benjamin، ١٩٦٦)، إلا أنّ المقاربة العياديّة الأوليّة ركّزت بشكلٍ كبيرٍ على تحديد المرشّح/ة المناسب/ة لجراحة تثبيت الجندر (Gender Affirming Surgery)، من أجل تسهيل التغيّر الجسديّ من ذكرٍ إلى أنثى أو من أنثى إلى ذكرٍ بأتمّ صورةٍ ممكنة (Green & Fleming، ١٩٩٠؛ Hastings، ١٩٧٤). وأثبتت هذه المقاربة بعد التقييم فاعليّةً كبيرةً، إذ تراوحت نسبة الرّضى في الدراسات بين ٨٧٪ لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ و٩٧٪ لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكور (Green & Fleming، ١٩٩٠)، بينما بقي الندم نادر الوجود (١-١,٥٪ لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناث، وأقلّ من ١٪ لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكور؛ Pfäfflin، ١٩٩٣). بالتأكيد، ثبت أنّ العلاج الهرمونيّ والجراحيّ يمثّل ضرورةً طبيّةً للتخفيف من الإرتباك الجندريّ لدى كثيرٍ من الأشخاص (American Medical Association، ٢٠٠٨؛ Anton، ٢٠٠٩؛ The World Professional Association for Transgender Health، ٢٠٠٨).

وبينما كان المجال في طور النضوج، لاحظ مختصّو/ات الصحّة أنّه بينما يحتاج كثيرٌ من الأفراد إلى العلاجين الهرمونيّ والجراحيّ معًا للتخفيف من الإرتباك الجندريّ، يحتاج آخرون وأخرياتٌ إلى أحد هذه الخيارات العلاجيّة فقط، أو لا يحتاجون إلى أيٍّ منها (Bockting & Goldberg، ٢٠٠٦؛ Bockting، ٢٠٠٨؛ Lev، ٢٠٠٤). في غالب الأحيان، ومع الإستعانة بالعلاج النفسيّ، يدمج بعض الأفراد مشاعرهم/نّ الجندريّة التحوليّة أو التجاوزيّة في الدور الجندريّ المُحدّد لهم/نّ عند الولادة، من دون الشّعور بالحاجة إلى تأنيث أو تذكير أجسادهم/نّ. وهناك آخرون وأخريات يكتفون بالتغيّرات في الدور والتعبير الجندريّ للتخفيف من الإرتباك الجندريّ. وبينما يحتاج البعض إلى الهرمونات، وربما إلى التغيير في الدور الجندريّ من دون الحاجة إلى الجراحة، قد يحتاج البعض الآخر إلى التغيير في الدور الجندريّ والجراحة، من دون العلاج الهرمونيّ. بمعنًى آخر، بات علاج الإرتباك الجندريّ أكثر تفريدًا بحسب حاجات كلّ شخص.

مع تقدّم العمر بجيلٍ من الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا - من بينهم/نّ كثيرون/ات ممّن إستفادوا من مقارباتٍ علاجيّةٍ مختلفة - بات هؤلاء أكثر ظهورًا كجماعةٍ في المجتمع، مثبتين/ات تنوّعًا هامًّا في الهويّات والأدوار والتعبيرات الجندريّة. لا يصف بعض الأشخاص أنفسهم/نّ كغير ممتثلين/ات جندريًّا، بل بوضوحٍ كأفرادٍ من الجنس الآخر (Bockting، ٢٠٠٨). أما الآخرون والأخريات فيؤكّدون هويّتهم/نّ الجندريّة الفريدة غير معتبرين/ات أنفسهم/نّ ذكورًا ولا إناثًا (Bornstein، ١٩٩٤؛ Kimberly، ١٩٩٧؛ Stone، ١٩٩١؛ Warren، ١٩٩٣)، وقد يصفون هويّتهم/نّ الجندريّة بمصطلحاتٍ محدّدةٍ كمتحوّلٍ/ةٍ جندريًّا، أو مزدوج/ة الجندر، أو كويريّ/ة (Queer) الجندر، مشدّدين/ات على تجاربهم/نّ الفريدة التي قد تتجاوز مفهوم الجندر القائم على ثنائيّة الذّكر/الأنثى (Bockting، ٢٠٠٨؛ Ekins & King، ٢٠٠٦؛ Nestle، Wilchins، & Howell، ٢٠٠٢). ومن الممكن ألّا يختبر هؤلاء تجربة توكيد الهويّة كـ«تحوّل»، لأنّهم/نّ لم يتبنّوا قطّ الدور الجندريّ الذي حُدّد لهم/نّ عند الولادة، أو لأنّهم/نّ يحقّقون الهويّة و الدور والتعبير الجندريّ خاصّتهم/نّ بطريقةٍ لا تشمل تغييرًا من دورٍ جندريّ إلى آخر. على سبيل المثال، بعض الشّباب ممّن يعرّفون عن أنفسهم/نّ ككويريّي/ات الجندر، دائمًا ما كانوا يختبرون هويّتهم/نّ ودورهم/نّ الجندريّ كـ«كويريّي/ات الجندر» تحديدًا. إنّ ازدياد الظّهور في المكان العامّ وزيادة الوعي بالتنوّع الجندريّ (Feinberg، ١٩٩٦) قد وسّع من الخيارات المتاحة للأفراد لتحقيق هويّتهم/نّ وإيجاد الدور والتعبير الجندريّ المُريح لهم/نّ.

يمكن لمختصّي/ات الصحّة مساعدة الأفراد ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ على توكيد هويّتهم/نّ الجندريّة، وإستكشاف مختلف الخيارات للتعبير عن تلك الهويّة، وصنع القرارات المتعلّقة بخيارات العلاج الطبّي للتخفيف من الإرتباك الجندريّ.

خيارات العلاج الطبّي والنفسيّ للإرتباك الجندريّ

تتوفّر للأفراد السّاعين/ات للحصول على الرعاية الخاصّة بالإرتباك الجندريّ مجموعةٌ متنوّعةٌ من الخيارات العلاجيّة التي يمكن أخذها بالإعتبار، وقد يختلف نوع التغييرات المُطبّقة، وعددها، وتراتبيّتها من شخصٍ إلى آخر (Bockting، Knudson، & Goldberg، ٢٠٠٦؛ Bolin، ١٩٩٤؛ Rachlin، ١٩٩٩؛ Rachlin، Green، & Lombardi، ٢٠٠٨؛ Rachlin، Hansbury، & Pardo، ٢٠١٠). ويشمل العلاج الخيارات التالية:

- التغيير في التعبير والدور الجندريّ (الذي قد يشمل العيش جزئيًّا أو كليًّا وفق دورٍ جندريٍّ آخر متّسقٍ مع هويّة الفرد الجندريّة)؛
- العلاج الهرمونيّ لتأنيث الجسد أو تذكيره؛
- الجراحة لتغيير الخصائص الجنسيّة الأوليّة و/أو الثانويّة (على سبيل المثال، الثديان/الصدر، الأعضاء التناسليّة الداخليّة و/أو الخارجيّة، ملامح الوجه، معالم الجسد)؛
- العلاج النفسيّ (للفرد، والزّوج، والعائلة، أو المجموعة) لأغراضٍ كإستكشاف الهويّة والدور والتعبير الجندريّ؛ تناول التأثير السلبيّ للإرتباك الجندريّ والوصمة على الصحة النفسيّة؛ التخفيف من رهاب التحوّل المستبطَن؛ تحسين الدّعم الإجتماعيّ ودعم الأتراب؛ تحسين صورة الجسد؛ أو تعزيز الإنسيابيّة.

خيارات الدّعم والتغيير الإجتماعيّ بشأن التعبير الجندريّ

بالإضافة إلى الخيارات النفسيّة والطبيّة المذكورة أعلاه (أو بدلًا منها)، تتوفّر خياراتٌ أخرى للتخفيف من الإرتباك الجندريّ، مثل:

- الموارد المتوفّرة شخصيًّا وعبر الإنترنت عن دعم الأتراب، ومجموعات المجتمع ومنظّماته التي توفّر وسائل المناصرة والدّعم الإجتماعيّ؛
- الموارد المتوفّرة شخصيًّا وعبر الإنترنت حول دعم الأسَر والأصدقاء؛
- العلاج التواصليّ والصوتي لمساعدة الأفراد على تطوير مهارات التواصل اللفظيّة وغير اللفظيّة التي تسهّل لهم/نّ تحقيق الراحة في هويّتهم/نّ الجندريّة؛
- إزالة الشّعر بالتحليل الكهربائيّ، أو بعلاج الليزر، أو الشّمع؛
- تربيط أو حشو الثديَين، وإخفاء الأعضاء الجنسيّة الذكريّة أو وضع قضيبٍ صناعيٍّ، حشو الوركَين والرّدفَين؛
- تغيير الإسم أو إشارة الجندر في وثائق الهويّة.

٦. تقييم ومعالجة الأطفال والمراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ

هناك مجموعةٌ من الإختلافات في ظواهريّة الإرتباك الجندريّ ومساره التطوريّ ومقارباته العلاجيّة لدى كلٍّ من الأطفال، والمراهقين/ات، والراشدين/ات. لدى الأطفال والمراهقين/ات، توجد مراحل تطوّريةٌ سريعةٌ ومفاجئةٌ (جسديّةٌ ونفسيّةٌ وجنسيّةٌ)، كما توجد إنسيابيّةٌ ومتغيّريّةٌ أكبر في النتائج، لاسيّما لدى الأطفال ما قبل مرحلة البلوغ. وفقًا لذلك، يقدّم هذا القسم من معايير الرعاية مبادئ توجيهيّةً عياديّةً محدّدةً لتقييم ومعالجة الإرتباك الجندريّ لدى الأطفال والمراهقين/ات.

الإختلافات بين الأطفال والمراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ

يكمن فارقٌ هامٌّ بين الأطفال والمراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ في نسبة أولئك الذين واللّواتي يستمرّ الإرتباك معهم/نّ حتى بلوغ الرشد، إذ ليس حتميًّا إستمراره من الطفولة حتى مرحلة الرشد [٧]. وأشارت الدراسات التي تابعت الأطفال دون مرحلة البلوغ (الفتيان بشكلٍ أساسيٍّ) ممّن أُحيلوا إلى عياداتٍ للخضوع لتقييم الإرتباك الجندريّ، إلى أنّ الإرتباك إستمرّ حتى سنّ الرشد بين نسبة ٦-٢٣٪ فقط منهم (Cohen-Kettenis، ٢٠٠١؛ Zucker & Bradley، ١٩٩٥). ومال الفتيان في هذه الدراسات، بعد بلوغ سنّ الرشد، إلى التعريف عن أنفسهم كمثليّين لا كمتحوّلاتٍ جندريًّا (Green، ١٩٨٧؛ Money & Russo، ١٩٧٩؛ Zucker & Bradley، ١٩٩٥؛ Zuger، ١٩٨٤). وتشير دراساتٌ أحدث زمنيًا ضمّت فتياتٍ أيضًا إلى استمرار الإرتباك الجندريّ حتى سنّ الرشد بنسبة ١٢-٢٧٪ (Zucker &، Peterson-Badali، Bradley، Drummond، ٢٠٠٨؛ Cohen-Kettenis & Wallien، ٢٠٠٨).

على العكس من ذلك، تبدو نسبة إستمراريّة الإرتباك الجندريّ حتى سنّ الرشد لدى المراهقين/ات أعلى بكثير. وعلى الرغم من عدم وجود أيّ دراساتٍ رسميّةٍ تابعت المراهقين/ات لفترةٍ طويلة، أشارت دراسةٌ تابعت سبعين مراهقًا ومراهقةً ممّن شُخّصوا بالإرتباك الجندريّ وقُدِمَت لهم/نّ الهرمونات الكابِتة للبلوغ، إلى أنّ جميعهم/نّ استكملوا عمليّة تثبيت الجندر، بدءًا بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ والتذكيريّ (Cohen-Kettenis &، Doreleijers ، Steensma، de Vries، ٢٠١٠).

أما الإختلاف الآخر بين الأطفال والمراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ فيكمن في نسبة التوزيع الجنسيّ في كلٍّ من الفئتَين العمريّتَين. لدى الأطفال دون سنّ الـ١٢ عامًا ممّن أُحيلوا إلى العيادات المختصّة بالجندر، تراوحت نسبة الذّكور/الإناث بين ١:٦ و١:٣ (Zucker، ٢٠٠٤). وبين المراهقين/ات ما فوق سنّ ١٢ عامًا ممّن أُحيلوا إلى تلك العيادات، تقارب نسبة الذّكور/الإناث معدّل ١:١ (Cohen-Kettenis & Pfäfflin، ٢٠٠٣).

كما هو مذكورٌ في القسم الرّابع بحسب زوكر ولورنس (Zucker and Lawrence، ٢٠٠٩)، مازالت تنقصنا الدراسات الإحصائيّة الرسميّة حول الإرتباك الجندريّ لدى الأطفال والمراهقين/ات، وهناك حاجةٌ إلى المزيد من البحث من أجل تحديد التقديرات الخاصّة بإنتشار الإرتباك وإستمراره بين الفئات السكانيّة المختلفة حول العالم.

٧. قد تستمرّ السلوكيّات غير الممتثلة جندريًّا لدى الأطفال حتى سنّ الرشد، لكنّها لا تشير بالضّرورة إلى وجود إرتباكٍ جندريٍّ يتطلّب العلاج. كما هو مذكورٌ في القسم الثالث، الإرتباك الجندريّ لا يرادف التنوّع في التعبير الجندريّ.

الظواهريّة لدى الأطفال

من الممكن أن يبدي الأطفال في عمرٍ مبكرٍ جدًا كسنّ الثانية إشاراتٍ تدلّ على الإرتباك الجندريّ. وقد يعبّر هؤلاء عن الرغبة بأنّ يكونوا من الجنس الآخر، أو عن شعورٍ بالأسى تجاه خصائصهم/نّ ووظائفهم/نّ الجنسيّة والجسديّة. كذلك، قد يفضّل هؤلاء الأطفال الملابس والألعاب المنسوبة في العادة إلى الجنس الآخر، كما قد يفضّلون اللّعب مع الأتراب من الجنس الآخر. ويبدو أنّ هناك تباينًا في هذه الإشارات: فبعض الأطفال يُظهِرون سلوكًا ورغباتٍ مفرطةً في عدم إمتثاليّتها، مترافقةً مع إنزعاجٍ مستمرٍّ وحادٍّ من خصائصهم/نّ الجنسيّة الأوليّة. في المقابل، تبدو هذه السلوكيّات لدى أطفالٍ آخرين وأخرياتٍ أقلّ حدّةً، أو موجودةً جزئيًّا فقط (Cohen-Kettenis et al.، ٢٠٠٦؛ Bockting & De Cuypere، Knudson، ٢٠١٠a).

من الشّائع نسبيًّا أن يعاني الأطفال المربكون/ات جندريًّا من إضطرابات إستبطانيّةٍ كالقلق والإكتئاب (Cohen-Kettenis، Zucker & Bradley، Kaijser، Owen، ٢٠٠٣؛ Cohen-Kettenis & Swaab، Wallien، ٢٠٠٧؛ Ameeriar & Bradley، Owen، Zucker، ٢٠٠٢). كما تبدو نسبة إنتشار إضطرابات التوحّد لدى الأطفال المربكين/ات جندريًّا والمُحالين/ات إلى العيادات أعلى من نسبة إنتشاره بين عامّة السكّان (Doreleijers & van Berckelaer-Onnes، Cohen-Kettenis، Noens، de Vries، ٢٠١٠).

الظواهريّة لدى المراهقين/ات

لدى معظم الأطفال، يختفي الإرتباك الجندريّ قبل البلوغ أو في بدايته. لكن، تزداد حدّة هذه المشاعر بين بعضهم/نّ، وتنمو، أو تشتدّ كراهيّة الجسد مع دخول مرحلة المراهقة وتطوّر الخصائص الجنسيّة الثانويّة (Cohen-Kettenis، ٢٠٠١؛ Cohen-Kettenis & Pfäfflin، ٢٠٠٣؛ Drummond et al.، ٢٠٠٨؛ Wallien & Cohen-Kettenis، ٢٠٠٨؛ Zucker & Bradley، ١٩٩٥). وتقترح المعلومات الواردة في إحدى الدراسات أنّ عدم الإمتثال الجندريّ المتطرّف في الطفولة يرتبط بإستمراريّة الإرتباك الجندريّ حتى فترةٍ متأخّرةٍ من المراهقة وبداية مرحلة الرشد (Wallien & Cohen-Kettenis، ٢٠٠٨). لكن، على الرغم من ذلك، فإنّ الكثير من المراهقين/ات والراشدين/ات ممّن يشتكون من الإرتباك الجندريّ لا يفيدون بتاريخ من السلوكيّات غير الممتثلة جندريًّا في الطفولة (Docter، ١٩٨٨؛ Lundström & Wålinder، Landén، ١٩٩٨). بالتالي، قد يُفاجأ الآخرون والأخريات (الوالدان، باقي أفراد الأسرة، الأصدقاء، وأفراد المجتمع) عندما يبرز الإرتباك الجندريّ للمرّة الأولى لدى الفرد خلال المراهقة.

إنّ المراهقين/ات ممّن يختبرون تعارضًا بين خصائصهم/نّ الجنسيّة الأوليّة و/أو الثانويّة والجنس المحدّد لهم/نّ عند الولادة من جهةٍ، وهويّتهم/نّ الجندريّة من جهةٍ أخرى، قد يشعرون بضيقٍ كبيرٍ نتيجة ذلك. وكثيرٌ من هؤلاء، وإنّ لم يكن جميعهم/نّ، يرغبون بشدّةٍ في الحصول على العلاج الهرمونيّ والجراحيّ. وتتزايد أعداد المراهقين/ات ممّن يشرعون بالعيش وفق الدور الجندريّ الذي يرغبون به مع دخول الثانويّة (Cohen-Kettenis & Pfäfflin، ٢٠٠٣).

يختلف بين بلدٍ وآخر وبين مركزٍ وآخر عدد المراهقين/ات ممّن يُعتبرون مؤهّلين/ات للبدء بالعلاج الطبّي المبكر، من بين أولئك المُحالين/ات إلى عيادات الهويّة الجندريّة، بما في ذلك البدء بتناول النظائر الهرمونيّة المحرّرة لموجّهات القند والكابِتة للبلوغ (GnRH analogues) في مراحل تانِر الأولى (Tanners stages). لكنّ العلاج القامع للبلوغ لا توفّره كلّ العيادات. وإذا توفّر، تتباين مرحلة البلوغ التي يُسمح فيها للمراهقين/ات بالبدء بتناول العلاج بين مرحلتَي تانِر الثانية والرّابعة (Zucker et al.، في طور النشر؛ Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis، ٢٠٠٦). ويُرجّح أنّ نسب المراهقين/ات المُعالَجين/ات تتأثّر بنظام الرعاية الصحيّة، وبالجوانب الخاصّة بالتغطيّة الصحيّة، كما بالإختلافات الثقافيّة وبآراء مختصّي/ات الصحّة والإجراءات التشخيصيّة المتوفّرة في الأوضاع المختلفة.

من المحتمل أن يخطئ الأطبّاء والطبيبات غير المتمرّسين/ات فيشخَصون إشارات الإرتباك الجندريّ على أنّها هلوسات. ظواهريًا، هناك إختلاف نوعيٌّ بين إظهار الإرتباك الجندريّ من جهة، وإظهار الهلوسات وغيرها من عوارض الذّهان من جهة أخرى. إنّ غالبيّة الأطفال والمراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ، لا يعانون أيّ أمراض نفسيّة حادّة كامنة كالإضطرابات الذّهانيّة (Steensma، Biemond، de Boer، & Cohen-Kettenis، نُشرت على الإنترنت بتاريخ ٧ كانون الثّاني/ يناير٢٠١١ قبل النسخة المطبوعة).

من الشّائع لدى المراهقين/ات ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ أن يعانوا من إضطرابات استبطانيّة كالقلق والاكتئاب، و/ أو إضطرابات خارجيّة كإضطراب المُتحدّي المُعارِض (De Vries et al.، ٢٠١٠). وكما لدى الأطفال، يبدو أنّ إضطرابات التوحّد تنتشر بين المراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا والمُحالين/ات إلى العيادات، بمعدّلاتٍ أعلى من معدّلات إنتشارها بين عامّة المراهقين/ات (De Vries et al.، ٢٠١٠).

كفاءة مختصّي/ات الصحّة النفسيّة في العمل مع الأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا

في ما يلي، مؤهّلات الحدّ الأدنى المُوصى بتوفّرها لدى مختصّي/ات الصحّة النفسيّة ممّن يقيّمون الأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا ويزوّدونهم/نّ بالعلاج:

١.إمتلاك متطلّبات الكفاءة المطلوب توفّرها لدى مختصّي/ات الصحّة النفسيّة العاملين/ات مع الراشدين/ات كما هي مبيّنةٌ في القسم السّابع؛

٢.إستكمال التدريب في الباثولوجيا النمائيّة للأطفال والمراهقين/ات؛

٣.إثبات الكفاءة في تشخيص ومعالجة المشكلات العاديّة لدى الأطفال والمراهقين/ات.

أدوار مختصّي/ات الصحّة النفسيّة في العمل مع الأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا

تتضمّن أدوار مختصّي/ات الصحّة النفسيّة في العمل مع الأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا ما يلي:

١.التقييم المباشر للأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا (راجع/ي المبادئ التوجيهيّة العامّة للتقييم أدناه).

٢.تقديم الإستشارة الأسريّة والعلاج النفسيّ الدّاعم، لمساعدة الأطفال والمراهقين/ات على إستكشاف هويّتهم/نّ الجندريّة، بما يخفّف من الضّيق المتعلّق بالإرتباك الجندريّ، ومعالجة الصّعوبات النفسيّة - الإجتماعيّة الأخرى.

٣.تقييم ومعالجة أيّ مسائل أخرى تتعلّق بالصحّة النفسيّة للطفل/ة أو المراهق/ة (أو الإحالة إلى مختصٍّ/ةٍ آخر/أخرى في الصحّة النفسيّة). يجب التعامل مع هذه المسائل كجزءٍ من خطّة العلاج الكليّة.

٤.إحالة المراهقين/ات لمزيدٍ من التغييرات الجسديّة (كالهرمونات الكابِتة للبلوغ) من أجل التخفيف من الإرتباك الجندريّ. ويجب أن تتضمّن الإحالة توثيقًا لتقييم الإرتباك الجندريّ، والصحّة النفسيّة، وأهليّة المراهق/ة للتغيير الجسديّ (مفصّلٌ أدناه)، وخبرة مختصّ/ة الصحّة النفسيّة ذات الصلة، وغيرها من المعلومات المتعلّقة بصحّة المراهق/ة والعلاجات المحدّدة المُوصى بها.

٥.التثقيف والمناصرة لصالح الأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا وأسرهم/نّ في مجتمعهم/نّ (على سبيل المثال، مراكز رعاية الأطفال، والمدارس، والمخيّمات، وغيرها من المنظّمات). ويكتسب هذا الأمر أهميّةً خاصّةً في ضوء الأدلّة التي تشير إلى أنّ الأطفال والمراهقين/ات ممّن لا يمتثلون للمعايير الجندريّة المفروضة إجتماعيًّا، قد يختبرون التحرّش والتنمّر في المدرسة (Salter & ، Augelli›D ،Grossman، ٢٠٠٦؛ Hubbard & Howell، Augelli›D ،Grossman، ٢٠٠٦؛ Sausa، ٢٠٠٥)، ما يعرّضهم/نّ لخطر العزل الإجتماعيّ، والإكتئاب، وغيرهما من العواقب السلبيّة (Nuttbrock et al.، ٢٠١٠).

٦.تزويد الأطفال والمراهقين/ات وأسرهم/نّ بالمعلومات وإحالتهم/نّ إلى دعم الأتراب، كمجموعات الدّعم لأهالي الأطفال المتحوّلين/ات وغير الممتثلين/ات جندريًّا (Gold & MacNish، ٢٠١١؛ Pleak، ١٩٩٩؛ Rosenberg، ٢٠٠٢).

غالبًا ما يُقدّم تقييم الأطفال والمراهقين/ات والتدخّلات النفسيّة-الإجتماعيّة في إطار خدمة متعدّدة المجالات مختصّةٍ بالهويّة الجندريّة. وفي حال عدم توفّر هذه الخدمة متعدّدة المجالات، يجب على مختصّ/ة الصحّة النفسيّة تقديم الإستشارة وتأمين إتفاقيّات الإرتباط مع مختصّ/ة في طبّ الأطفال والغدد الصمّاء لدى الأطفال، من أجل إنجاز التقييم والتثقيف والإنخراط في أيٍّ من القرارات بشأن التغييرات الجسديّة.

التقييم النفسيّ للأطفال والمراهقين/ات

عند تقييم الأطفال والمراهقين/ات ممّن يُبدون إشارات الإرتباك الجندريّ، يتوجّب على مختصّي/ات الصحّة النفسيّة التقيّد بالمبادئ التوجيهيّة التالية بشكلٍ عامٍّ:

١.لا ينبغي لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة إبداء موقفٍ سلبيٍّ، أو نبذ الهويّات غير الممتثلة جندريًّا، أو الإشارات التي تدلّ على الإرتباك الجندريّ. بدلًا من ذلك، عليهم/نّ الإقرار بالهموم التي يعبّر عنها الأطفال والمراهقون/ات وأسرهم/نّ؛ وتقديم تقييم معمّقٍ للإرتباك الجندريّ وأيّ مسائل أخرى تتعلّق بالصحّة النفسيّة؛ وتثقيف الأفراد وأسرهم/نّ عن الخيارات العلاجيّة حين يلزم الأمر. إنّ القبول وتقليص السريّة يؤمّنان قدرًا كبيرًا من الراحة للأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا ولأسرهم/نّ أيضًا.

٢.يتوجّب على تقييم الإرتباك الجندريّ والصحّة النفسيّة إستكشاف طبيعة وخصائص الهويّة الجندريّة للطفل/ة أو المراهق/ة. ولا بدّ من إجراء تقييم تشخيصيّ نفسيّ يغطّي مجالات الوظائف العاطفيّة، والعلاقات مع الأتراب والمجتمع، والوظائف الفكريّة/الإنجاز المدرسيّ، وأن يتضمّن تقييمًا لنقاط القوّة والضّعف في الأداء الأسريّ. ومن الشّائع نسبيًا وجود المشاكل العاطفيّة والسلوكيّة والمسائل العالقة في بيئة الطفل/ة أو المراهق/ة (de Vries، Doreleijers ، Steensma، & Cohen-Kettenis، ٢٠١١؛ Di Ceglie & Thümmel، ٢٠٠٦؛ Wallien et al.، ٢٠٠٧).

٣.بالنسبة إلى المراهقين/ات، يجب أن تُستخدم مرحلة التقييم أيضًا لإعلامهم/نّ وأسرهم/نّ بإمكانات ومحدوديّات العلاجات المختلفة. ويعدّ هذا ضروريًا لتحقيق الموافقة المستنيرة، لكن أيضًا لعمليّة التقييم نفسها. ويمكن لطريقة إستجابة المراهقين/ات للمعلومات عن حقيقة تثبيت الجندر أن تكون مفيدةً في التشخيص. ويمكن للمعلومات الصّحيحة أن تغيّر في رغبة المراهقين/ات في الحصول على علاجٍ معيّنٍ، في حال كانت رغبتهم/نّ مبنيّةً على توقّعاتٍ غير واقعيّة.

التدخّلات النفسيّة والإجتماعيّة لدى الأطفال والمراهقين/ات

عند تقديم الدّعم والعلاج للأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا، يتوجّب على مختصّ/ي الصحّة النفسيّة التقيّد بالمبادئ التوجيهيّة التالية بشكلٍ عامٍّ:

١.يتوجّب على مختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة الأسر على تقبّل هموم الطفل أو المراهق/ة المربك/ة جندريًّا وإحتضانها. وتؤدّي الأسرة دورًا هامًا في تأمين رفاه المراهق/ة وصحّته/ا النفسيّة (Brill & Pepper، ٢٠٠٨؛ Lev، ٢٠٠٤). وينطبق هذا أيضًا على الأتراب والمرشدين/ات في المجتمع ممّن يمكنهم/نّ تشكيل مصدرٍ آخر للدّعم الإجتماعيّ.

٢.ينبغي بالعلاج النفسيّ أن يركّز على خفض درجة الضّيق التي يعاني منها الطّفل/ة أو المراهق/ة بشأن الإرتباك الجندريّ، ومعالجة الصّعوبات النفسيّة-الإجتماعيّة الأخرى. في حالات المراهقين/ات السّاعين/ات للخضوع لعمليّة تثبيت الجندر، يمكن للعلاج النفسيّ التركيز على تقديم الدّعم لهم/نّ قبل العمليّة، وفي خلالها، ومن بعدها. لم تُنشر حتى الآن أيّ تقييماتٍ رسميّةٍ للمقاربات المختلفة للعلاج النفسيّ في مثل تلك الأوضاع، لكن جرى توصيف طرقٍ إستشاريّةٍ عدّة لهذا الغرض (Cohen-Kettenis، ٢٠٠٦؛ Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis، de Vries، ٢٠٠٦؛ Di Ceglie & Thümmel، ٢٠٠٦؛ Hill، Menvielle، Sica، & Johnson، ٢٠١٠؛ Malpas، ٢٠١١؛ Menvielle & Tuerk، ٢٠٠٢؛ Rosenberg، ٢٠٠٢؛ Vanderburgh، ٢٠٠٩؛ Zucker، ٢٠٠٦).
أما العلاج الهادف إلى محاولة تغيير التعبير والهويّة الجندريّة للفرد وجعلهما أكثر تطابقًا مع الجنس المحدّد له/ا عند الولادة فقد جُرّب في السّابق وأثبت فشله (Gelder & Marks، ١٩٦٩؛ Greenson، ١٩٦٤)، لاسيّما على المدى البعيد (Cohen-Kettenis & Kuiper، ١٩٨٤؛ Pauly، ١٩٦٥). وباتت هذه العلاجات تُعتبر غير مطابقةٍ للأخلاقيّات المهنيّة الطبيّة في يومنا هذا.

٣.يجب تقديم الدّعم للأسر على مستوى التعامل مع الإلتباس والقلق من النتائج النفسيّة-الجنسيّة التي يعيشها الطفل/ة أو المراهق/ة، ولمساعدة الشّاب/ة على تطوير مفهومٍ إيجابيٍّ للذّات.

٤.لا ينبغي بمختصّي/ات الصحّة النفسيّة فرض نظرةٍ ثنائيّةٍ للجندر، بل عليهم/نّ توفير مجالٍ رحبٍ للأفراد لإستكشاف مختلف الخيارات الخاصّة بالتعبير الجندريّ. ويمكن للتغييرات الهرمونيّة والجراحيّة أن تكون ملائمةً لبعض المراهقين/ات، وغير ملائمةٍ للبعض الآخر.

٥.يجب تقديم الدّعم للأفراد وأسرهم/نّ في عمليّة صنع القرارات الصّعبة بشأن المدى الذي يُسمَح فيه لهم/نّ بالتعبير عن الدور الجندريّ المتّسق مع هويّتهم/نّ الجندريّة، وكذلك بشأن توقيت إحداث التغيّرات في الدور الجندريّ والتحوّل الإجتماعيّ المُحتمل. على سبيل المثال، يمكن للفرد إرتياد المدرسة في أثناء إجراء تحوّلٍ إجتماعيٍّ جزئيٍّ (من خلال إرتداء الملابس وتصفيف الشّعر بما يعكس هويّته/ا الجندريّة على سبيل المثال) أو كليٍّ (من خلال إستخدام الإسم والضّمائر المطابقة لتلك الهويّة الجندريّة مثلًا). وتتمثّل بعض المسائل الصّعبة في إبلاغ أو عدم إبلاغ الأخريات والآخرين عن وضع الفرد، وإختيار توقيت ذلك، وكيفيّة إستجابة الآخرين والأخريات لذلك.

٦.يجب على مختصّي/ات الصحّة توفير الدّعم للأفراد وأسرهم/نّ في مجالَي التثقيف والمناصرة، عند تفاعلهم/نّ مع أفراد المجتمع والسّلطات، كالمعلّمين/ات ومجالس المدرسة والمحاكم.

٧.ينبغي بمختصّي/ات الصحّة النفسيّة السّعي للحفاظ على العلاقة العلاجيّة بالأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا وأسرهم/نّ خلال أيّ تغيير إجتماعيٍّ أو جسديٍّ لاحقٍ، من أجل ضمان التفكير مليًا ومرارًا في القرارات المتعلّقة بالتعبير الجندريّ وعلاج الإرتباك الجندريّ. وينطبق المنطق ذاته على الحالات التي يكون فيها الطفل/ة أو المراهق/ة قد أقدم/ت على التغيير الإجتماعيّ للدّور الجندريّ قبل رؤية المختصّ/ة في الصحّة النفسيّة.

التحوّل الإجتماعيّ في الطفولة المبكرة

يعبّر بعض الأطفال عن رغبتهم/نّ بالإقدام على التحوّل الإجتماعيّ إلى دورٍ جندريٍّ مختلف قبل مرحلة البلوغ بوقتٍ طويل. لدى بعض الأطفال، يعكس ذلك تعبيرًا عن هويّتهم/نّ الجندريّة، أما لدى البعض الآخر فقد يكون الأمر مُحفّزًا برغباتٍ أخرى. تختلف الأسر في درجة سماحها لأطفالها بالإقدام على التحوّل الإجتماعيّ إلى دورٍ جندريٍّ آخر، لكن، في بعض الأسر، يحدث التحوّل الإجتماعيّ في الطفولة المبكرة ويحقّق نجاحًا مبكرًا. تُعدّ هذه المسألةً شائكةً، وتتعارض حولها آراء مختصّي/ات الصحّة. إنّ الأدلّة المتوفّرة حاليًا غير كافيةٍ لتوقّع النتائج بعيدة الأمد للإستكمال تحوّل الدور الجندريّ خلال الطفولة المبكرة، لكنّ نتائج البحوث حول الأطفال الذين استكملوا التحوّل الإجتماعيّ المبكر قد تفيد بشكلٍ كبيرٍ التوصيات العياديّة في المستقبل.

يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة الأسر في عملية إتّخاذ القرارات المتعلّقة بتوقيت أيّ تغيّرات في الدور الجندريّ للأطفال وسيرورتها. ويجب عليهم/نّ تقديم المعلومات ومساعدة الأهل على الموازنة بين الفوائد والتحدّيات المحتملة للخيارات المعيّنة. وتتّصل بهذه المسألة معدّلات الإستمرار المنخفضة نسبيًّا للإرتباك الجندريّ في الطفولة، كما هو مذكورٌ أعلاه (Drummond et al.، ٢٠٠٨؛ Wallien & Cohen-Kettenis، ٢٠٠٨). إنّ العودة إلى الدور الإجتماعيّ الأصليّ قد تكون بالغة الصعوبة للطفل/ة، وقد ينتج عنها تأجيله/ا هذا التحوّل الإجتماعيّ الثانيّ (Steensma & Cohen-Kettenis، ٢٠١١). لهذه الأسباب، قد يرغب الأهل بتقديم هذا التغيير كإستكشافٍ للعيش وفق دورٍ جندريٍّ آخر، لا كوضعٍ غير قابلٍ للعكس. ويمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة دعم الأهل في تحديد التسويات والحلول الوسطيّة الممكنة (على سبيل المثال، في الإجازات فقط). ومن المهمّ أيضًا أن يشرح الأهل بوضوحٍ للطفل/ة أنّ طريق العودة ممكنةٌ دائمًا.

بغضّ النظر عن قرارات الأسرة بشأن التحوّل (التوقيت والدرجة)، على المختصّين/ات تقديم الإستشارة والدعم لهم/نّ خلال مدّة تفكيرهم/نّ في الخيارات والنتائج. وفي حال قرّر الأهل عدم السّماح للطفل/ة بالإقدام على التحوّل في الدور الإجتماعيّ، فقد يحتاجون إلى الحصول على الإستشارة لمساعدتهم/نّ في تلبية حاجات الطفل/ة بطريقةٍ حسّاسةٍ وحاضنة، بما يضمن توفير الإمكانات الرّحبة له/ا لإستكشاف المشاعر والسلوكيّات الجندريّة في بيئةٍ آمنة. وفي حال سمح الأهل للطفل/ة بالإقدام على التحوّل في الدور الجندريّ، فقد يحتاجون إلى الحصول على الإستشارة بغرض تيسير تجربةٍ إيجابيّةٍ للطفل/ة. على سبيل المثال، قد يحتاجون إلى الدّعم في إستخدام الضّمائر الصّحيحة، وفي الحفاظ على بيئةٍ آمنةٍ وداعمةٍ للطفل/ة المتحوّل/ة (في المدرسة/ أو في مجموعات الأتراب مثلًا)، وفي التواصل مع الأشخاص الآخرين/ات الحاضرين/ات في حياة الطفل/ة. وفي كلا الحالتَين، عندما يقترب الطفل/ة من البلوغ، قد تبرز الحاجة لإجراء مزيدٍ من التقييم، إذ تغدو خيارات التغيير الجسديّ ذات صلة.

التغييرات الجسديّة لدى المراهقين/ات

قبل التفكير في أيّ تغييرات جسديّةٍ لدى المراهقين/ات، لا بدّ من إجراء إستقصاءٍ مُستفيضٍ للمسائل النفسيّة والأسريّة والإجتماعيّة كما هو واردٌ أعلاه. وقد تتفاوت إلى حدٍّ كبيرٍ مدّة هذا الإستقصاء بحسب درجة تعقّد الوضع.

يجب تناول التغييرات الجسديّة في سياق نموّ المراهق/ة، إذ من الممكن أن تغدو بعض المعتقدات حول هويّة المراهق/ة متجذّرةً ومُعبّرًا عنها بقوّةٍ، ما يعطي إنطباعًا خاطئًا يوحي بتعذّر العودة عنها. وقد يحدث إنتقال المراهق/ة إلى الإمتثال الجندريّ مع الجندر المفروض إجتماعيًّا بهدف إرضاء الأهل بشكلٍ أساسيٍّ، من دون أن يستمرّ هذا الإمتثال بالضرورة أو أن يعكس تغيّرًا دائمًا في الإرتباك الجندريّ لدى المراهق/ة (Steensma et al. ؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩ نُشرت على الإنترنت بتاريخ ٧ كانون الثّاني/ يناير٢٠١١ قبل النسخة المطبوعة).

تقع التغييرات الجسديّة لدى المراهقين/ات ضمن ثلاث فئاتٍ أو مراحل (Hembree et al.، ٢٠٠٩):

١.التغييرات القابلة للعكس كليًا: وتشمل إستخدام النظائر الهرمونيّة المحرّرة لموجّهات القند (GnRH analogues) التي تمنع إنتاج الإستروجين والتستوستيرون، وبالتالي تؤخّر التغيّرات الجسديّة التي تحدث في مرحلة البلوغ. وتضمّ الخيارات البديلة للعلاج تناول البروجستينات (مثل مِيدْروكْسي بروجستيرون medroxyprogesterone)، أو غيرها من الأدوية (مثل سبيرونولاكتون spironolactone) التي تخفّض آثار الأندروجين الذي تفرزه الخصيتان لدى المراهقين الذين لا يتناولون النظائر الهرمونيّة. ويمكن إستخدام موانع الحمل الفمويّة بشكلٍ متواصلٍ (أو مِيدْروكْسي بروجستيرون المخزّني depot medroxyprogesterone) من أجل إيقاف الحيض.

٢.التغييرات القابلة للعكس جزئيًا: وتشمل العلاج الهرمونيّ لتذكير أو تأنيث الجسد. وقد تتطلّب بعض التغيّرات الناتجة عن تناول الهرمون جراحةً ترميميّةً لعكس الآثار (مثل نموّ الثديين لدى المراهقين/ات الناتج عن تناول الإستروجين)، بينما توجد تغيّراتٌ أخرى غير قابلةٍ للعكس (مثل تعميق الصوت الناتج عن تناول التستوستيرون).

٣.التغييرات غير القابلة للعكس: وتشمل الإجراءات الجراحيّة.

كما يوصى بالسير في عمليّة التحوّل على مراحل من أجل إبقاء الخيارات مفتوحةً في خلال المرحلتَين الأوليّتَين، فلا يجب الإنتقال من مرحلةٍ إلى أخرى حتّى يتسنّى الوقت الذي يحتاجه المراهق/ة والأهل لإستيعاب آثار التغييرات السّابقة بشكلٍ كلّيّ.

التغييرات القابلة للعكس كليًّا

قد يتمتّع المراهقون/ات بالأهليّة لتناول الهرمون القامع للبلوغ بمجرّد بدء ظهور التغيّرات المتعلّقة بالبلوغ. وبهدف ضمان صنع القرارات المستنيرة من قبل المراهقين/ات والأهل بشأن تأخير البلوغ، يوصى بأن يُترك المراهقون/ات ليختبروا بداية البلوغ على الأقلّ حتى مرحلة تانِر الثانية. وقد يبلغ بعض الأطفال هذه المرحلة في سنٍّ صغيرةٍ جدًا (التاسعة من العمر مثلًا). حتى الآن، لم تشمل الدراسات التي قيّمت هذه المقاربة سوى الأطفال ممّن كانوا على الأقلّ في الـــ١٢ من العمر (Cohen-Delemarre-van de Waal & de Vries، Steensma، Schagen، Kettenis، ٢٠١١؛ Steensma et al، de Vries. ، ٢٠١٠؛ van Delemarre-van de Waal، Cohen Kettenis & Weissenbruch، ٢٠٠٤؛ Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal، ٢٠٠٦).

هناك هدفان يبرّران التدخّل عبر الهرمونات الكابِتة للبلوغ: (١) إنّ إستخدامها يمنح المراهقين/ات وقتًا أطول لإستكشاف عدم إمتثالهم/نّ جندريًّا وغيره من المسائل النمائيّة؛ (٢) إنّ إستخدامها قد يسهّل التحوّل من خلال منع تطوّر الخصائص الجنسيّة التي إما يصعب أو يستحيل عكسها، إذا قرّر المراهق/ة إستكمال عمليّة تثبيت الجندر لاحقًا.

ومن الممكن أن يستمرّ كبت البلوغ لسنواتٍ عدّةٍ، بينما يُصنَع القرار إما بإيقاف كافّة العلاجات الهرمونيّة أو بالإنتقال إلى حميةٍ هرمونيّةٍ تأنيثيّةٍ أو تذكيريّة. لكنّ كبت البلوغ لا يؤدّي بشكلٍ حتميٍّ إلى التحوّل الإجتماعيّ أو إلى تثبيت الجندر.

معايير إستخدام الهرمونات الكابِتة للبلوغ

لكي يتمكّن المراهقون/ات من تلقّي الهرمونات الكابِتة للبلوغ، لا بدّ من توفّر المعايير التالية بالحدّ الأدنى:

١.أن يكون المراهق/ة قد أظهر/ت نمطًا حادًّا وطويل الأمد من عدم الإمتثال الجندريّ أو الإرتباك الجندريّ (سواءً كان مكبوتًا أم معبّرًا عنه)؛

٢.أن يكون الإرتباك الجندريّ قد برز أو إزداد حدّةً مع بداية البلوغ؛

٣.أن يتمّ تناول أيّ مشكلاتٍ نفسيّةٍ أو طبيّةٍ أو إجتماعيّة أخرى قد تؤثّر في العلاج (كإالتزام المراهق/ة بتناول العلاج)، بهدف ضمان إستقرار وضع المراهق/ة وأدائه/ا بما يكفي لبدء العلاج؛

٤.أن يكون المراهق/ة قد منح/ت الموافقة على العلاج، أو أن يكون الأهل أو غيرهم/نّ من الرّعاة أو ولاة الأمر قد عبّروا عن القبول بمباشرة العلاج، وتعهّدوا بدعم المراهق/ة خلال عمليّة تلقّي العلاج، لاسيّما في الحالات التي يكون فيها المراهق/ة دون سنّ الموافقة الطبّية.

الحِميات، والمراقبة والمخاطر المُحتمَلة لكبت البلوغ

لكبت البلوغ، تجب معالجة المراهقين/ات ذوي/ات الأعضاء التناسليّة الذكريّة بإستخدام النظائر الهرمونيّة المحرّرة لموجّهات القند (GnRH analogues) التي توقف إفراز الهرمون المُلوتِن (luteinizing hormone)، وبالتالي تمنع إفراز التستوستيرون. كذلك، تمكن معالجتهم/نّ بإستخدام البروجستينات (مثل مِيدْروكْسي بروجستيرون medroxyprogesterone)، أو غيرها من الأدوية التي تمنع إفراز التستوستيرون و/أو تبطل مفعوله. أما المراهقين/ات ذوي/ات الأعضاء التناسليّة الأنثويّة فتجب معالجتهم/نّ بإستخدام النظائر الهرمونيّة التي تمنع إنتاج الإستروجين والبروجستيرون (GnRH analogues)، أو بإستخدام البروجستينات (مثل مِيدْروكْسي بروجستيرون). ويمكن إستخدام موانع الحمل الفمويّة (أو depot medroxyprogrogesterone) بشكلٍ متواصلٍ من أجل إيقاف الحيض. وفي كلا المجموعتَين، يُفضّل إستخدام علاج النظائر الهرمونيّة ((GnRH analogues Hembree et al.، ٢٠٠٩)، لكنّ تكلفتها العالية تجعلها غير متاحةٍ لبعض الأفراد.

خلال عمليّة كبت البلوغ، لا بدّ من مراقبة النموّ الجسديّ للمراهق/ة بدقّةٍ - ومن المفضّل أن يتمّ ذلك بإشراف مختصّ/ة في طبّ الأطفال والغدد الصمّاء لدى الأطفال - من أجل اللّجوء إلى التغييرات المطلوبة عند الضّرورة (مثل تحقيق طولٍ مناسبٍ جندريًّا، أو تحسين الكثافة المعدنيّة المنخفضة في العظام نتيجة خطأٍ علاجيٍّ محتملٍ) (Hembree et al.، ٢٠٠٩).

إنّ الإستخدام المبكر للهرمونات الكابِتة للبلوغ يمكن أن يجنّب المراهق/ة التّبِعات الإجتماعيّة والعاطفيّة للإرتباك الجندريّ، بفاعليّةٍ أكبر من فاعليّة الإستخدام اللّاحق لها. ويجب أن يبدأ إستخدام هذه الهرمونات في خلال المراهقة المبكرة تحت إشراف وتوجيه مختصّ/ة في طبّ الأطفال والغدد الصمّاء، إذا كان متاحًا. ولا بدّ من إعلام المراهقين/ات من ذوي/ات الأعضاء التناسليّة الذكريّة ممّن يشرعون بتناول النظائر الهرمونيّة في مرحلةٍ مبكرةٍ من المراهقة، أنّ ذلك قد يتسبّب بأنسجةٍ قضيبيّةٍ غير كافيةٍ للّجوء إلى تقنيّات العكس القضيبيّ وبناء المهبل لاحقًا (لكن، تتوفّر تقنيّاتٌ بديلةٌ مثل إستخدام الطّعم الجلديّ أو الأنسجة القولونيّة).

إنّ كلا الخيارَين من كبت البلوغ أو السّماح بحدوثه، لا يتّصفان بالحياد. من جهة، من الممكن إحداث تأثير سلبيٍّ في أداء الفرد في مراحل لاحقةٍ من الحياة، نتيجة تطوّر الخصائص الجنسيّة الثانويّة غير القابلة للعكس في مرحلة البلوغ، بالإضافة إلى السنوات التي يقضيها الفرد في إختبار الإرتباك الجندريّ الحادّ. ومن جهةٍ أخرى، تبرز مخاوف من الآثار الجانبيّة الجسديّة السلبيّة التي قد تنجم عن إستخدام النظائر الهرمونيّة (لجهة نموّ العظام والطّول). وعلى الرغم من أنّ النتائج الأولى لهذه المقاربة تبدو مبشّرةً وواعدةً (بحسب تقييم المراهقين/ات المُتابعين/ات على مدى عشرة أعوام) (Cohen-Kettenis et al.، ٢٠١١؛ Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis، ٢٠٠٦)، إلا أنّه لا يمكن تحديد الآثار بعيدة المدى إلاّ عندما يبلغ أوّل الأفراد المُعالَجين/ات العمرَ المناسب.

التغييرات القابلة للعكس جزئيًا

قد يتمتّع المراهقون/ات بالأهليّة للبدء بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ أو التذكيريّ، لكن يبقى من المفضّل الحصول على رضى الأهل قبل مباشرة العلاج. في كثيرٍ من الدّول، يعتبر القانون المراهقين/ات البالغين/ات من العمر ١٦ عامًا راشدين/ات لإتّخاذ القرارات الطبيّة، من دون الحاجة إلى موافقة الوالدَين. وفي الوضع المثاليّ، يجب أن تُصنع القرارات العلاجيّة بالتوافق بين المراهق/ة والأسرة والفريق المُعالج.

تختلف حِميات العلاج الهرمونيّ للإرتباك الجندريّ بشكلٍ كبيرٍ بين المراهقين/ات والراشدين/ات (Hembree et al.، ٢٠٠٩)، فالحِميات الهرمونيّة لليافعين/ات تُكَيَّف بما يلائم النموّ الجسمانيّ والعاطفيّ والذهنيّ الذي يحدث خلال المراهقة (Hembree et al.، ٢٠٠٩).

التغييرات غير القابلة للعكس

لا يجب الإقدام على أيّ جراحاتٍ للأعضاء التناسليّة-الجنسيّة قبل: (١) بلوغ الفرد سنّ الرشد القانونيّ لمنح الموافقة على الإجراءات الطبيّة في بلدٍ ما، (٢) أن يكون الفرد قد عاش على الأقل لمدّة ١٢ شهرًا وفق الدور الجندريّ المطابق لهويّته/ا الجندريّة. ولا بدّ من إعتبار العتبة العمريّة المعيارَ الأدنى لهذه الجراحة، لا دليلًا بحدّ ذاتها على ضرورة إجراء التغييرات.
في حالات المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، يمكن إنجاز جراحة الصدر في وقتٍ مبكرٍ، مع تفضيل أن يكونوا قد عاشوا وقتًا طويلًا وفق الدور الجندريّ المرغوب به، وبعد عامٍ من تناول علاج التستوستيرون. ويُقصد من هذا التسلسل المقترح منح المراهقين/ات الفرصة الكافية لإختبار الدور الجندريّ الذكريّ والتأقلم معه إجتماعيًا قبل إجراء الجراحة غير القابلة للعكس. لكن، من المحتمل أن تكون مقارباتٌ أخرى أكثر ملائمةً بحسب الوضع العياديّ المحدّد للمراهق/ة وأهدافه/ا الخاصّة بالتعبير عن الهويّة الجندريّة.

المخاطر المُحتمَلة لحجب العلاج الطبّي عن المراهقين/ات

إنّ رفض منح المراهقين/ات التغييرات الطبيّة المناسبة قد يطيل أمد الإرتباك الجندريّ، ويساهم في إنتاج مظهرٍ قد يستفزّ الإساءة والوصم. وبما أنّ درجة الإساءة المتعلّقة بالجندر ترتبط بشكلٍ وثيقٍ بدرجة الضّيق النفسيّ في خلال المراهقة (Nuttbrock et al.، ٢٠١٠)، فإنّ حجب العلاج القامع للبلوغ وبالتالي العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ والتذكيريّ عن المراهقين/ات ليس خيارًا محايدًا.

٧. الصحّة النفسيّة

من الممكن أن يسعى الأفراد المتحوّلون/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا للحصول على المساعدة من مختصّ/ةٍ في الصحّة النفسيّة لأسبابٍ عدّة. وبغضّ النظر عن السّبب الذي يدفع بالفرد إلى طلب الرعاية، يتوجّب على مختصّ/ةٍ الصحّة النفسيّة الإلمام بمسألة عدم الإمتثال الجندريّ، والتصرّف بكفاءةٍ ثقافيّةٍ ملائمةٍ، وإظهار التحسّس في تقديم الرعاية.

يركّز هذا القسم من معايير الرعاية على دور مختصّي/ات الصحّة النفسيّة في رعاية الرّاشدين/ات السّاعين/ات للحصول على المساعدة في التعامل مع مسائل تتعلّق بالإرتباك الجندريّ. أما المختصّون/ات العاملون/ات مع الأطفال والمراهقين/ات المربكين/ات جندريًّا وأسرهم/نّ، فعليهم/نّ مراجعة القسم السّادس أعلاه.

كفاءة مختصّي/ات الصحّة النفسيّة العاملين/ات مع الرّاشدين/ات المُشتكين/ات من الإرتباك الجندريّ

إنّ تدريب مختصّين/ات أكفاء في الصحّة النفسيّة للعمل مع الرّاشدين/ات المربكين/ات جندريًّا، يقوم على الكفاءة العياديّة العامّة الأساسيّة لجهة التقييم والتشخيص ومعالجة الأمراض النفسيّة المرافقة. ويبرز التدريب العياديّ في أيٍّ من الإختصاصات التي تحضّر مختصّي/ات الصحّة النفسيّة للممارسة العياديّة، كعلم النفس، والطبّ النفسيّ، والعمل الإجتماعيّ، والإستشارة النفسيّة، والعلاج الأسريّ والزوجيّ، والتمريض، والطبّ العائليّ ذي التدريب المحدّد في الصحّة السلوكيّة، وتقديم الإستشارة. في ما يلي، مؤهّلات الحدّ الأدنى المطلوب توفّرها لدى مختصّ/ة الصحّة النفسيّة للعمل مع الرّاشدين/ات المربكين/ات جندريًّا:

١. حيازة درجة الماجستير، أو ما يعادلها أو يفوقها، في حقلٍ من حقول العلوم الإكلينيكيّة السلوكيّة، من جامعةٍ معترفٍ بها لدى جهة الإعتماد الوطنيّة أو الإقليميّة المناسبة، بالإضافة إلى حيازة المؤهّلات المطلوبة والموثّقة من الجهة المخوّلة منح تراخيص العمل ذات الصلة، أو ما يعادلها في البلد المعنيّ.

٢. الكفاءة في إستخدام الدّليل التشخيصيّ والإحصائيّ للإضطرابات النفسيّة و/أو التصنيف العالميّ للأمراض لأغراض التشخيص (DSM-٥).

٣. القدرة على تحديد وتشخيص مسائل الصحّة النفسيّة المتزامنة، وتمييزها عن الإرتباك الجندريّ.

٤. تلقّي التدريب الخاضع للإشراف والتوثيق، وإثبات الكفاءة في تقديم الإستشارة النفسيّة والعلاج النفسيّ.
٥. إمتلاك المعرفة عن الهويّات والتعبيرات غير الممتثلة جندريًّا، وعن تقييم ومعالجة الإرتباك الجندريّ.

٦. متابعة التعلّم في مجال تقييم ومعالجة الإرتباك الجندريّ، وقد يشمل ذلك حضور الإجتماعات المهنيّة ذات الصلة، وورشات العمل والندوات؛ والإستحصال على إشراف مختصّ/ةٍ في الصحّة النفسيّة من ذوي/ات الخبرة المتّصلة بالإرتباك الجندريّ؛ أو المشاركة في البحوث المتعلّقة بعدم الإمتثال والإرتباك الجندريّ.

بالإضافة إلى مؤهّلات الحدّ الأدنى الواردة أعلاه، يوصى مختصّو/ات الصحّة النفسيّة بتطوير كفاءتهم/نّ الثقافيّة وصقلها من أجل تسهيل عملهم/نّ مع الأفراد من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا. وقد يتضمّن ذلك على سبيل المثال، الإلمام بواقع المجتمع الحاليّ، وجهود المناصرة ومسائل السياسة العامّة ذات الصلة بهؤلاء الأفراد وأسرهم/نّ. كذلك، من المفضّل تكوين المعرفة عن مواضيع الجنسانيّة، والصحّة الجنسيّة، وتقييم ومعالجة الإضطرابات الجنسيّة.

أما مختصّو/ات الصحّة النفسيّة حديثو/ات العهد في الحقل (بغضّ النظر عن مستوى التدريب الذي حصلوا عليه أو خبراتهم/نّ الأخرى) فيجب أن يعملوا تحت إشراف مختصّ/ةٍ في الصحّة النفسيّة من ذوي/ات الكفاءة في تقييم الإرتباك الجندريّ ومعالجته.

مهمّات مختصّي/ات الصحّة النفسيّة العاملين/ات مع الرّاشدين/ات المُشتكين/ات من الإرتباك الجندريّ

يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة خدمة الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا وأسرهم/نّ بطرقٍ مختلفة، بحسب حاجة الفرد. على سبيل المثال، يمكن للمختصّ/ة أداء دور المعالج/ة النفسيّ/ة، أو المستشار/ة، أو المعالج/ةً الأسريّ/ة، أو حتّى المشخّص/ة، والمقيّم/ة، والمناصِر/ة، والمُثقِّف/ة.

على مختصّ/ة الصحّة النفسيّة تحديد دوافع الفرد لطلب المساعدة المختصّة. على سبيل المثال، من الممكن أن يتقدّم الفرد بطلب مجموعةٍ من خدمات الرعاية الصحيّة التالية: المساعدة العلاجيّة النفسيّة لإستكشاف الهويّة والتعبير الجندريّ أو تيسير عمليّة الإعلان عنهما؛ التقييم والإحالة إلى التغييرات الطبيّة التأنيثيّة/التذكيريّة؛ الدّعم النفسيّ لأفراد الأسرة (الشّركاء والشّريكات، والأطفال، والأسرة الممتدّة)؛ العلاج النفسيّ غير المرتبط بمسائل الجندر؛ وغيرها من الخدمات المختصّة.

في ما يلي مبادئ توجيهيّة للمهمّات الشائعة التي قد يضطلع بها مختصّو/ات الصحّة النفسيّة العاملون/ات مع الرّاشدين/ات المربكين/ات جندريًّا:

المهمّات المتعلّقة بالتقييم والإحالة

١.تقييم الإرتباك الجندريّ

يقوم مختصّو/ات الصحّة النفسيّة بتقييم الإرتباك الجندريّ لدى الأفراد في سياق تقييم تكيّفهم/نّ النفسيّ-الإجتماعيّ (Bockting et al.، ٢٠٠٦؛ Lev، ٢٠٠٤، ٢٠٠٩). ويتضمّن التقييم في حدّه الأدنى، تقييم الهويّة الجندريّة والإرتباك الجندريّ، وتاريخ مشاعر الإرتباك الجندريّ وتطوّرها، وتأثير الوصمة المرتبطة بعدم الإمتثال الجندريّ في الصحّة النفسيّة، وتوفّر الدّعم من الأهل والأصدقاء والأتراب (على سبيل المثال، التواصل الشخصيّ أو عبر الإنترنت مع أفراد آخرين أو مجموعات للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا). وقد لا يؤدّي التقييم إلى أيّ تشخيص، أو قد يؤدّي إلى تشخيص رسميٍّ يتعلّق بالإرتباك الجندريّ و/أو غير ذلك من التشخيصات التي تصف جوانب من صحّة الفرد وتكيّفه/ا النفسيّ-الإجتماعيّ. ويتضمّن دور مختصّ/ة الصحّة النفسيّة التأكّد من أنّ الإرتباك الجندريّ ليس ثانويًّا أو قابلًا للتفسير عبر تشخيصاتٍ أخرى.

إنّ مختصّي/ات الصحّة النفسيّة من ذوي/ات المؤهّلات المذكورة أعلاه (المُشار إليهم/نّ أدناه بـ«مختصّ/ة الصحّة النفسيّة المؤهّل/ة») هم/نّ الأفضل إستعدادًا لإجراء تقييم الإرتباك الجندريّ هذا. لكن يمكن إجراء التقييم أيضًا من قبل نوع آخر من مختصّي/ات الصحّة ممّن تلقّوا التدريب المناسب في الصحّة السلوكيّة، وأثبتوا كفاءةً في تقييم الإرتباك الجندريّ، لاسيّما لدى العمل كجزءٍ من فريقٍ مختصٍّ متعدّد الإختصاصات يقدّم العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ. ومن الممكن لهذا المختصّ/ة أن يكون بذاته/ا مقدِّم/ة العلاج الهرمونيّ، أو عضوًا في فريق الرعاية الصحيّة التابع لمقدِّم/ة العلاج.

٢.توفير المعلومات عن خيارات الهويّة والتعبير الجندريّ والتغييرات الطبيّة المُمكنة

من أبرز مهمّات مختصّ/ة الصحّة النفسيّة تثقيف الأفراد بشأن تنوّع الهويّات والتعبيرات الجندريّة، والخيارات المتنوّعة المُتاحة للتخفيف من الإرتباك الجندريّ. بعدها، قد يعمد المختصّ/ة إلى تسهيل العمليّة (أو الإحالة إلى طرفٍ آخر) بما يسمح للفرد بإستكشاف هذه الخيارات المختلفة من أجل العثور على الدور والتعبير الجندريّ المريح، ومن ثمّ الإستعداد لصنع القرار المستنير بشأن التغييرات الطبيّة المتوفّرة، إذا دعت الحاجة إلى ذلك. وقد تتضمّن هذه العمليّة الإحالة إلى العلاج الفرديّ أو الأسريّ أو الجماعيّ، و/أو الموارد المجتمعيّة التي تقدّم دعم الأتراب. ويمكن للمختصّ/ة أن يناقش مع الفرد التّبعات قريبة وبعيدة الأمد لأيٍّ من التغيّرات في الدور الإجتماعيّ أو للتغييرات الطبيّة المُحتملة. ويمكن لهذه التّبعات أن تكون نفسيّةً، أو إجتماعيّة، أو جسديّةً، أو جنسيّةً، أو وظيفيّةً، أو ماديّةً، أو قانونيّة (Bockting et al.، ٢٠٠٦؛ Lev، ٢٠٠٤). ويُعدّ مختصّ/ة الصحّة النفسيّة المؤهّل/ة الشّخص الأفضل إستعدادًا للإضطلاع بهذه المهمّة، لكن من الممكن أيضًا أن يضطلع بها مختصّ/ةٌ آخر/ى في الصحّة، ممّن تلقّوا التدريب المناسب في الصحّة السلوكيّة، ويمتلكون المعرفة الكافية عن الهويّات والتعبيرات غير الممتثلة جندريًّا والتغييرات الطبيّة الممكنة في حالات الإرتباك الجندريّ، لاسيّما لدى العمل كجزءٍ من فريقٍ مختصٍّ متعدّد الإختصاصات يقدّم العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ.

٣.التقييم والتشخيص ومناقشة خيارات العلاج لمشاكل الصحّة النفسيّة المتزامنة مع الإرتباك الجندريّ

من الممكن أن يكون الأفراد المشتكين/ات من الإرتباك الجندريّ يعانون من مسائل متنوّعة متعلّقة بالصحّة النفسيّة (Gómez-Gil، Trilla ، Salamero، Godás، & Valdés، ٢٠٠٩؛ Murad et al.، ٢٠١٠)، سواءً كانت مرتبطةً أو غير مرتبطةٍ بتاريخٍ، يكون

في العادة طويلًا، من الإرتباك الجندريّ و/أو الضّغط النفسيّ المزمن. وتشمل هذه المسائل القلق، والإكتئاب، والأذى الذّاتي، وتاريخًا من الإساءة، والإهمال، والإضطرابات القهريّة، وإساءة إستخدام المواد المخدّرة، والإضطرابات الجنسيّة، وإضطرابات الشخصيّة، والإضطرابات الغذائيّة، والإضطرابات الذّهانيّة، وإضطرابات الطّيف التوحّديّ (Bockting et al.، ٢٠٠٦؛ Nuttbrock et al.، ٢٠١٠؛ Robinow، ٢٠٠٩). ويجب على مختصّي/ات الصحّة النفسيّة التدقيق بحثًا عن هذه الإضطرابات وغيرها من المسائل النفسيّة، وتضمينها في خطة العلاج الكليّة. ويمكن لهذه المسائل أن تشكّل مصادر هامّةً للضّيق النفسيّ إذا ما تُركت من دون علاج، ما يعقّد عمليّة إستكشاف الهويّة الجندريّة وحلّ الإرتباك الجندريّ (Bockting et al.، ٢٠٠٦؛ Fraser، ٢٠٠٩a؛ Lev، ٢٠٠٩). إنّ التطرّق إلى هذه المسائل يمكنه أن يسهّل إلى حدٍّ كبيرٍ البتّ بالإرتباك الجندريّ، والتغيّرات المحتملة في الدور الجندريّ، وإتّخاذ القرارات المستنيرة بشأن التغييرات الطبيّة وتحسين نوعيّة الحياة.

ويمكن لبعض الأفراد الإستفادة من الأدوية النفسيّة للتخفيف من عوارض المسائل النفسيّة المتزامنة أو معالجتها. ومن المتوقّع من مختصّي/ات الصحّة النفسيّة التنبّه لهذا الأمر، وتوفير المعالجة الدوائيّة، أو الإحالة إلى زميل/ة مؤهّل/ة للقيام بذلك. إنّ وجود مسائل نفسيّةٍ متزامنةٍ لا يمنع بالضّرورة إحتمال إحداث تغييراتٍ في الدور الجندريّ، أو الخضوع للعلاج الهرمونيّ أو الجراحيّ التأنيثيّ/التذكيريّ؛ لكن من المُفضّل التعامل مع هذه المسائل قبل البدء بعلاج الإرتباك الجندريّ، أو بالتزامن معه. بالإضافة إلى ذلك، يجب تقييم قدرة الأفراد على منح الموافقة المستنيرة للحصول على العلاجات الطبيّة. يتلقّى مختصّو/ات الصحّة النفسيّة المؤهّلون/ات تدريبًا متخصّصًا على كيفيّة تقييم وتشخيص ومعالجة (أو إحالة) هذه المسائل النفسيّة المتزامنة. لكن، من الممكن أيضًا أن يضطلع بهذه المهمّة مختصّو/ات الصحّة الآخرين ممّن تلقّوا التدريب المناسب في الصحّة السلوكيّة، لاسيّما في العمل كجزءٍ من فريقٍ مختصٍّ متعدّد الإختصاصات يقدّم العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ، كما يمكنهم/نّ إحالة الفرد إلى تقييمٍ وعلاجٍ شاملَين على يد مختصّ/ةٍ مؤهّل/ةٍ في الصحّة النفسيّة إذا لزم الأمر.

٤. تقييم الأهليّة والتحضير والإحالة إلى العلاج الهرمونيّ، حيثما ينطبق الأمر

تقدّم معاييرُ الرعاية المعايير اللازمة لتوجيه القرارات الخاصّة بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ (مفصّلة في القسم الثامن والملحق «ج» أدناه). يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة الأفراد ممّن يفكّرون في اللجوء إلى العلاج الهرمونيّ، من أجل تحضيرهم/نّ نفسيًّا (مثلًا، التأكّد من أنّ الفرد قد صنع/ت قرارًا مبنيًّا على المعرفة الكاملة وبتوقّعاتٍ واضحةٍ وواقعيّةٍ، وأنّه/ا جاهز/ةٌ لتلقّي الخدمة في سياق خطّة العلاج الكليّة، وأنّه/ا أشرك/ت العائلة والمجتمع المحيط مثلما يجب)، وعمليًّا أيضًا (مثلًا، خضوعه/ا لتقييم الطّبيب/ة لإستبعاد أو معالجة أيّ موانعَ طبيّةٍ لإستخدام الهرمون، وأنّه/ا قد فكّر/ت في التّبِعات النفسيّة-الإجتماعيّة). وإذا كان الفرد في عمرٍ يسمح له/ا بالحمْل والإنجاب، يجب إستكشاف الخيارات الإنجابيّة (القسم التاسع) قبل البدء بالعلاج الهرمونيّ.

من الضّروري أن يدرك مختصّو/ات الصحّة النفسيّة أنّ القرارات المتعلّقة بإستخدام الهرمونات تعود أولًا وأخيرًا إلى الفرد - كما كلّ القرارات الخاصّة بالرعاية الصحيّة. لكن، في الوقت عينه، تقع على عاتق المختصّين/ات مسؤوليّة تشجيع الأفراد على صنع القرارات المستنيرة وتوجيههم/نّ ومساعدتهم/نّ، ومن ثم الإستعداد بشكلٍ كاف. ومن أجل تقديم الدّعم الأفضل لهم/نّ، يتوجّب على المختصّين/ات بناء علاقات عملٍ فاعلةٍ مع الأفراد، ومعرفة المعلومات الكافية عنهم/نّ. ويجب أن يتلقّى الأفراد تقييمًا فوريًّا ويقظًا، بهدف تخفيف الإرتباك الجندريّ لديهم/نّ وتزويدهم/نّ بالخدمات الطبيّة الملائمة.

الإحالة إلى العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ

من الممكن أن يقصد الأفراد أيّ مختصّ/ةٍ في أيّ مجالٍ سعيًا للحصول على العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/ التذكيريّ. لكنّ الرعاية الصحيّة للمتحوّلين/ات جندريًّا هي حقلٌ متعدّد الإختصاصات. لذلك، يوصى بتنسيق الرعاية والإحالة بين أعضاء فريق الرعاية ككلّ.

ويمكن الشّروع في العلاج الهرمونيّ إثر الإحالة من قبل مختصّ/ةٍ مؤهّلٍ في الصحّة النفسيّة. ويمكن لمختصٍّ/ة في الصحّة، ممّن تلقّوا التدريب المناسب في الصحّة السلوكيّة وأثبتوا كفاءةً في تقييم الإرتباك الجندريّ، تقييم أهليّة الفرد وتحضيره/ا وإحالته/ا إلى العلاج الهرمونيّ، لاسيّما في غياب أيّ مسائل نفسيّةٍ بارزةٍ، أو في إطار العمل في فريقٍ مختصٍّ متعدّد الإختصاصات. ويجب على مختصّ/ة الصحّة المُحيل/ة توثيق تاريخ الفرد الشخصيّ والعلاجيّ، وتطوّر وضعه/ا وأهليّته/ا، إما في المخطّط و/أو في رسالة الإحالة. ويتحمّل مختصّو/ات الصحّة ممّن يوصون بالعلاج الهرمونيّ المسؤوليّة الأخلاقيّة والقانونيّة لهذا القرار، بالإشتراك مع الطبيب/ة المقدِّم/ة للخدمة.

يأتي محتوى التوصية في تقرير الإحالة إلى العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ على الشكل التالي:

١.الخصائص العامّة التعريفيّة للفرد؛

٢.نتائج التقييم النفسيّ-الإجتماعيّ للفرد، بما فيها أيّ تشخيصاتٍ مستخلَصةٍ؛

٣.مدّة العلاقة بين مختصّ/ة الصحّة والفرد، بما في ذلك نوع التقييم والعلاج أو الإستشارة حتى تاريخه؛

٤.شرحٌ لإنطباق معايير العلاج الهرمونيّ على الحالة، ووصفٌ مختصرٌ للمنطق العياديّ وراء دعم طلب الفرد الحصول على العلاج الهرمونيّ؛

٥.إفادةٌ بأنّ الفرد منح/ت موافقةً منوّرةً؛

٦.إفادةٌ بأنّ مختصّ/ة الصحّة المُحيل/ة متوفّر/ةٌ لتنسيق الرعاية ومستعدّ/ةٌ لمناقشة الأمر هاتفيًّا.

وفي الحالات التي يعمل فيها فريقٌ مختصٌّ متعدّد الإختصاصات، قد لا يكون التقرير ضروريًّا، لكن يجب توثيق التقييم والتوصيات في ملفّ الفرد.

٥.تقييم الأهليّة والتحضير والإحالة إلى الجراحة، حيثما ينطبق الأمر

تقدّم معايير الرعاية المعاييرَ اللازمة لتوجيه القرارات بشأن جراحة الصدر/الثديَين، وجراحة الأعضاء التناسليّة (مفصّلة في القسم العاشر والملحق «ج»). يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة الأفراد الذين يفكّرون في اللّجوء إلى الجراحة بغية تحضيرهم/نّ نفسيًّا (مثلًا، التأكّد من أنّ الفرد قد صنع/ت قرارًا مبنيًّا على المعرفة الكاملة وبتوقّعاتٍ واضحةٍ وواقعيّة، وأنّه/ا جاهز/ةٌ لتلقّي الخدمة في سياق خطّة العلاج الكليّة، وأنّه/ا أشرك/ت العائلة والمجتمع المحيط كما يجب)، وعمليًّا أيضًا (مثلًا، أنّ إختيار الفرد للجرّاح/ة مبنيٌّ على المعرفة؛ وأنّه/ا أعدّ/ت لترتيبات الرعاية التلويّة). وإذا كان الفرد في عمرٍ يسمح له/ا بالحمْل والإنجاب، يجب إستكشاف الخيارات الإنجابيّة (القسم التاسع) قبل إجراء جراحة الأعضاء التناسليّة. لا تنصّ معايير الرعاية على المعايير المطلوبة للإجراءات الجراحيّة الأخرى، مثل جراحة الوجه التأنيثيّة/التذكيريّة؛ لكن يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة أن يؤدّوا دورًا هامًّا في مساعدة الأفراد على صنع قرارٍ مبنيٍّ على المعرفة الكاملة بشأن توقيت هذه الإجراءات وتبِعاتها، في سياق عمليّة التحوّل أو الإعلان عن الهويّة ككلّ.

من الضّروري أن يدرك مختصّو/ات الصحّة النفسيّة أنّ القرارات المتعلّقة بإستخدام الهرمونات تعود أولًا وأخيرًا إلى الفرد - كما كلّ القرارات الخاصّة بالرعاية الصحيّة. لكن، في الوقت عينه، تقع على عاتق المختصّين/ات مسؤوليّة تشجيع وتوجيه ومساعدة الأفراد لصنع القرارات المستنيرة، ومن ثم الإستعداد على نحوٍ كاف. ومن أجل تقديم الدّعم الأفضل لهم/نّ، يتوجّب على المختصّين/ات بناء علاقات عملٍ فاعلةٍ مع الأفراد ومعرفةً المعلومات الكافية عنهم/نّ. ويجب أن يتلقّى الأفراد تقييمًا فوريًا ويقظًا، بهدف تخفيف الإرتباك الجندريّ لديهم/نّ وتزويدهم/نّ بالخدمات الطبيّة الملائمة.

الإحالة إلى الجراحة

يمكن الشروع بالعلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ إثر الإحالة من قبل مختصّ/ةٍ مؤهّلٍ في الصحّة النفسيّة (إحالة واحدة أو إثنتان، بحسب نوع الجراحة). ويجب على مختصّ/ة الصحّة المُحيل/ة توثيق تاريخ الفرد الشخصيّ والعلاجيّ، وتطوّر وضعه/ا وأهليّته/ا، إما في المخطّط و/أو في رسالة الإحالة. ويتحمّل مختصّو/ات الصحّة ممّن يوصون بالعلاج الهرمونيّ المسؤوليّة الأخلاقيّة والقانونيّة لهذا القرار، بالاشتراك مع الطبيب/ة المقدِّم/ة للخدمة.

•تَلزم إحالة من مختصّ/ة الصحّة النفسيّة المؤهّل/ة لإجراء جراحة الصدر/الثديَين (على سبيل المثال، إستئصال الثّديَين، أو إعادة تشكيل الصدر، أو رأب الثّدي التكبيريّ).

•تَلزم إحالتان - من مختَصَين إثنَين مؤهّلَين في الصحّة النفسيّة، على أن يكون كلٌّ منهما قد قيّم/ت الفرد بإستقلاليّةٍ عن الآخر - لإجراء جراحة الأعضاء التناسليّة (على سبيل المثال، إستئصال الرحم والبوق والمبيض، إستئصال الخصيتَين، جراحات ترميم الأعضاء التناسليّة). وفي حال كانت الإحالة الأولى من المعالج/ة النفسيّ/ة للفرد، يجب أن تكون الإحالة الثانية من مختصّ/ةٍ جمعه/ا بالفرد دورٌ تقييميٌّ فقط. ويمكن إرسال رسالتَين منفصلتَين، أو رسالةً واحدةً موقّعةً من الطّرفَين (في حال كانا يعملان في العيادة ذاتها). لكن على كلّ رسالة إحالة أن تغطّي المواضيع ذاتها المُشار إليها أدناه.

•يُشار إلى عدم وجود حاجة في العادة إلى رسالة إحالة للإجراء جراحات إستئصال الرحم والبوق والمبيض والخصيتَين في الحالات التي لا تتّصل بالإرتباك الجندريّ، أو في حال وجود تشخيصٍ آخر.

يأتي محتوى التوصية في رسالة الإحالة إلى الجراحة على الشكل التالي:

١.الخصائص العامّة التعريفيّة للفرد؛

٢.نتائج التقييم النفسيّ-الإجتماعيّ للفرد، بما فيها أيّ تشخيصاتٍ مستخلَصةٍ؛

٣.مدّة العلاقة بين مختصّ/ة الصحّة والفرد، بما في ذلك نوع التقييم والعلاج أو الإستشارة حتى تاريخه؛

٤.شرحٌ لإنطباق معايير الجراحة على الحالة، ووصفٌ مختصرٌ للمنطق العياديّ وراء دعم طلب الفرد الحصول على الجراحة؛

٥.إفادةٌ بأنّ الفرد منح/ت موافقةً منوّرةً؛

٦.إفادةٌ بأنّ مختصّ/ة الصحّة المُحيل/ة متوفّر/ةٌ لتنسيق الرعاية ومستعدّ/ةٌ لمناقشة الأمر هاتفيًّا.
وفي الحالات التي يعمل فيها فريقٌ مختصٌّ متعدّد الإختصاصات، قد لا تكون الرسالة ضروريّةً، لكن يجب توثيق التقييم والتوصيات في مخطّط الفرد.

علاقة مختصّي/ات الصحّة النفسيّة بالأطبّاء واصفي/ات الهرمون، والجرّاحين/ات وغيرهم/نّ من مختصّي/ات الصحّة من المثاليّ أن يقوم مختصّو/ات الصحّة النفسيّة بعملهم/نّ، ومناقشة التطوّر الحاصل مع زملائهم/نّ دوريًّا، والحصول على

إستشارة مختصّين/ات آخرين (في مجال الرعاية النفسيّة وغيرها من مجالات الصحّة)، ممّن يثبتون كفاءةً في تقييم الإرتباك الجندريّ ومعالجته. إنّ العلاقة بين المختصّين/ات الموكلين/ات رعاية الفرد يجب أن تبقى تعاونيّةً، وأن تشمل التنسيق والحوار العياديّ اللازم. ويُعَدّ التواصل المفتوح والتناغم ضروريًّا في الإستشارات والإحالة وإدارة مسائل ما بعد الجراحة.

المهمّات المتعلّقة بالعلاج النفسيّ

العلاج النفسيّ ليس شرطًا مطلقًا للحصول على العلاج الهرمونيّ والجراحة
كما هو مبيّنٌ أعلاه، هناك حاجةٌ إلى فحص و/أو تقييم من مختصّ/ة في الصحّة النفسيّة من أجل الإحالة إلى العلاجات الهرمونيّة والجراحيّة للإرتباك الجندريّ. لكن، على العكس من ذلك، لا يُعدّ العلاج النفسيّ شرطًا للإحالة إلى تلك العلاجات، وإن كان موصًى به بشدّة.

لا توصي معايير الرعاية بحدٍّ أدنى من عدد جلسات العلاج النفسيّ قبل الخضوع للعلاجات الهرمونيّة والجراحيّة، ويعود ذلك إلى أسباب متعدّدة (Lev، ٢٠٠٩). أولًا، من الممكن تفسير فرض الحدّ الأدنى من عدد الجلسات كحاجز يحبط الفرصة الحقيقيّة للنموّ الشخصيّ. ثانيًا، يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة تقديم دعم هام للأفراد على إمتداد مراحل إستكشاف الهويّة والتعبير الجندريّ، وكذلك التحوّل المُحتمل، وليس فقط قبل أيّ تغييراتٍ طبّيّةٍ مُحتملة. ثالثًا، تختلف قدرة الأفراد ومعالجيهم/نّ النفسيّين/ات على تحقيق الأهداف في فترةٍ زمنيّةٍ محدّدة.

أهداف العلاج النفسيّ للرّاشدين/ات المربكين/ات جندريًّا

إنّ الهدف العامّ للعلاج النفسيّ هو إيجاد الطّرق لتعزيز الرّفاه النفسيّ الكليّ للفرد، ونوعيّة الحياة، وتحقيق الذات. ولا يرمي العلاج النفسيّ إلى تغيير الهويّة الجندريّة للفرد، بل يساعده/ا على إستكشاف مسائل الجندر، والعثور على طرقٍ للتخفيف من الإرتباك الجندريّ، في حال وُجد (Bockting et al.، ٢٠٠٦؛ Bockting & Coleman، ٢٠٠٧؛ Fraser، ٢٠٠٩a؛ Lev، ٢٠٠٤). في العادة، يكون الهدف الأكبر للعلاج مساعدة الفرد المتحوّل/ة جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثل/ة جندريًّا على تحقيق الرّاحة بعيدة المدى في هويّته/ا الجندريّة، وتوفير فرصٍ واقعيّةٍ له/ا لتحقيق النجاح في العلاقات والدراسة والعمل. للمزيد من المعلومات، راجع/ي فرايزر (Fraser، ٢٠٠٩c).

ويمكن للعلاج أن يكون فرديًّا، أو أسريًّا، أو زوجيًّا، أو حتى جماعيًّا، وهو علاجٌ يكتسب أهميّةً خاصّةً كونه يعزّز دعم الأتراب.

العلاج النفسيّ للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، بما في ذلك الإستشارة والدعم في تغيير الدور الجندريّ

العثور على دورٍ جندريٍّ مريحٍ هو بالدرجة الأولى عمليّةٌ نفسيّةٌ-إجتماعيّة. ويمكن للعلاج النفسيّ أن يؤدّي دورًا بالغ الأهميّة في مساعدة المتحوّلين/اتً جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا لتحقيق ما يلي: (١) توضيح وإستكشاف الهويّة والدور الجندريّ، (٢) تناول تأثير الوصمة وضغط الأقليّة في الصحّة النفسيّة للفرد ونموّه/ا، (٣) تسهيل عمليّة الإعلان عن الهويّة (Bockting & Coleman، ٢٠٠٧؛ Devor، ٢٠٠٤؛ Lev، ٢٠٠٤) التي قد تتضمّن في بعض الحالات تغييراتٍ في التعبير عن الدور الجندريّ وإستخدام التغييرات الطبيّة التأنيثيّة/التذكيريّة.

يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة توفير الدعم وتعزيز مهارات التبادل الشخصيّ والمرونة لدى الأفراد وأسرهم/نّ، بينما يخوضون في عالمٍ غالبًا ما لا يكون مستعدًّا لإستيعاب وإحترام المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا. ويمكن للعلاج النفسيّ المساعدة أيضًا في التخفيف من المسائل النفسيّة المتزامنة (كالقلق والإكتئاب)، التي تُحدَّد من خلال الفحص والتقييم.

بالنسبة إلى المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا ممّن يخطّطون لتغيير أدوارهم/نّ الجندريّة بشكلٍ دائم والإقدام على التحوّل الإجتماعيّ في الدور الجندريّ، يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة تسهيل تطوير خطّةٍ تفريديّةٍ ذاتً أهداف وخطوطٍ زمنيّةٍ محدّدة. وبينما تختلف تجربة تغيير الدور الإجتماعيّ بين فردٍ وآخر، عادةً ما تكون الجوانب الإجتماعيّة للتجربة هي الأكثر صعوبةً، بل أصعب من الجوانب الجسديّة في غالب الأحيان. ولأنّ لتغيير الدور الجندريّ تبِعاتٌ شخصيّةٌ وإجتماعيّة عميقةٌ، يجب أن يكون القرار واعيًا للصعوبات الأسريّة، والتواصليّة، والدراسيّة، والمهنيّة، والإقتصاديّة، والقانونيّة المُحتملة، من أجل ضمان نجاح الأفراد في أدوارهم/نّ الجندريّة الجديدة.

قد يتقدّم كثيرٌ من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا للحصول على الرعاية، من دون أن يكونوا قد حظوا بالقبول في دورهم/نّ الجندريّ الأكثر مطابقةً لهويّتهم/نّ الجندريّة. ويمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة هؤلاء الأفراد في إستكشاف تبِعات التغيير في الدور الجندريّ، وتوقّعها، وضبط وتيرة تطبيق هذه التغيّرات. ويوفّر العلاج النفسيّ مساحةً للأفراد للبدء بالتعبير عن أنفسهم/نّ بطرقٍ تطابق هويّتهم/نّ الجندريّة، وتخطّي المخاوف المتعلّقة بتغيير التعبيرات الجندريّة لدى بعض الأفراد. ويمكن للأفراد أخذ المخاطر المحسوبة إلى خارج مساحة العلاج بغرض إكتساب

الخبرة وبناء الثّقة في الدور الجديد. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للعلاج النفسيّ تزويد الفرد بالدعم في عمليّة إعلان الهويّة للأسرة والمجتمع (الأصدقاء، المدرسة، ومكان العمل).

أما البعض الآخر من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا ممّن يتقدّمون للحصول على الرعاية فيكونون قد إكتسبوا خبرةً (قليلةً، متوسّطةً، أو متقدّمةً) في العيش وفق الدور الجندريّ المختلف عن ذلك المنسوب إلى الجنس المُحدّد لهم/نّ عند الولادة. ويمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة هؤلاء الأفراد على تحديد التحدّيات المُحتملة، والتعامل معها، وتعزيز التكيّف المثاليّ، بينما يستمرّون في التعبير عن التغيّرات في دورهم/نّ الجندريّ.

العلاج الأسريّ أو دعم أفراد الأسرة

للقرارات المتعلّقة بتغيير الدور الجندريّ والتغييرات الطبيّة تبِعاتٌ ليس فقط على الأفراد، بل على أسرهم/نّ أيضًا (Emerson & Rosenfeld، ١٩٩٦؛ Fraser، ٢٠٠٩a؛ Lev، ٢٠٠٤). يمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة مساعدة الأفراد في صنع قرارات مدروسة تتعلّق بالتواصل مع أفراد الأسرة أو غيرهم/نّ بشأن هويّتهم/نّ الجندريّة وقرارات العلاج ذات الصلة. ويمكن أن يتضمّن العلاج الأسريّ العمل مع الزوج/ة أو الشّريك/ة، وكذلك مع الأطفال أو أفرادٍ آخرين من أسرة الفرد الممتدّة.

ويمكن للأفراد أيضًا طلب المساعدة بشأن علاقاتهم/نّ بالآخرين وصحّتهم/نّ الجنسيّة. على سبيل المثال، قد يرغبون بإستكشاف جنسانيّتهم/نّ أو مسائل أخرى تتعلّق بالحياة الحميميّة.

ويمكن توفير العلاج الأسريّ كجزءٍ من العلاج الفرديّ للفرد، ومن قبل المعالج/ة ذاته/ا، إذا كان الأمر مناسبًا عياديًّا. كما تمكن الإحالة إلى معالجين/ات آخرين ممّن يمتلكون الخبرة ذات الصلة للعمل مع أفراد الأسرة، أو إلى مصادر خاصّةٍ بدعم الأتراب (على سبيل المثال، شبكات دعم الشّركاء والأسر شخصيًّا أو عبر الإنترنت).

الرعاية والمتابعة مدى الحياة

قد يعمل مختصّو/ات الصحّة النفسيّة مع الأفراد وأسرهم/نّ في مراحل كثيرةٍ من حيواتهم/نّ، ويمكن للعلاج النفسيّ أن يكون مفيدًا في أوقاتٍ مختلفةٍ وفي مسائل متنوّعةٍ على إمتداد دورة الحياة.

العلاج عبر الإنترنت، والإستشارة عن بُعد وعبر الإنترنت

أثبت العلاج عبر الإنترنت أنّه مفيدٌ لاسيّما بالنسبة إلى الأشخاص الذين يواجهون صعوبةً في الحصول على العلاج النفسيّ الكفء شخصيًّا، ويواجهون الوصمة والعزلة (Derrig-Palumbo & Zeine، ٢٠٠٥؛ Fenichel et al.، ٢٠٠٤؛ Fraser، ٢٠٠٩b). من هنا، نستخلص أنّ العلاج عبر الإنترنت قد يكون نموذجًا مفيدًا للعلاج النفسيّ للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا. ويوفّر العلاج عبر الإنترنت فرصًا لتقديم الخدمات المتطوّرة والموسّعة والخلّاقة والمصمّمة بدقّة. لكن، نظرًا لكونه نموذجًا قيد التطوّر، هو أيضًا يحوي مخاطر غير متوقّعة. في بعض المناطق والمجالات في الولايات المتّحدة، لكن ليس كلّها، تبدو المبادئ العامّة للتطبيب عن بعد واضحةً (Fraser، ٢٠٠٩b؛ Brown-Connolly & McMenamin، Wilhelm، Pulier، Maheu، ٢٠٠٥)؛ لكنّ الإلتباس في تحديد تلك المبادئ يتفاقم في السياق العالميّ (Maheu et al.، ٢٠٠٥). وإلى أن تُتاح المعلومات الكافية المبنيّة على الأدلّة في مسألة إستخدام العلاج عبر الإنترنت، يجب إستخدامه بحذر.

ويُنصَح مختصّو/ات الصحّة النفسيّة ممّن يقدّمون العلاج عبر الإنترنت بالمتابعة المستمرة مع مجلس منح التراخيص ذي الصلة، والجمعيّات المهنيّة وقوانين البلد الذي يعملون فيه، بالإضافة إلى تحديث معارفهم/نّ من خلال متابعة أحدث المنشورات عن هذا الحقل سريع النموّ. ونُشر وصفٌ أكثر عمقًا عن الإستخدامات المُحتملة، والسيرورات، والمسائل الأخلاقيّة المتّصلة بالعلاج عبر الإنترنت (Fraser، ٢٠٠٩b).

المهمّات الأخرى لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة

التثقيف والمناصرة لصالح الأفراد ضمن مجتمعاتهم/نّ (المدارس، أماكن العمل، وغيرها من المؤسّسات)، ومساعدتهم/نّ في تغيير الأوراق الثبوتيّة

قد يواجه المتحوّلون/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا صعوباتٍ في أماكن العمل والدراسة وغيرها، بينما يحقّقون هويّتهم/نّ وتعبيرهم/نّ الجندريّ (Lev، ٢٠٠٤، ٢٠٠٩). ويمكن لمختصّي/ات الصحّة النفسيّة أداء دورٍ هام من خلال تثقيف الأشخاص في تلك الأماكن حول عدم الإمتثال الجندريّ، والمناصرة لصالح زبائنهم/نّ (Currah، Juang، & Minter، ٢٠٠٦؛ Currah & Minter، ٢٠٠٠). ومن الممكن أن يشمل هذا الدور إستشارة مستشاري/ات المدرسة، والمعلّمين/ات، وأفراد الطّاقم الإداريّ، وموظّفي/ات الموارد البشريّة، والمدراء وأرباب العمل، وممثّلين/ات عن منظّماتٍ ومؤسّساتٍ أخرى. بالإضافة إلى ذلك، تمكن دعوة مختصّي/ات الصحّة لتقديم الدعم في عمليّة تغيير إسم و/أو إشارة الجندر في الأوراق الثبوتيّة للفرد كجواز السفر، ورخصة القيادة، ووثيقة الولادة، والشهادات.

تقديم المعلومات والإحالة إلى دعم الأتراب

بالنسبة إلى بعض المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، قد تشكّل مجموعات دعم الأتراب تجربةً بنّاءةً لجهة خيارات التعبير الجندريّ، أكثر من العلاج النفسيّ الفرديّ (Rachlin، ٢٠٠٢). لكن، من حيث المبدأ، تُعتبر التجربتان قيّمتان، ويجب تشجيع جميع الأفراد ممّن يستكشفون مسائل الجندر على المشاركة في نشاطات المجتمع، حيثما يمكن ذلك. كذلك، لا بدّ من توفير الموارد الخاصّة بالمعلومات ودعم الأتراب.

الثقافة وتشعّباتها في التقييم والعلاج النفسيّ

يعمل مختصّو/ات الصحّة النفسيّة في بيئات شديدة الإختلاف عبر العالم. كما أنّ أشكال الضيق التي تدفع بالأفراد إلى طلب المساعدة المختصّة في ثقافة ما، تُفهَم وتُصنّف لدى الناس وفق مصطلحات نابعة من ثقافتهم/نّ (Frank & frank، ١٩٩٣). وتصوغ السياقات الثقافيّة إلى حدٍّ كبير كيفيّة فهم مختصّي/ات الصحّة النفسيّة لتلك الأوضاع. ويمكن للإختلافات الثقافيّة المرتبطة بالهويّة والتعبير الجندريّ أن تؤثّر في الأفراد، ومختصّي/ات الصحّة النفسيّة والممارسة العلاجيّة النفسيّة المقبولة. تدرك «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» أنّ معايير الرعاية إنبثقت عن التقليد الغربيّ، وقد تحتاج إلى التكييف بحسب السياق الثقافيّ.

المبادئ التوجيهيّة الأخلاقيّة للرعاية الصحيّة النفسيّة

يتوجّب على مختصّي/ات الصحّة النفسيّة أن يكونوا مُجازين/ات وحائزين/ات على الترخيص لمزاولة العمل في أيّ بلدٍ كان، بحسب القوانين المهنيّة في ذلك البلد (Fraser، ٢٠٠٩b؛ Pope & Vasquez، ٢٠١١). وعلى المختصّين/ات الإلتزام بالقواعد الأخلاقيّة للمؤسّسات المهنيّة مانحة الإجازة أو الترخيص، في كافّة جوانب عملهم/نّ مع الأفراد من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا.

إنّ العلاج الهادف إلى محاولة تغيير الهويّة الجندريّة للفرد وتعبيره/ا الجندريّ المُعاش بغرض جعله أكثر تطابقًا مع الجنس المحدّد له/ا عند الولادة، قد جُرّب في السابق وأثبت فشله (Gelder & Marks، ١٩٦٩؛ Greenson، ١٩٦٤)، لاسيّما على المدى البعيد (Cohen-Kettenis & Kuiper، ١٩٨٤؛ Pauly، ١٩٦٥). ولم تعد هذه العلاجات تُعتبر أخلاقيّةً في يومنا هذا.

وإذا شعر مختصّو/ات الصحّة النفسيّة بعدم الراحة أو بقلّة الخبرة في العمل مع المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا وأسرهم/نّ، ينبغي بهم/نّ إحالة هؤلاء إلى مختصّ/ةٍ من ذوي/ات الكفاءة، أو في الحدّ الادنى، إستشارة زميل/ةٍ من ذوي/ات الخبرة. وفي حال عدم توفّر المختصّين/ات على الصعيد المحلّي، ينبغي إجراء الإستشارة بإستخدام وسائل الإتصال التكنولوجيّة الخاصّة بالرعاية الصحيّة، إذا توفّرت الشّروط المحليّة للإستشارة عن بعد.

مسائل ذات صلةٍ بالوصول إلى الرعاية

لا يتوفّر المختصّون/ات المؤهّلون/ات في الصحّة النفسيّة في كلّ مناطق العالم، لذا، قد يكون الوصول إلى الرعاية النوعيّة محدودًا. تهدف «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» إلى تحسين الوصول إلى الرعاية، وتقديم فرص التّعليم والتثقيف المنتظمة والمتواصلة، من أجل تدريب المختصّين/ات من مختلف المجالات على تقديم الرعاية الصحيّة النوعيّة الخاصّة بالمتحوّلين/ات جندريًّا. ويمكن تقديم الرعاية الصحيّة النفسيّة عن بُعد بإستخدام التكنولوجيا من أجل تحسين الوصول إلى الخدمات (Fraser، ٢٠٠٩b).

في كثيرٍ من الأماكن حول العالم، يشكّل النقص في التأمين الصحّي أو غيره من الوسائل اللّازمة لتغطية تكاليف الرعاية المطلوبة، عاملًا يحدّ من وصول المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا إلى الرعاية الصحيّة. تحثّ الرابطة شركات التأمين الصحيّ وغيرها من المؤسّسات على تغطية تكاليف العلاجات الطبيّة الضروريّة للتخفيف من الإرتباك الجندريّ (American Medical Association، ٢٠٠٨؛ Anton، ٢٠٠٩؛ The World Professional Association for Transgender Health، ٢٠٠٨).
عند مصادفة فردٍ عاجز/ةٍ عن الوصول إلى الخدمات، يوصى بإحالته/ا إلى موارد دعم الأتراب المتوفّرة شخصيًّا وعبر الإنترنت. في نهاية الأمر، يمكن لمقاربات الحدّ من الضرر أن تفيد الأفراد بينما يصنعون القرارات الصحيّة لتحسين حيواتهم/نّ.

٨. العلاج الهرمونيّ

الضرورة الطبيّة للعلاج الهرمونيّ

يُقصد بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ حقن الجسد بالوسائط الصمّاويّة خارجيّة المنشأ بغرض إحداث تغييرات تأنيثيّةٍ أو تذكيريّةٍ، وهو تدخّلٌ طبيٌّ ضروريّ لكثيرٍ من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا ممّن يختبرون الإرتباك الجندريّ (Dibble، Hart، Newfield، Kohler & ٢٠٠٦؛ Pfäfflin & Junge، ١٩٩٨). وقد يسعى بعض الأفراد للحصول على الدرجة القصوى من التأنيث/التذكير، في وقتٍ يشعر البعض الآخر بالإرتياح في مظهرٍ وسطيٍّ ناتجٍ عن التخفيض الهرمونيّ للخصائص الجنسيّة الثانويّة الموجودة (Factor & Rothblum، ٢٠٠٨). يرد في الملحق «د» موجزٌ عن الأدلّة الخاصّة بالنتائج النفسيّة-الإجتماعيّة للعلاج الهرمونيّ.

لا بدّ للعلاج الهرمونيّ أن يكون تفريديًّا ومبنيًّا على أهداف الفرد، ومخاطر/فوائد نسبة الأدوية، والأوضاع الطبيّة الأخرى في حاول وجدت، والإعتبارات المتعلّقة بالمسائل الإجتماعيّة والإقتصاديّة. ويمكن للعلاج الهرمونيّ أن يؤمّن راحةً كبيرةً للأفراد ممّن لا يرغبون بالإقدام على تحويل الدور الجندريّ الإجتماعيّ أو الخضوع للجراحة، أو ممّن هم/نّ غير قادرين/ات على ذلك (Meyer III، ٢٠٠٩). ويمكن للعلاج الهرمونيّ أن يكون معيارًا موصى به في بعض العلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ لا كلّها (راجع/ي القسم ١١ والملحق «ج»).

معايير العلاج الهرمونيّ

يمكن الشروع بالعلاج الهرمونيّ بعد إجراء تقييم نفسيّ-إجتماعيّ والإستحصال على الموافقة المستنيرة من الفرد المعنيّ/ة، كما هو مبيّنٌ في القسم السابع من معاييرِ الرعاية. ويتطلّب العلاج إحالة من مختصّ/ة الصحّة النفسيّة الذي/التي أجرى/ت التقييم، إلّا في حال أجريَ التقييم من قبل مُقدِّم/ة الهرمون المؤهّل/ة أيضًا في هذا المجال.

في ما يلي، المعايير المطلوب توفّرها للشّروع بالعلاج الهرمونيّ:

١.وجود إرتباك جندريّ موثّقٍ ومستمرّ؛
٢.القدرة على صنع القرار المبنيّ على المعرفة الكاملة ومنح الموافقة المستنيرة لمباشرة العلاج؛
٣.بلوغ سنّ الرشد في البلد المعنيّ (في حال كان الفرد دون سنّ الرشد، راجع/ي معايير الرعاية في القسم السّادس)؛
٤.في حال وجود مشكلاتٍ طبيّةٍ أو نفسيّةٍ بارزةٍ، تجب معالجتها بالشكل الصحيح.

كما هو مبيّنٌ في القسم السابع من معايير الرعاية، فإنّ وجود مسائل نفسيّةٍ متزامنةٍ لا يمنع بالضرورة وصول الفرد إلى العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ، لكن من المُفضّل التعامل مع هذه المسائل قبل البدء بعلاج الإرتباك الجندريّ، أو بالتزامن معه.

في ظروفٍ معيّنةٍ، يكون من المقبول تزويد الأفراد بالهرمونات، حتى ولو لم يطابقوا كافّة المعايير المذكورة أعلاه: مثلًا، في حال إستبدال إستخدام الهرمون غير الشّرعي أو غير الخاضع للإشراف بعلاجٍ هرمونيّ ذي نوعيّةٍ جيّدةٍ وخاضع للمراقبة، أو في حال الأفراد الذين ثبّتوا هويّتهم/نّ الجندريّة ولديهم/نّ تاريخٌ من إستخدام الهرمون في السابق. ومن غير الأخلاقيّ حرمان الأفراد من الأهليّة أو من الحصول على العلاج الهرمونيّ، حصرًا على أساس الإيجابيّة المصليّة في الدم للإلتهابات المنقولة بالدم، كفيروس نقص المناعة البشريّة المكتسبة أو فيروس إلتهاب الكبد الوبائيّ «ب» و«ج» (Hepatitis B, C).

وفي حالاتٍ نادرةٍ، يُمنع إستخدام العلاج الهرمونيّ نتيجة ظروفٍ صحيّةٍ خطيرةٍ يعاني منها الفرد. عندها، على مختصّ/ات الصحّة مساعدة هؤلاء الأفراد في الحصول على التغييرات غير الهرمونيّة. وفي ظروفٍ شبيهةٍ، يمثّل مختصّ/ة الصحّة النفسيّة المؤهّل/ة والملمّ/ة بوضع الفرد موردًا ممتازًا.

الموافقة المستنيرة

من الممكن للعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ أن يقود إلى تغيّراتٍ جسديّةٍ غير قابلة للعكس. بالتالي، يجب تقديم هذا العلاج حصرًا لأولئك القادرين/ات قانونيًّا على منح الموافقة المستنيرة. ويشمل ذلك الأفراد ممّن أعلنتهم/نّ المحكمة قاصرين/ات مُحرّرين/ات قانونيًّا، والسّجناء والسّجّينات، وذوي/ات الإعاقة الإدراكيّة ممّن يُعتبرون مؤهّلين/ات للمشاركة في صنع القرارات الطبيّة المتعلّقة بهم/نّ (Bockting et al.، ٢٠٠٦). ويتوجّب على مقدّمي/ات العلاج أنّ يوثّقوا في السجلّ الطبّي أنّ الفرد قد زُوّد/ت وفهم/ت كافّة المعلومات عن كافّة الجوانب ذات الصلة بالعلاج الهرمونيّ، بما في ذلك المخاطر والفوائد المحتملة، وآثار العلاج على القدرات الإنجابيّة.

العلاقة بين معايير الرعاية وبروتوكولات نموذج الموافقة المستنيرة

طوّر عددٌ من مراكز الصحّة المجتمعيّة في الولايات المتّحدة بروتوكولاتٍ لتقديم العلاج الهرمونيّ، مبنيّةً على مقاربةٍ باتت معروفةً بـ«نموذج الموافقة المستنيرة» (Callen Lorde Community Health Center، ٢٠٠٠، ٢٠١١؛ Fenway Community Health Transgender Health Program، ٢٠٠٧؛ Tom Waddell Health Center، ٢٠٠٦). وتتّفق هذه البروتوكولات مع المبادئ التوجيهيّة الواردة في النسخة السابعة من معايير الرعاية التابعة لـ«الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا». ومعايير الرعاية هي مبادئ توجيهيّةٌ عياديّةٌ مرنةٌ تسمح بتصميم التغييرات بحسب حاجات الأفراد المتلقّين/ات للخدمات، كما تُتيح تصميم البروتوكولات بما يناسب المقاربة المعتمَدة والوضع الذي تُقدّم فيه هذه الخدمات (Ehrbar & Gorton، ٢٠١٠).
إنّ الحصول على الموافقة المستنيرة للشروع بالعلاج الهرمونيّ هو مهمّةٌ هامّةٌ لمُقدِّمي/ات الخدمة، من أجل التأكّد من فهم الأفراد للفوائد والمخاطر النفسيّة والجسديّة للعلاج الهرمونيّ، وكذلك تبِعاته النفسيّة-الإجتماعيّة. ويجدر بمُقدِّمي/ات الخدمات من واصفي/ات الهرمونات أو مختصّي/ات الصحّة الموصين/ات بها، إمتلاك المعرفة والخبرة في تقييم الإرتباك الجندريّ، كما عليهم/نّ إعلام الأفراد بالمخاطر والمحدوديّات والفوائد المحدّدة للهرمونات، بحسب سنّ الفرد، وتجاربه/ا السابقة مع الهرمون، والمشكلات الصحيّة النفسيّة أو الجسديّة المتزامنة.

ويُعدّ البحث عن مشكلات الصحّة النفسيّة الحادّة أو المنتشرة ومعالجتها جزءًا هامًّا من عمليّة الموافقة المستنيرة. ومن الممكن أن يضطلع بتلك المهمّة مختصّ/ة الصحّة النفسيّة أو مُقدِّم/ة الخدمة المُدرّب/ة جيّدًا (راجع/ي القسم السابع من معايير الرعاية). ويمكن للمُقدِّم/ة نفسه/ا أو غيره/ا من أعضاء فريق الرعاية الصحيّة المدرّبين/ات جيّدًا (الممرّض/ة على سبيل المثال)، معالجة التبِعات النفسيّة-الإجتماعيّة للعلاج الهرمونيّ حينما يلزم الأمر (مثل تأثير التأنيث/التذكير في كيفيّة رؤية الآخرين/ات للفرد، والآثار المُحتملة لذلك في العلاقات مع الأسرة والأصدقاء والزملاء في العمل). وفي حال بروز الحاجة إلى ذلك، يمكن أن يعمد مُقدِّم/ة الخدمة إلى إحالة الفرد إلى العلاج النفسيّ وإلى تقييم ومعالجة مسائل الصحّة النفسيّة المتزامنة كالقلق والإكتئاب.

إن الفارق بين «نموذج الموافقة المستنيرة» والنسخة السابعة من معايير الرعاية هو أنّ معايير الرعاية تركّز بشكلٍ أكبر على أهميّة الدور الذي يضطلع به مختصّو/ات الصحّة النفسيّة في التخفيف من الإرتباك الجندريّ وتسهيل التغيّرات في الدور الجندريّ والتكيّف النفسيّ-الإجتماعيّ. ومن الممكن أن تتضمّن تقييمًا شاملًا للصحّة النفسيّة وعلاجًا نفسيًّا، حين يلزم الأمر. أما «نموذج الموافقة المستنيرة» فيركّز على الحصول على الموافقة المستنيرة بصفتها عتبة الشروع بالعلاج الهرمونيّ في بيئةٍ متعدّدة الإختصاصات وهادفةٍ إلى الحدّ من الضرر، بينما يوجد تركيزٌ محدودٌ على تقديم الرعاية الصحيّة النفسيّة إلى أن يطالب الفرد بها، في ما عدا الحالات النفسيّة البارزة التي تستلزم المعالجة قبل إصدار الوصفة الهرمونيّة.

التأثيرات الجسديّة للعلاج الهرمونيّ

يتسبّب العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ بتغييراتٍ جسديّةٍ تتطابق أكثر مع الهويّة الجندريّة للفرد:

•لدى المتحوّلين من إناث إلى ذكور، من المتوقّع حدوث التغيّرات التالية: تعمّق الصوت، تضخّم البظر (بنسبٍ مختلفة)، نموّ شعر الوجه والجسد، توقّف الحيض، ضمورٌ في أنسجة الثّديَين، وتراجع نسبة الدهون في الجسد مقارنةً بالكتل العضليّة.

•لدى المتحوّلات من ذكور إلى إناث، من المتوقّع حدوث التغيّرات التالية: نموّ الثّديَين (بنسبٍ مختلفةٍ)، تراجع الوظيفة الإنتصابيّة، تراجع حجم الخصيتَين، وإرتفاع نسبة الدهون في الجسد مقارنةً بالكتل العضليّة.

وتحدث معظم التغيّرات سواءً كانت ذات طبيعةٍ تأنيثيّةٍ أو تذكيريّةٍ، خلال مدّة سنتَين من بدء العلاج الهرمونيّ. ويختلف إلى حدٍّ كبيرٍ حجم التغيّرات الجسديّة والخطّ الزمنيّ الدقيق للآثار الناجمة عن العلاج. يبيّن الجدولان ١-أ و١-ب والمسار الزمنيّ التقريبيّ لهذه التغيّرات الجسديّة.

الجدول ١-أ: آثار الهرمونات التذكيريّة[أ] والمسار الزمنيّ المتوقّع

الأثر	البداية المتوقّعة[ب]	الأثر الأقصى المتوقّع[ب]
تزيّت البشرة/ظهور حبّ الشّباب	١ – ٦ أشهر	سنة واحدة إلى سنتَين
نموّ شعر الوجه/الجسد	٣ – ٦ أشهر	٣ – ٥ سنوات
تساقط الشّعر من فروة الرأس	١٢ شهرًا وما فوق[ج]	متباين
نموّ الكتل العضليّة/القوّة	٦ – ١٢ شهرًا	سنتان إلى ٥ سنوات[د]
إعادة توزيع الدّهون في الجسد	٣ – ٦ أشهر	سنتان إلى ٥ سنوات
توقّف الحيض	شهران إلى ٦ أشهر	لا ينطبق
تضخّم البظر	٣ – ٦ أشهر	سنة واحدة إلى سنتَين
ضمورٌ مهبليّ	٣ – ٦ أشهر	سنة واحدة إلى سنتَين
تعمّق الصوت	٣ – ١٢ شهرًا	سنة واحدة إلى سنتَين

أ مقتبسةٌ بموافقةٍ من Hembree et al. (٢٠٠٩). حقوق النشر محفوظة ٢٠٠٩، The Endocrine Society.
ب تمثّل التقديرات المشاهدات العياديّة المنشورة وغير المنشورة.
ج يعتمد الأمر بشكلٍ كبيرٍ على السنّ والوراثة؛ وقد يكون محدودًا.
د يعتمد بشكلٍ كبيرٍ على درجة الممارسة الرياضيّة.

الجدول ١-ب: آثار الهرمونات التأنيثيّة[أ] والمسار الزمنيّ المتوقّع

الأثر	البداية المتوقّعة[ب]	الأثر الأقصى المتوقّع[ب]
إعادة توزيع الدّهون في الجسد	٣ – ٦ أشهر	٢–٥ سنوات
تراجع الكتل العضليّة/القوّة	٣ – ٦ أشهر	١–٢ سنوات[ج]
تليّن البشرة/تراجع نسبة التزيّت	٣ – ٦ أشهر	غير معروف
تراجع الرّغبة الجنسيّة	شهر واحد إلى ٣ أشهر	سنة واحدة إلى سنتَين
تراجع الإنتصاب التلقائيّ	شهر واحد إلى ٣ أشهر	٣ – ٦ أشهر
إختلال الوظيفة الجنسيّة الذكريّ	متباين	متباين
نموّ الثّديَين	٣ – ٦ أشهر	سنتان إلى ٣ سنوات
تراجع حجم الخصيتَين	٣ – ٦ أشهر	سنتان إلى ٣ سنوات
تراجع إنتاج المنيّ	متباين	متباين
تنعّم وتباطؤ نموّ الشّعر في الوجه والجسد	٦ – ١٢ شهرًا	٣ سنوات وما فوق[د]
جلحٌ ذكريّ النّمط	لا ينمو الشّعر من جديد، يتوقّف التساقط بعد شهرٍ إلى ٣ أشهر	سنة واحدة إلى سنتَين

أ مقتبسةٌ بموافقةٍ من Hembree et al. (٢٠٠٩). حقوق النشر محفوظة ٢٠٠٩، The Endocrine Society.
ب تمثّل التقديرات المشاهدات العياديّة المنشورة وغير المنشورة.
ج يعتمد بشكلٍ كبيرٍ على درجة الممارسة الرياضيّة.
د تستلزم الإزالة الكلّيّة لشعر الوجه والجسد تقنيّة التحليل الكهربائيّ، أو العلاج بالليزر، أو كلَيهما.

تعتمد درجة التغيّرات الجسديّة ونسبتها جزئيًّا على الجرعة، ووسيلة تلقّيها، ونوع الأدوية المستخدمة والمُختارة وفق الأهداف الطبيّة المحدّدة للفرد (مثلًا، تغيير التعبير عن الدور الإجتماعيّ، أو وجود خططٍ لإجراء جراحة تثبيت الجندر)، وسجلّ المخاطر الطبيّة. لا تتوفّر حاليًّا أيّ أدلّةٍ على إمكانيّة توقّع الإستجابة للعلاج الهرمونيّ بشكلٍ موثوقٍ بحسب سنّ الفرد، أو خلقة الجسد، أو العرق، أو مظهر باقي أفراد الأسرة - بإستثناء تعمّق الصوت المحتمل لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكور. ونظرًا إلى التساوي بين كافّة العوامل الأخرى، لا تتوفّر أيّ أدلّةٍ تفيد بأنّ أيّ نوعٍ أو وسيلة حقنٍ للهرمونات مصادقٍ عليها طبيًّا هي أكثر فاعليّةً من غيرها في تحقيق التغيّرات الجسديّة المبتغاة.

مخاطر العلاج الهرمونيّ

تحتوي كلّ التغييرات الطبيّة على المخاطر، لكنّ إحتمال حدوث مضاعفاتٍ سلبيّةٍ يعتمد على عوامل عدّة: الدواء نفسه، والجرعة، وطريقة تلقّي الدواء، والخصائص الإكلينيكيّة للفرد (السنّ، وجود إعتلالاتٍ مشتركةٍ، التاريخ المرَضيّ للأسرة، العادات الصحيّة). إذًا، من المستحيل توقّع ما إذا كانت أيّ مضاعفاتٍ سلبيّةٍ ستصيب الفرد.

ومن الممكن الإطّلاع على موجز للمخاطر المرتبطة بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا في الجدول ٢. ووفقًا لدرجة الأدلّة، تُصنّف المخاطر على الشّكل التالي: (١) أرجحيّة تزايد الخطر نتيجة العلاج الهرمونيّ، (٢) إحتمال تزايد الخطر نتيجة العلاج الهرمونيّ، أو (٣) معلوماتٌ غير قاطعة، أو عدم وجود أيّ مخاطر متزايدة. وتتضمّن المخاطر في الفئة الأخيرة المسائل التي قد تشكّل خطرًا، لكنّ الأدلّة محدودةٌ جدًا بحيث يتعذّر التوصّل إلى خلاصةٍ واضحة.

تمكن قراءة المزيد من التفاصيل عن هذه المخاطر في الملحق «ب» الذي يستند إلى مراجعتَين أدبيّتَين شاملتَين وقائمتَين على الأدلّة حول العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩)، بالإضافة إلى مراجعة دراسةٍ جماعيّةٍ واسعة النطاق (Asscheman et al.، ٢٠١١). وتمثّل هذه المراجعات مصادر مفصّلةً لمُقدِّمي/ات الخدمات، معطوفةً على غيرها من المواد الإكلينيكيّة المنشورة والمُستخدَمة على نحوٍ واسعٍ (Dahl، Feldman، Goldberg، & Jaberi، ٢٠٠٦؛ Ettner، Monstrey، & Eyler، ٢٠٠٧).

الجدول ٢. المخاطر المرتبطة بالعلاج الهرمونيّ. النقاط المكتوبة بالحرف العريض تُعتبر ذات أهميّةٍ إكلينيكيّة.

مستوى الخطر	الهرمونات التأنيثيّة	الهرمونات التذكيريّة
أرجحيّة تزايد الخطر	• **مرض الإنصِمام الخُثاريّ الوريديّ**[أ] • الحصى الكلويّة • إرتفاع أنزيمات الكبد • زيادة الوزن • **فرطُ ثلاثيّ غليسيريد الدم**	• **فرط الكريات الحُمر** • زيادة الوزن • حبّ الشباب • تساقط الشّعر الذّكري (الجَلح) • إنقطاع النّفَس النوميّ
أرجحيّة تزايد الخطر في ظلّ وجود عوامل خطرٍ إضافيّةٍ[ب]	• **الأمراض القلبيّة الوعائيّة**	
إحتمال تزايد الخطر	• **إرتفاع ضغط الدم** • فَرْطُ برولاكتين الدم أو الورم البرولاكتينيّ	• إرتفاع أنزيمات الكبد • **فَرطُ شحميّات الدم**
إحتمال تزايد الخطر في ظلّ وجود عوامل خطرٍ إضافيّةٍ[ب]	• **داء السكّري النوع ٢**[أ]	• **زعزعة بعض الإضطرابات النفسيّة**[ج] • **الأمراض القلبيّة الوعائيّة** • **إرتفاع ضغط الدم** • **داء السكّري النوع ٢**
معلوماتٌ غير قاطعةٍ أو عدم وجود خطرٍ متزايدٍ	• **سرطان الثّدي**	• فقدان كثافة العظام • **سرطان الثّدي** • **سرطان عنق الرحم** • **سرطان المبيض** • **سرطان الرحم**
		[أ] يزداد الخطر في حال تناول هرمون الإستروجين فمويًّا بدلًا من تناوله عن طريق الجِلد. [ب] عوامل الخطر الإضافيّة تشمل السنّ. [ج] بما في ذلك الإضطرابات ثنائيّة القطب، والفُصاميّة العاطفيّة، وغيرها من الإضطرابات التي قد تشمل العوارض الذهانيّة والهوَسيّة. ويبدو أنّ هذا الحدث الحادّ يرتبط بتناول جرعاتٍ أكبر من التستوستيرون أو وجوده في الدم بمستوياتٍ أعلى من المستوى الطبيعيّ.

كفاءة الأطبّاء واصفي/ات الهرمونات، والعلاقة مع مختصّي/ات الصحّة الآخرين

إن السّياق الأمثل لإدارة العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ هو الذي يتّسم بمقاربةٍ كاملةٍ للرعاية الصحيّة التي تشمل الرعاية الأوليّة الشّاملة، ومقاربةٍ منسّقةٍ للمسائل النفسيّة-الإجتماعيّة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩). وعلى الرغم من أنّ المباشرة في العلاج الهرمونيّ لا تتطلّب حصول الفرد على العلاج النفسيّ أو الإستشارة النفسيّة المتواصلة، يُنصَح في حال وجود معالج/ةٍ نفسيّ/ةٍ متابع/ةٍ للحالة بالحفاظ على تواصلٍ منتظم بين مختصّي/ات الصحّة (بموافقة الفرد)، من أجل ضمان حسن سير عمليّة التحوّل على المستويَين الجسديّ والنفسيّ-الإجتماعيّ.

بفعل التدريب المناسب، يمكن لمجموعةٍ متنوّعةٍ من مُقدِّمي/ات الرعاية تولّي مسؤوليّة العلاج الهرمونيّ، بمن فيهم/نّ الممرّضون/ات ذوو/ات التدريب المتقدّم، ومساعدو/ات الأطبّاء، وأطبّاء/طبيبات الرعاية الأوليّة (Dahl et al.، ٢٠٠٦). وتوفّر الزيارات الطبيّة المتعلّقة بالإشراف على الهرمون فرصةً لتقديم خدمات رعايةٍ أوسع لفئةٍ غالبًا ما تنقصها الخدمات (Clements، Kitano، Wilkinson، ١٩٩٩؛ Feldman، ٢٠٠٧؛ Xavier، ٢٠٠٠ & Marx). إنّ الكثير من فحوص الكشف ومعالجة الإعتلالات المشتركة المرتبطة بالإستخدام بعيد المدى للهرمونات، مثل عوامل الخطر المتعلّقة بالأمراض القلبيّة الوعائيّة وفحص السّرطان، تقع جميعها ضمن مجال الرعاية الأوليّة بدلًا من الرعاية المختصّة (American Academy of Family Physicians، ٢٠٠٥؛ Eyler، ٢٠٠٧؛ World Health Organization، ٢٠٠٨)، لا سيّما في المناطق التي لا تتوفّر فيها فرقٌ مختصّةٌ بالجندر أو أطبّاء مختصّين/ات.

نظرًا للحاجات متعدّدة الإختصاصات للأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا الساعين/ات للحصول على العلاج الهرمونيّ، بالإضافة إلى الصّعوبات المتعلّقة بتجزئة الرعاية بشكلٍ عامٍّ (World Health Organization، ٢٠٠٨)، تشجّع «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» التدريب المتزايد لمُقدّمي/ات الرعاية الأوليّة وإشراكهم/نّ في حقل العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ. وإذا وُصِفَت الهرمونات من قبل مختصّ/ةٍ، يجب أن يتوفّر تواصلٌ وثيقٌ مع مُقدِّم/ة الرعاية الأوليّة للفرد. وعلى العكس من ذلك، لا بدّ من إشراك مُقدِّم/ةِ الهرمون أو مختصّ/ة الغدد الصمّاء في حال كان/ت طبيب/ة الرعاية الأوليّة غير ملمّ/ةٍ بهذا النوع من العلاج الهرمونيّ، أو في حال كان/ت الفرد يعاني/تعاني من إضطراب أيضيٍّ أو صمّاويّ سابقٍ، قد يتأثّر بالعلاج الصمّاوي.

وإذ لا تتوفّر بعد برامج تدريبٍ رسميّةٍ على طبّ المتحوّلين/ات جندريًّا، تقع على عاتق مُقدِّمي/ات الهرمون مسؤوليّة الإستحصال على المعرفة والخبرة الملائمتَين في هذا المجال. كذلك، يُفترض بالمختصّين/ات زيادة خبرتهم/نّ وثقتهم/نّ في تقديم العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ، من خلال الإدارة المشتركة للرعاية، أو إستشارة مُقدِّم/ة خدماتٍ آخر/أخرى أكثر خبرةً، أو من خلال تقديم أنواعٍ أكثر تحديدًا من العلاج الهرمونيّ، قبل المضيّ قدُمًا في مباشرة العلاج الهرمونيّ. ونظرًا لكون هذا الحقل الطبّي في تطوّرٍ مستمرٍّ، على المختصّين/ات أن يبقوا على إضطّلاعٍ على أحدث المنشورات الطبيّة، ومناقشة الحالات الجديدة مع الزملاء. ويمكن لهذه النقاشات أن تحدث من خلال شبكاتٍ أنشأتها «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» أو غيرها من المنظّمات الوطنيّة والمحليّة.

مسؤوليّات الأطبّاء واصفي/ات الهرمون

بشكلٍ عامٍّ، تُناط بالمختصّين/ات واصفي/ات العلاج الهرمونيّ المهام التالية:

١.إجراء تقييم أوليٍّ يتضمّن مناقشة أهداف التحوّل الجسديّ للفرد، وتاريخه/ا الصحيّ، وفحصًا جسديًّا، وتقييمًا للمخاطر، والفحوص المَخبريّة ذات الصلة.

٢.مناقشة الآثار المتوقّعة للأدوية التأنيثيّة/التذكيريّة والآثار الصحيّة المضرّة المُحتملة. ويمكن أن تشمل هذه الآثار تراجعًا في الخصوبة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩)، فتجب مناقشة الخيارات الإنجابيّة مع الأفراد قبل البدء بالعلاج الهرمونيّ (راجع/ي القسم التاسع).

٣.التأكّد من أنّ الأفراد يتمتّعون بالقدرة على فهم فوائد العلاج ومخاطره، وأنّهم/نّ قادرون/ات على بناء قرارٍ مبنيٍّ على المعرفة بشأن الرعاية الطبيّة.

٤.توفير الإشراف الطبيّ المتواصل، بما فيه الفحص المخبريّ والجسديّ المنتظم من أجل مراقبة فاعليّة الهرمونات وآثارها الجانبيّة.

٥.التواصل مع مُقدِّم/ات الرعاية الأوليّة للفرد، ومختصّ/ة الصحّة النفسيّة والجرّاح/ة حسبما تدعو الحاجة.

٦.عند الحاجة، تزويد الأفراد بإفادةٍ مكتوبةٍ موجزةٍ تفيد بأنّهم/نّ تحت الإشراف الطبّي والرعاية التي تشمل العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ، لاسيّما في المراحل الأولى من العلاج، إذ قد يرغب الفرد بالإحتفاظ بتلك الإفادة في كافّة الأوقات لتفادي الصّعوبات المحتملة مع الشّرطة أو غيرها من السّلطات.

بحسب الوضع العياديّ لتقديم الهرمونات (أنظر/ي أدناه)، تغدو بعض هذه المسؤوليّات أقلّ أهميّة. من هنا، يجب أن تكون درجة الإستشارة النفسيّة، والفحوص الجسديّة، والتقييمات المخبريّة، مصمّمةً بطريقةٍ تفريديّةٍ تلائم حاجات الفرد.

الأوضاع العياديّة للعلاج الهرمونيّ

هناك ظروفٌ يُدعى فيها المختصّون/ات لتقديم الهرمونات من دون الشّروع بالضّرورة بعلاج هرمونيّ تأنيثيّ أو تذكيريّ طويل الأمد. ومن خلال إدراك هذه الأوضاع العياديّة المختلفة (أنظر/ي أدناه، من أقلّ إلى أكثر الدرجات تعقيدًا)، يغدو ممكنًا إشراك المختصّين/ات في العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ، وإن كانوا في العادة لا يشعرون بالقدرة على توفير هذا العلاج.

١.الهرمونات المرحليّة (Bridging):
سواء كانت الهرمونات موصوفةً من قبل مختصّ/ة آخر/أخرى أو مُحصّلةً بوسائل أخرى (كالشراء عبر الإنترنت)، من المحتمل أن يكون الأفراد السّاعين/ات للحصول على الرعاية يتلقّون في الأساس العلاج الهرمونيّ. عندها، يمكن للمختصّين/ات تقديم وصفةٍ محدودةٍ من الهرمونات (من شهر إلى ستّة أشهر)، بينما يساعدون الأفراد في العثور على مُقدِّم/ة يزوّدهم/نّ بعلاج هرمونيّ طويل الأمد. ويجب على المُقدِّمين/ات تقييم الحِمية الحاليّة للفرد من أجل ضمان السلامة، وتفادي تفاعلات الأدوية، وإستبدالها بأدويةٍ وجرعاتٍ أكثر أمانًا حيثما يجب (Dahl et al.، ٢٠٠٦؛ Feldman & Safer، ٢٠٠٩). وفي حال كانت الهرمونات قد وُصِفَت سابقًا من قبل مختصّ/ة آخر/أخرى، يجب عندها طلب السجلّات الطبيّة (بموافقة الفرد)، من أجل الحصول على نتائج الفحوص الأوليّة، والفحوص المخبريّة، وأيّ أحداثٍ سلبيّةٍ أخرى. كذلك، يجب على المُقدِّمين/ات التواصل مع أيّ مختصّ/ة نفسيّ/ة منخرط/ة في رعاية الفرد. وفي حال لم يكن الفرد قد خضع/ت لأيّ تقييم نفسيّ-إجتماعيّ كما هو موصًى في معايير الرعاية (راجع/ي القسم السّابع)، على الأطبّاء/الطبيبات إحالته/ا إلى مختصّ/ة نفسيّ/ة مؤهّل/ة إذا ما كان الوضع مناسبًا ومتاحًا (Feldman & Safer، ٢٠٠٩). ويُفترض بمُقدّمي/ات الخدمات ممّن يصفون الهرمونات المرحليّة العملَ مع الأفراد لتحديد مدّة العلاج المرحليّ.

٢.العلاج الهرمونيّ بعد إستئصال الغدد التناسليّة
في العادة، يُستكمل علاج الإستبدال الهرمونيّ بالإستروجين أو التستوستيرون على مدى الحياة بعد الخضوع لجراحة إستئصال المبيضين أو الخصيتَين، إلا في حال بروز موانع طبيّة. وبما أنّ جرعات الهرمون غالبًا ما تُخفَّف بعد هذه الجراحات (Basson، ٢٠٠١؛ Reid & Crown، Levy، ٢٠٠٣؛ Dobs & Wisniewski، Moore، ٢٠٠٣)، وتُكيّف فقط لتلائم السنّ والإعتلالات المشتركة المُحتملة، تبدو إدارة الهرمون في ذلك الوضع مشابهةً للإستبدال الهرمونيّ لدى أيّ فرد يعاني قصورًا في الغدد التناسليّة.

٣.مداومة الهرمون قبل إستئصال الغدد التناسليّة
عندما يحصل الأفراد على الفوائد التأنيثيّة/التذكيريّة القصوى للهرمونات (بعد سنتَين أو أكثر في العادة)، يستمرّون بتناول جرعاتِ الصيانة. وتُكيّف جرعات التثبيت لتلائم التغيّرات في الأوضاع الصحيّة، والتقدّم في العمر، وغيرها من الإعتبارات التي تنتج عن تغيّر نمط الحياة (Dahl et. Al، ٢٠٠٦). عندما يتقدّم فرد من متناولي/ات هرمونات التثبيت للحصول على الرعاية، يتوجّب على مُقدِّم/ة الخدمة تقييم حِمية الفرد الحاليّة من أجل ضمان السّلامة وتفادي أيّ تفاعلاتٍ دوائيّة، وإستبدالها بأدويةٍ وجرعاتٍ أكثر أمانًا حيثما يجب. وعلى الفرد الإستمرار في الخضوع للإشراف والمراقبة من خلال الفحوص الجسديّة والمخبريّة بشكلٍ منتظم، كما هو مبيّنٌ في المنشورات (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩). وتجب مراجعة جرعة وصيغة الهرمونات بشكلٍ منتظم، وبحسب التغيّرات التي تطرأ على الوضع الصحّي للفرد والأدلّة المتوفّرة بشأن المخاطر المُحتملة للإستخدام الطّويل الأمد للهرمون (راجع/ي الحِميات الهرمونيّة أدناه).

٤.المباشرة بالتأنيث/التذكير الهرمونيّ
يتطلّب هذا الوضع العياديّ أعلى درجات الإلتزام من قبل المُقدِّم/ة على مستوى الوقت والخبرة. ولا بدّ أن يكون العلاج الهرمونيّ تفريديًّا بحسب أهداف الفرد، ونسبة المخاطر/الفوائد للأدوية، ووجود أوضاع طبيّةٍ أخرى، بالإضافة إلى الإعتبارات الإجتماعيّة والإقتصاديّة. وعلى الرغم من نشر تشكيلةٍ واسعةٍ من الحِميات الهرمونيّة (Dahl et al.، ٢٠٠٦؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩؛ Moore et al.، ٢٠٠٣)، لا تتوفّر أيّ تقارير منشورة عن تجارب عياديّةٍ عشوائيّةٍ تقارن بين الأمان والفاعليّة. وعلى الرغم من هذا التنوّع، تمكن صياغة إطار عملٍ منطقيٍّ للتقييم الأوّليّ للمخاطر، وللمراقبة المتواصلة للعلاج الهرمونيّ، يكون مبنيًّا على أدلّة الأمان والفاعليّة المذكورة أعلاه.

تقييم المخاطر والتعديل لمباشرة العلاج الهرمونيّ

يركّز التقييم الأوليّ للعلاج الهرمونيّ على تقييم الأهداف العياديّة للفرد، وعوامل الخطر الخاصّة بالأحداث المضرّة المتعلّقة بتناول الهرمون. خلال تقييم المخاطر، ينبغي بالمختصّ/ة والفرد تطوير خطّةٍ للتخفيف من المخاطر حيثما يمكن، إما قبل البدء بالعلاج، أو كجزءٍ من آليّة الحدّ من الضّرر بشكلٍ متواصل.

يتوجّب على كافّة التقييمات أن تشمل فحصًا جسديًّا مفصّلًا، بما في ذلك الوزن والطّول وضغط الدم. أما الحاجة إلى فحوص الثّدي والفحوص التناسليّة والشرجيّة التي تُعتبر مسائل حسّاسة بالنسبة إلى معظم المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا فيجب أن تستند إلى المخاطر الفرديّة وحاجات الرعاية الصحيّة الوقائيّة (Feldman & Goldberg، ٢٠٠٦؛ Feldman، ٢٠٠٧).

الرعاية الوقائيّة

يتوجّب على مُقدِّمي/ات الهرمون مناقشة مسائل الرعاية الصحيّة الوقائيّة مع الأفراد، لاسيّما من هم/نّ من دون مُقدّم/ة رعايةٍ أوليّة. وبحسب سنّ الفرد وملفّ المخاطر الخاصّ به/ا، قد تتوفّر الفحوص الكشفيّة المناسبة للأوضاع العرضة للتأثّر بالعلاج الهرمونيّ. في الحال الأمثل، يجب إجراء تلك الفحوص الكشفيّة قبل البدء بالعلاج الهرمونيّ.

تقييم المخاطر والتعديل في العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ (للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ)

لا توجد موانع مطلقةٌ للعلاج التأنيثيّ بحدّ ذاته، لكنّها تبرز بالنسبة إلى الوسائط التأنيثيّة المختلفة، لاسيّما الإستروجين. وتتضمّن هذه الموانع وجود حوادث سابقة من التخثّر الوريديّ المتعلّق بوضع كامنٍ من فرط الخثوريّة، أو تاريخًا من الإصابة بأورامٍ حسّاسةٍ تجاه الإستروجين، أو وجود مرحلةٍ متقدّمةٍ من الأمراض الكبديّة المزمنة (Gharib et al.، ٢٠٠٥).

الأوضاع الطبيّة الأخرى، كما هو واردٌ في الجدول ٢ والملحق «ب»، قد تتفاقم نتيجة إستخدام الإستروجين أو حاجبات الأندروجين. وبالتالي، من الضروري تقييمها ومعالجتها بالطريقة الصحيحة قبل البدء بالعلاج الهرمونيّ (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، Dhejne et al ٢٠٠٩، ٢٠١١). وينبغي بالمختصّين/ات التنبّه بشكلٍ خاصٍّ إلى مسألة إستخدام التبغ والتدخين، نظرًا لإرتباطها بتزايد خطر التخثّر الوريديّ، الذي بدوره يتفاقم نتيجة إستخدام الإستروجين. ويُنصَح بإستشارة طبيب/ة الأمراض القلبيّة للأفراد ممّن يعانون من الأمراض القلبيّة أو الدماغيّة الوعائيّة.

وتُعدّ القيم المخبريّة القاعديّة هامّةً من أجل تقييم المخاطر الأوليّة، وكذلك إمكانيّة وقوع حوادث سلبيّةٍ في المستقبل. ويجب أن تستند الفحوص المخبريّة الأوليّة على مخاطر العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ المذكورة في الجدول ٢، بالإضافة إلى عوامل الخطر الفرديّة لدى الفرد، بما في ذلك التاريخ المرَضيّ للأسرة. وقد نُشرت في السابق جداول الفحوص المخبريّة الأوليّة المقترحة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩). ويمكن تعديل هذه الجداول لتلائم المريضات أو أنظمة الرعاية الصحيّة محدودة الموارد، أو حتى المتحوّلات سليمات الصحّة.

تقييم المخاطر والتعديل في العلاج الهرمونيّ التذكيريّ (للمتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ)

تتضمّن الموانع المطلقة لعلاج التستوستيرون الحالات التالية: الحمل، أمراض الشّريان التاجيّ غير المستقر، ومرض فرط الكريات الحُمر غير المُعالَج بهيماتوكريت يبلغ نسبة ٥٥٪ أو أكثر (Carnegie، ٢٠٠٤). وبما أنّ تحوّل التستوستيرون إلى إستروجين (الأرمَتة) قد يزيد من نسبة الخطر لدى الأفراد ذوي تاريخٍ مع سرطان الثّدي أو غيره من السّرطانات المرتبطة بالإستروجين (Moore et al.، ٢٠٠٣)، فقد تبرز الحاجة إلى استشارة مختصّ/ةٍ بالأورام قبل البدء بإستخدام الهرمون. ويُرجّح تفاقم الإعتلالات المشتركة في حال وجودها نتيجة إستخدام التستوستيرون. لذا، يجب تقييمها ومعالجتها قبل الشروع بالعلاج الهرمونيّ (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩). ويُنصَح بإستشارة طبيب/ة الأمراض القلبيّة في حالات الأفراد ممّن يعانون من الأمراض القلبيّة أو الدماغيّة الوعائيّة. كذلك، لوحظ إنتشار متزايدٌ لمُتلازمة المبيض متعدّد الكيسات لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، حتّى في غياب إستخدام التستوستيرون (Baba et al.، ٢٠٠٧؛ Reid، Montgomery، Schachter، Balen، Jacobs & ١٩٩٣؛ Bosinski et al.، ١٩٩٧). وعلى الرغم من عدم توفّر دليلٍ على إرتباط مُتلازمة المبيض متعدّد الكيسات بنموّ الهويّة الجندريّة للمتحوّلين جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين جندريًّا، ترتبط هذه المُتلازمة بإزدياد خطر الإصابة بالسكّري، والأمراض القلبيّة، وإرتفاع ضغط الدم، وسرطانات المبيض وبطانة الرحم (Cattrall & Healy، ٢٠٠٤). لذا، لا بدّ من تقييم عوارض مُتلازمة المبيض متعدّد الكيسات قبل الشروع بعلاج التستوستيرون. إذ من الممكن أن يؤثّر الهرمون في هذه الأوضاع. كذلك، يمكن للتستوستيرون أن يؤثّر في نموّ الجنين (Physicians› Desk Reference، ٢٠١٠)، لذا يتوجّب على الأفراد ممّن هم عرضةً للحمْل إستخدام وسائل منع الحمْل عالية الفاعليّة.

وتُعدّ القيم المخبريّة القاعديّة هامّةً من أجل تقييم المخاطر الأوليّة، وإمكانيّة وقوع حوادث سلبيّةٍ في المستقبل. ويجب أن تستند الفحوص المخبريّة الأوليّة على مخاطر العلاج الهرمونيّ التذكيريّ الواردة في الجدول ٢، بالإضافة إلى عوامل الخطر

الفرديّة لدى الفرد، بما في ذلك التاريخ المرَضيّ للأسرة. وقد نُشرت في السابق جداول الفحوص المخبريّة الأوليّة المقترحة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩). يمكن تعديل هذه الجداول لتلائم الأفراد أو أنظمة الرعاية الصحيّة محدودة الموارد، أو حتى الأفراد سليمي الصحّة.

المراقبة العياديّة في خلال العلاج الهرمونيّ لضمان الفاعليّة وتفادي الأحداث السلبيّة

تهدف المراقبة العياديّة في خلال العلاج الهرمونيّ إلى تقييم درجة التأنيث/التذكير، وإحتمال وجود آثارٍ سلبيّةٍ للعلاج. لكن، كما في حال مراقبة أيّ دواءٍ طويل الأمد، يجب أن تتمّ المراقبة في سياق الرعاية الصحيّة الشاملة. وقد نُشرت في السابق بروتوكولات المراقبة العياديّة المقترحة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩). أما الأفراد من ذوي الإعتلالات المشتركة فتجب مراقبتهم بوتيرةٍ أعلى. ويمكن للأفراد سليمي الصحّة في المناطق الجغرافيّة النائيّة أو الفقيرة بالموارد، إستخدام إستراتيجيّاتٍ بديلةٍ كالتطبيب عن بعد، أو التعاون مع مُقدّمي/ات الرعاية على المستوى المحليّ مثل الممرّضين/ات ومساعدي/ات الأطبّاء. ويمكن لمختصّي/ات الصحّة منح الأولويّة لمراقبة تلك المخاطر المرجّح أو المُحتمل إزديادها نتيجة العلاج الهرمونيّ، والتي تتّسم بطبيعةٍ خطيرةٍ عياديًّا.

الفاعليّة ومراقبة الخطر خلال العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ (للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ)

تُعدّ الإستجابة العياديّة هي التقييم الأفضل لفاعليّة الهرمون: هل تطوّر المتحوّلة جسدًا أنثويًّا بينما تتقلّص الخصائص الذكريّة بما يتماشى مع أهدافها الجندريّة؟ ومن أجل توقّع أسرع لعيار جرعات الهرمون المطلوبة لتحقيق الإستجابة العياديّة، يمكن قياس مستوى التستوستيرون بهدف تقييم وصولهِ إلى ما دون الحدّ الأعلى للمستوى الطبيعيّ لدى الإناث، وكذلك زيادة مستوى الإستراديول ليغدو ضمن المدى الطّبيعي للإناث قبل مرحلة توقّف الطّمث، لكن أقلّ بكثيرٍ من المستويات الأعلى من المعتاد (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩).

ويجب أن تتضمّن مراقبة الحوادث السلبيّة تقييمًا عياديًّا ومخبريًّا، كما يجب أن تشمل المتابعة التقييم الدقيق لأيّ إشاراتٍ تدلّ على عطبٍ قلبيٍّ وعائيٍّ أو إنصمام خُثاريٍّ وريديٍّ، من خلال قياس ضغط الدم، والوزن، والنبض، بالإضافة إلى إجراء فحوصٍ للقلب والرئتَين، وفحوصٍ للأطراف تحسّبًا لحدوث وذمةٍ طرفيّةٍ أو تورّم موضعيٍّ أو ألم (Feldman & Safer، ٢٠٠٩). أما المراقبة المخبريّة فيجب أن تستند إلى مخاطر العلاج الهرمونيّ المذكورة أعلاه، والإعتلالات المشتركة وعوامل الخطر لدى الفرد، والحِمية الهرمونيّة في حدّ ذاتها. وسبق أن نُشرت بروتوكولاتٌ محدّدةٌ للمراقبة المخبريّة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩).

الفاعليّة ومراقبة الخطر خلال العلاج الهرمونيّ التذكيريّ (للمتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ)

إنّ الإستجابة العياديّة هي التقييم الأفضل لفاعليّة الهرمون: هل يطوّر الفرد جسدًا ذكريًّا بينما تتقلّص الخصائص الأنثويّة بما يتماشى مع أهدافه الجندريّة؟ ويمكن للمختصّين/ات تحقيق إستجابةٍ عياديّةٍ جيّدةٍ والحدّ من إحتمال وقوع أحداثٍ سلبيّةٍ من خلال المحافظة على مستوًى من التستوستيرون ضمن المعدّل الطبيعيّ لدى الذكور، وتفادي تجاوزه المستويات المعتادة في الدم (Dahl et al.، ٢٠٠٦؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩). وفي حالات الأفراد الذين يستخدمون الحقن العضليّة من سَيبيونات أو إنانثات التستوستيرون (testosterone cypionate or enanthate)، يفحص بعض المختصّون/ات المستويات الدُنيا، بينما يفضّل آخرون فحص المستويات في منتصف الدورة العلاجيّة (Dahl et al.، ٢٠٠٦؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩؛ Tangpricha، Turner، Malabanan، & Holick، ٢٠٠١؛ Tangpricha، Ducharme، Barber، & Chipkin، ٢٠٠٣).

ويجب أن تتضمّن مراقبة الحوادث السلبيّة تقييمًا عياديًا ومخبريًّا، كما يجب أن تشمل المتابعة التقييم الدقيق لأيّ إشاراتٍ أو عوارض تدلّ على زيادةٍ مفرطةٍ في الوزن، أو ظهور حبّ الشّباب، أو نزيفٍ في الرحم، أو عطبٍ قلبيٍّ وعائيٍّ، بالإضافة إلى العوارض النفسيّة لدى الأفراد المعرّضين/ات لخطر الإصابة بالإضطرابات النفسيّة. ويجب أن يتضمّن الفحص الجسمانيّ قياس ضغط الدم، والوزن، والنبض، والجلد، وكذلك القلب والرّئتَين (Feldman & Safer، ٢٠٠٩). أما المراقبة المخبريّة فيجب أن تستند إلى مخاطر العلاج الهرمونيّ المذكورة أعلاه، والإعتلالات المشتركة وعوامل الخطر لدى الفرد، والحِمية الهرمونيّة في حدّ ذاتها. وسبق أن نُشرت بورتوكولاتٌ محدّدةٌ للمراقبة المخبريّة (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩).

الحِميات الهرمونيّة

حتى اللحظة، لم تُجرَ أيّ تجارب عياديّة منظّمة لأيٍّ من الحِميات الهرمونيّة التأنيثيّة/التذكيريّة من أجل تقييم مستوى الأمان والفاعليّة في تحقيق التحوّل الجسديّ. بنتيجة ذلك، تتباين إلى حدٍّ كبيرٍ جرعات وأنواع الهرمون المنشورة في الأدب الطبيّ (Moore et al.، ٢٠٠٣؛ Tangpricha et al.، ٢٠٠٣؛ van Kesteren، Asscheman، Megens، & Gooren، ١٩٩٧). بالإضافة إلى ذلك، قد يُحَدّ وصول الفرد إلى أدويةٍ معيّنةٍ نتيجة الموقع الجغرافيّ و/أو الظروف الإجتماعيّة أو الإقتصاديّة. لهذه الأسباب، لا تصف «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» ولا تتبنّى أيّ حميةٍ هرمونيّةٍ تأنيثيّةٍ/تذكيريّةٍ معيّنة، بل تقدّم إستعراضًا عامًّا لأصناف الأدوية وطرق الإستعمال المستخدَمة في غالبيّة الحِميات المنشورة.

كما هو واردٌ أعلاه، هناك إختلافاتٌ مبيّنةٌ تتعلّق بالسلامة بحسب العوامل الفرديّة لمختلف الحِميات. وتقدّم «المبادئ التوجيهيّة العامّة لجمعيّة الغدد الصمّاء» (Hembree et al.، ٢٠٠٩) وفيلدمان وسايفر (Fedlman and Safer، ٢٠٠٩) إرشاداتٍ محدّدة تتعلّق بأنواع الهرمونات والجرعات المقترحة للحفاظ على المستويات ضمن المعدّلات السويّة بحسب التعبير الجندريّ المرغوب به لدى الفرد (تبعًا لأهداف التأنيث/التذكير التامّ). ويُنصح مُقدّمو/ات الهرمون بمراجعة المنشورات بإنتظام للحصول على المعلومات الجديدة عن إستخدام هذه الأدوية بما يستجيب بشكلٍ آمنٍ لحاجات الفرد وبحسب الموارد المحليّة المتوفّرة.

حِميات العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ (للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ)

الإستروجين

يبدو أنّ تناول الإستروجين فمويًّا، لاسيّما الإثينيل إستراديول (ethinyl estradiol)، يزيد من خطر الإنصِمام الخُثاريّ الوريديّ. ونظرًا لهذا الخطر المحتمل، لا يُوصى بإستخدام الإيثينيل إستراديول في العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ، بل يُوصى بإستخدام الإستروجين عن طريق الجلد في حالات المتحوّلات المعرّضات لخطر الانصِمام الخُثاريّ الوريديّ. ويزداد خطر وقوع أحداثٍ سلبيّةٍ مع زيادة الجرعات، لاسيّما الجرعات التي تؤدّي إلى زيادةٍ تفوق المستويات الطبيعيّة للهرمون في الدم (Hembree et al.، ٢٠٠٩). أما المتحوّلات اللّواتي يعانين من إعتلالاتٍ مشتركةٍ قد تتأثّر بإستخدام الإستروجين فعليهنّ تفادي إستخدام الإستروجين عن طريق الفم حينما يمكن، والبدء بإستخدام مستوياتٍ متدنّيةٍ منه. وفي بعض الحالات، قد لا يتمكنّ من الإستخدام الآمن لمستويات الإستروجين المطلوبة للحصول على النتائج المرغوبة. لذا، يجب أن يُناقش هذا الإحتمال مع الأفراد قبل وقتٍ كافٍ من بدء العلاج الهرمونيّ.

الأدوية المخفّضة للأندروجين («مضادّات الأندروجين»)

يُعدّ مزيج الإستروجين و«مضادّات الأندروجين» أحد أكثر الحِميات شيوعًا في العلاج التأنيثيّ. وتقوم أدوية تخفيض الأندروجين من مختلف أصناف العقاقير، إمّا بتخفيض مستويات التستوستيرون داخليّ المنشأ أو مستوى نشاط التستوستيرون، مقلّصةً بالتالي الخصائص الذكريّة مثل شعر الجسد. ويعمد المختصّون/ات إلى التقليل من جرعة الإستروجين المطلوبة لكبت التستوستيرون، ما يخفّف بالتالي من المخاطر المرتبطة بالجرعات الكبيرة من الإستروجين خارجيّ المنشأ (Robinow & Diewold، Watson، Vigna ، Prior، ١٩٨٦؛ Watson & Vigna، Prior، ١٩٨٩).

وتتضمّن مضادّات الأندروجين الشائعة ما يلي:

•سبيرونولاكتون (Spironolactone)، وهو عاملٌ خافضٌ لضغط الدم المرتفع، يمنع بشكلٍ مباشر إفراز التستوستيرون وإلتحام الأندروجين بمستقبِلات الأندروجين. ولا بدّ من مراقبة ضغط الدم والشوارد الكهربائيّة، نظرًا لإحتمال حدوث حالة فرط البوتاسيوم في الدم (hyperkalemia).

•سَيبْرُوتيرُون أسيتات (cyproterone acetate)، هو مركّبٌ بروجستيرونيّ المفعول ذو خصائص مضادّة للأندروجين. لم يُصادَق على إستخدام هذا الدواء في الولايات المتّحدة نتيجة مخاوف تتعلّق بإحتمال تسبّبه بتسمّمِ الكبد، لكنّه مُستخدَمٌ على نطاقٍ واسعٍ في أماكن أخرى من العالم (De Cuypere et al.، ٢٠٠٥).

•نواهض الهرمون المحرّر لموجّهات القند (GnRH agonists) مثل الجوسريلين، والبوسيرلين، والتريبتوريلين (goserelin، buserelin، triptorelin)، هي هرموناتٌ عصبيّةٌ تسدّ مستقبِلات الهرمون المحرّر لموجّهات القند، مانعةً بالتالي إطلاق الهرمون المحفّز للجُرَيبات والهرمون الملوتِن. وتؤدّي هذه العمليّة إلى حصارٍ شديد الفاعليّة للغدد التناسليّة. لكنّ هذه الأدوية عالية الكلفة، وتتوفّر للإستخدام فقط عن طريق الحقن أو عمليّات الزّرع.

•مثبّطات مُختزلة ٥-ألفا (فيناستيرايد ودوتاستيرايد) (finasteride، dutasteride) تمنع تحوّل التستوستيرون إلى العامل الأكثر نشاطًا، ثنائيّ هيدروتستوستيرون- ٥-ألفا. لهذه الأدوية فوائد على مستوى خسارة شعر فروة الرأس، ونموّ شعر الجسد، والغدد الزهميّة، وتجانس الجلد.

يُعدّ السبيرونولاكتون والسَيبْرُوتيرُون مضادّي الأندروجين الأكثر إستخدامًا، وهما على الأرجح الأكثر فاعليّةً لجهة الكلفة.

البروجستينات

بإستثناء السَيبْرُوتيرُون، يُعدّ إدخال البروجستينات في العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ أمرًا إشكاليًّا (Oriel، ٢٠٠٠). نظرًا إلى الدور الذي تؤدّيه البروجستينات في النموّ الثديّ على المستوى الخلويّ، يعتقد بعض المختصّون/ات أنّ هذه العوامل هامّةٌ لتأمين نموٍّ كاملٍ للثّديَين (Basson & Prior، ١٩٩٨؛ Oriel، ٢٠٠٠). لكنّ المقارنة العياديّة بين الحِميات التأنيثيّة المتضمّنة للبروجستينات والخالية منها، توصّلت إلى أنّ إضافة البروجستينات لم تحسّن نموّ الثديَين ولم تخفّض من مستويات مصل التستوستيرون الحرّ (Meyer III et al.، ١٩٨٦). وتبرز بعض المخاوف بشأن الآثار السلبيّة المحتملة للبروجستينات، بما في ذلك الإكتئاب، وزيادة الوزن، والتغيّرات الدهنيّة (Meyer III et al.، ١٩٨٦؛ Tangpricha et al.، ٢٠٠٣). ويُشتبَه بأنّ البروجستينات (لاسيّما مِيدْروكْسي بروجستيرون) تزيد من خطر الإصابة بسرطان الثّدي والأمراض القلبيّة الوعائيّة لدى النساء (Rossouw et al.، ٢٠٠٢). وقد يكون الجسم أكثر قابليّةً للتكيّف مع البروجستيرون المُنعَّم، كما قد يكون أكثر فائدةً من المِيدْروكْسي بروجستيرون لجهة نسبة الدّهون في الدم (de Lignières، ١٩٩٩؛ Pace، & Wiita، Fitzpatrick، ٢٠٠٠).

حِميات العلاج الهرمونيّ التذكيريّ (للمتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ)

التستوستيرون

بشكلٍ عامٍّ، يمكن تناول التستوتسرون فمويًّا، أو عن طريق الجلد، أو عبر الحقن، مع الإشارة إلى توفّر المستحضَرات الفمويّة والقابلة للزرع. يتوفّر أنديكانوات التستوستيرون الفمويّ (testosterone undecanoate) خارج الولايات المتّحدة، ويُنتج مستوياتٍ من مصل التستوستيرون أقلّ من المستويات التي تحقّقها المستحضَرات غير الفمويّة، كما يتّسم بفاعليّةٍ محدودة لجهة إيقاف الطّمث (Feldman، ٢٠٠٥، April ؛ Moore et al.، ٢٠٠٣). ونظرًا إلى أنّ سَيبيونات أو إنانثات التستوستيرون العضليّة تُعطى في العادة كلّ أسبوعَين إلى أربعة أسابيع، قد يلاحظ بعض الأفراد آثارًا دوريّةً متباينةً (مثل الإرهاق والإنفعاليّة في نهاية دورة الحقن، والعدائيّة والمزاج العالي في بداية دورة الحقن)، بالإضافة إلى وقتٍ أطول خارج المستويات الفزيولوجيّة الطبيعيّة (Jockenhövel، ٢٠٠٤، Dhejne et al.، ٢٠١١). ويمكن التخفيف من هذه الآثار بإستخدام جدولٍ يتضمّن عددًا أقلّ إنّما أكثر تواترًا من الجرعات، أو من خلال الإستخدام اليوميّ للمستحضَر عن طريق الجلد (Dobs et al.، ١٩٩٩؛ Jockenhövel، ٢٠٠٤؛ Nieschlag et al.، ٢٠٠٤). أما أنديكانوات التستوستيرون العضليّ (غير متوفّرٍ حاليًّا في الولايات المتّحدة) فيحافظ على مستوياتٍ سويّةٍ ومستقرّةٍ من التستوستيرون على امتداد ١٢ أسبوعًا، وقد أثبت فاعليّةً في حالات المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، كما في حالات علاج قصور الغدد التناسليّة (Dittrich & Beckmann، Binder ، Kiesewetter، Mueller، ٢٠٠٧؛ Nieschlag & Saad، Zitzmann، ٢٠٠٦). وتتوفّر أدلّةٌ على أنّ التستوستيرون المُستخدم عضليًّا أو عبر الجلد يحقّق نتائج تذكيريّةً متشابهةً، لكن ضمن إطارٍ زمنيٍّ أكثر بطئًا في حال المستحضَرات المستخدَمة عن طريق الجلد (Feldman، ٢٠٠٥، April). ومع تقدّم الأفراد في العمر، يغدو الهدف التقليل من الجرعة المطلوبة للحفاظ على النتائج العياديّة المرغوبة، وإتخاذ التدابير الإحترازيّة اللازمة للحفاظ على كثافة العظام.

الوسائط الأخرى

يمكن إستخدام البروجستينات، وأكثرها إستخدامًا هو المِيدْروكْسي بروجستيرون، لمدّةٍ محدودةٍ من الزمن من أجل المساعدة في إيقاف الطّمث في وقتٍ مبكرٍ من العلاج الهرمونيّ. كما يمكن إستخدام نواهض الهرمون المحرّر لموجّهات القند للهدف ذاته، كما لمعالجة النزيف الرحميّ التصلّبيّ لدى الأفراد ممّن لا يعانون من أيّ خللٍ كامنٍ في الأعضاء الأنثويّة.

الهرمونات المركّبة والمُطابِقة بيولوجيًّا

بينما تتقدّم النقاشات الخاصّة بإستخدام الهرمونات المتطابِقة بيولوجيًّا في مجال العلاج الهرمونيّ الإستبداليّ في مرحلة ما بعد توقّف الطّمث، يزداد الإهتمام بإستخدام مركّباتٍ مماثلةٍ في العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ. ولا تتوفّر حتى الآن أيّ أدلّةٍ على أنّ الهرمونات المتطابِقة بيولوجيًّا والمركّبة هي أكثر أمانًا وفاعليّةً من الهرمونات المُتطابقة بيولوجيًّا والمصادق عليها حكوميًّا (Jatoi & Vincent، Smith ، Shuster، Sood، ٢٠١١). لذلك، تنصح «جمعيّة أميركا الشماليّة لإنقطاع الطّمث» (North American Menopause Society، ٢٠١٠) وغيرها من الجهات، بإفتراض أنّ الهرمون الذي يحتوي على مكوّناتٍ فاعلةٍ مماثلةٍ سيؤدّي إلى عوارض جانبيّةٍ مماثلةٍ، سواء كان هرمونًا مركّبًا صيدليًّا أم غير ذلك. وتوافق «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» على هذا التقييم.

٩. الصحّة الإنجابيّة

قد يرغب كثيرٌ من المتحوّلين/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا بإنجاب الأطفال. وبما أنّ العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ يحدّ من الخصوبة (Darney، ٢٠٠٨؛ Bremner & Cui، Wang، Gu، Zhang، ١٩٩٩)، يُفضّل أن يصنع الأفراد القرارات ذات الصلة بالخصوبة قبل البدء بالعلاج الهرمونيّ أو الخضوع للجراحة لإستئصال أو تغيير أعضائهم/نّ الإنجابيّة. وتوجد حالاتٌ لأشخاصٍ تلقّوا العلاج الهرمونيّ وجراحة الأعضاء التناسليّة، ومن ثمّ ندموا لعدم قدرتهم/نّ على إنجاب الأطفال بيولوجيًّا (Hotimsky & Verschoor، Kira ، De Sutter، ٢٠٠٢).

ينبغي بمختصّي/ات الرعاية الصحيّة، بمن فيهم/نّ مختصّو/ات الصحّة النفسيّة ممّن يوصون بالعلاج الهرمونيّ أو الجراحة، والأطبّاء ممّن يصفون الهرمون والجرّاحون، مناقشة الخيارات الإنجابيّة مع الأفراد قبل المباشرة بالعلاجات الطبيّة للإرتباك الجندريّ. يجب أن تحصل هذه النقاشات حتى ولو كان الأفراد غير مهتمّين/ات بهذه المسائل وقت العلاج، وهو أمرٌ أكثر شيوعًا بين الأفراد الأصغر سنًّا (De Sutter، ٢٠٠٩). ويُفضّل إجراء هذه النقاشات في وقت مبكر، لكنّها لا تكون ممكنةً دائمًا. وفي حال لم يكن الفرد قد إستكمل/ت جراحة تثبيت الجندر، قد يكون ممكنًا التوقّف عن تناول الهرمونات لوقتٍ يكفي لتعافي الهرمونات الولاديّة، ما يسمح بإنتاج الأمشاج الناضجة (Walker & ، Meyer III، Payer، ١٩٧٩؛ Van der، Van den Broecke Dhont & Hovatta، Liu، Elst، ٢٠٠١).

وبإستثناء النقاش الحاصل في مقالات الرأي، نُشرت مقالاتٌ بحثيّةٌ قليلةٌ جدًا حول مسائل الصحّة الإنجابيّة لدى الأفراد المتلقّين/ات لمختلف العلاجات الطبيّة الخاصّة بالإرتباك الجندريّ. ولكن، هناك فئةٌ أخرى من الأشخاص الذين واللّواتي يواجهون الحاجة للحفاظ على الوظيفة الإنجابيّة في ضوء فقدان أو تضرّر غددهم/نّ التناسليّة نتيجة الإصابة بأورام خبيثةٍ نتج عنها إستئصال الأعضاء التناسليّة أو إستخدام العلاج الكيميائيّ أو الإشعاعيّ المُضرّ. ويمكن تطبيق الدروس المُستقاة من العمل مع تلك المجموعة على الأفراد الذين واللّواتي يُعالجون من الإرتباك الجندريّ.

وفي حالات المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ ممّن لم ينجبن الأطفال، ينبغي إطلاعهنّ على خيارات حفظ النطف، وتشجيعهنّ على التفكير في حفظها في البنوك المختصّة قبل الخضوع للعلاج الهرمونيّ. في دراسةٍ عاينت الخُصى المُعرّضة لجرعاتٍ كبيرةٍ من الإستروجين (Payer et al.، ١٩٧٩)، أشارت النتائج إلى أنّ إيقاف الإستروجين قد يسمح للخُصى بالتعافي. وفي مقالٍ تناول آراء المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ بشأن تجميد النطف (De Sutter et al.، ٢٠٠٢)، شعرت غالبيّة المُجيبات الـ١٢١ بضرورة مناقشة وتوفير إمكانيّة تجميدها في عالم الطّب. ويجب جمع النطف قبل البدء بالعلاج الهرمونيّ أو بعد إيقافه وإرتفاع عدد الحيوانات المنويّة مجدّدًا. وتجب مناقشة الحفظ بالتجميد حتى في الحالات التي تكون فيها نوعيّة النطف ضعيفة. وفي حالات المتحوّلات الراشدات اللواتي يعانين من فَقد النطف، يمكن إجراء إختزاعٍ خُصويٍّ ومن ثمّ تجميد مواد الخزعة المنويّة بهدف حفظها إذا كان ذلك ممكنًا، لكن من الممكن ألا يتمّ الأمر بنجاح.

أما الخيارات الإنجابيّة للمتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ فتشمل تجميد الخليّة البيضيّة (البُويضة) أو الجنين. ويمكن إستخدام الأمشاج أو الأجنّة المجمدّة لاحقًا مع امرأةٍ بديلة تحمل الجنين. وتشير الدراسات التي أُجريَت على نساءٍ يعانين من داء المبيض متعدّد الكيسات أنّه يمكن للمبيض التعافي جزئيًّا من آثار المستويات المرتفعة من التستوستيرون (Hunter & Sterrett، ٢٠٠٠). ويمكن لإيقاف تناول التستوستيرون لوقتٍ وجيزٍ أن يسمح للمبايض بالتعافي بما يكفي لإصدار البويضات؛ مع الإشارة إلى أنّ نجاح الأمر يعتمد على سنّ الفرد ومدّة علاج التستوستيرون. وعلى الرغم من عدم وجود أيّ دراساتٍ منهجيّةٍ تتناول الموضوع، فإنّ المتحوّلين من ذكورٍ إلى إناثٍ يقدمون على هذا الأمر، وقد تمكّن بعضهم من الحمل وإنجاب الأطفال (More، ١٩٩٨).

ويجب إعلام الأفراد أنّ هذه التقنيّات لا تتوفّر في كافّة المناطق، ومن الممكن أن تكون مكلفةً جدًا. لا ينبغي حرمان المتحوّلين/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا من الخيارات الإنجابيّة تلك لأيّ سببٍ كان.

هناك فئةٌ فريدةٌ من الأفراد ممّن هم/نّ في مرحلة ما قبل البلوغ أو في مرحلة البلوغ ممّن لن يتمكّنوا أبدًا من تطوير الوظيفة الإنجابيّة في الجنس الذي وُلدوا به، نظرًا لإستخدام الحاجبات (blockers) والهرمونات الجندريّة المتعارِضة. حتى الآن، لا تتوفّر أيّ تقنيّةٍ لحفظ وظيفة الغدد التناسليّة لدى هؤلاء الأفراد.

١٠. علاج الصوت والتواصل

التواصل اللفظيّ وغير اللفظيّ هو جانبٌ هامٌّ من السلوك الإنسانيّ والتعبير الجندريّ، وقد يسعى المتحوّلون/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا للحصول على المساعدة من قبل مختصّ/ةٍ بالصوت والتواصل من أجل تطوير الخصائص الصوتيّة (مثل الحدّة، والتنغيم، والإصداء، ومعدّل الحديث، ونمط صياغة التعبير)، وأنماط التواصل غير اللفظي (مثل الإيماءات، والوَضعة/الحركة، وتعابير الوجه)، بما يسهّل الإرتياح في هويّتهم/نّ الجندريّة. ومن الممكن أن يساعد علاج الصوت والتواصل هؤلاء الأفراد على التخفيف من الإرتباك الجندريّ، وأن يشكّل خطوةً إيجابيّةً ومُحفّزةً بإتجاه تحقيق أهداف الفرد المتعلّقة بالتعبير عن الدور الجندريّ.

كفاءة مختصّي/ات الصوت والتواصل العاملين/ات مع الأفراد من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا

يشمل المختصّون/ات مختصّي/ات باثولوجيا النطق واللغة، ومعالجي/ات النطق وأطبّاء النطق - الصوت. في معظم البلدان، تتطلّب العضويّة في الجمعيّات المهنيّة لمعالجي/ات النطق - اللغة مؤهّلاتٍ وشهاداتٍ معيّنة. وفي بعض البلدان، تنظّم الحكومة الممارسة من خلال الترخيص والتصديق أو عمليّات التسجيل (American Speech–Language–Hearing Association، ٢٠١١؛ Canadian Association of Speech–Language Pathologists and Audiologists؛ Royal College of Speech Therapists، United Kingdom؛ Speech Pathology Australia).

في ما يلي، مؤهّلات الحدّ الأدنى الموصى بتوفّرها لدى مختصّي/ات الصوت والتواصل من العاملين/ات مع الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا:

١.التدريب المتخصّص والكفاءة في تقييم وتطوير المهارات التواصليّة لدى الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا.

٢.الفهم الأساسيّ لصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا، بما في ذلك العلاجات الهرمونيّة والجراحيّة للتأنيث والتذكير والمسائل النفسيّة الخاصّة بالمتحوّلين/ات، كما هو مبيّنٌ في معايير الرعاية؛ والمعرفة ببروتوكولات التحسّس الأساسيّة مثل إستخدام الضمائر الجندريّة والإسم المُفضّل لدى الفرد (Canadian Association of Speech–Language Pathologists and Audiologists؛ Royal College of Speech Therapists، United Kingdom؛ Speech Pathology Australia).

٣.متابعة التعلّم في مجال تقييم وتطوير المهارات التواصليّة لدى الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، وقد يتضمّن ذلك حضور الإجتماعات المهنيّة وورش العمل والندوات والمشاركة في البحوث المتّصلة بشؤون الهويّة الجندريّة، أو إجراء دراسةٍ مستقلّةٍ، أو الحصول على الإرشاد من أحد الأطبّاء المُجازين/ات وذوي/ات الخبرة.

ومن الممكن لغيرهم/نّ من المختصّين/ات كمدرّبي/ات الصوت، ومختصّي/ات المسرح، وأساتذة الغناء، ومختصّي/ات الحركة، أداء دورٍ إضافيٍّ هامّ. ومن المفضّل أن يتمتّع هؤلاء المختصّين/ات بالخبرة في العمل مع مختصّي/ات باثولوجيا النطق واللغة، أو في التعاون معهم/نّ بشكلٍ فاعل.

إعتبارات التقييم والمعالجة

إنّ الهدف الكليّ لعلاج الصوت والتواصل هو مساعدة الأفراد في تكييف أصواتهم/نّ ومهاراتهم/نّ التواصليّة بطريقة آمنةٍ وحقيقيّةٍ، بما ينتج أنماطًا تواصليّةً يشعر الأفراد بأنّها تتطابق مع هويّتهم/نّ الجندريّة، وتعكس حسّ الذّات لديهم/نّ (Adler، Hirsch، & Mordaunt، ٢٠٠٦). ومن الضّروري لمختصّي/ات الصوت والتواصل أن يتمتّعوا بالتحسّس لتفضيلات التواصليّة الفرديّة، فالتواصل - بما فيه الأسلوب والصوت وخيارات اللغة - هو أمرٌ شخصيّ. ولا يجب أن يُنصح الأفراد بتبنّي سلوكيّاتٍ لا يشعرون بالرّاحة فيها أو لا يشعرون بأنّها حقيقيّة. ويمكن للمختصّين/ات خدمة الأفراد بأفضل طريقةٍ ممكنةٍ من خلال منح الوقت لفهم مخاوف وأهداف الفرد الجندريّة في ما يتعلّق بالتعبير عن الدور الجندريّ (American Speech–Language–Hearing Association، ٢٠١١؛ Canadian Association of Speech–Language Pathologists and Audiologists؛ Royal College of Speech Therapists، United Kingdom؛ Speech Pathology Australia).

ويمكن للأفراد إختيار السلوكيّات التواصليّة التي يرغبون بإكتسابها بما يتوافق مع هويّتهم/نّ الجندريّة. وتجب تغذية هذه القرارات ودعمها بالمعارف التي يمتلكها مختصّو/ات الصوت والتواصل، وبمعلومات التقييم الخاصّة بكلّ فرد (Hancock، Krissinger، & Owen، ٢٠١٠). ويشمل التقييم تقييمًا ذاتيًّا يجريه الفرد، وتقييمًا يجريه المختصّ/ة للصوت، والإصداء، والصياغة، واللغة المحكيّة، والتواصل غير اللفظيّ (Adler et al.، ٢٠٠٦؛ Hancock et al.، ٢٠١٠).

وتُطوَّر خطط علاج الصوت والتواصل مع الأخذ بالإعتبار الأدلّة في البحوث المتوفّرة، والمعرفة العياديّة، وخبرة المختصّ/ة، وأهداف وقيم الفرد الخاصّة (American Speech–Language–Hearing Association، ٢٠١١؛ Canadian Association of Speech–Language Pathologists and Audiologists؛ Royal College of Speech Therapists، United Kingdom؛ Speech Pathology Australia). في العادة، تتضمّن أهداف العلاج الحدّة، والتنغيم، وأنماط الجهارة والنبرة، ونوعيّة الصوت، والإصداء، والصياغة، ومعدّل الحديث وصياغة التعبير، واللغة، والتواصل غير اللفظيّ (Adler et al.، ٢٠٠٦؛ Davies & Goldberg، ٢٠٠٦؛ Coerts، & Greven، de Bruin، ٢٠٠٠؛ Gelfer، ١٩٩٩؛ McNeill، ٢٠٠٦؛ Oates & Dacakis، ١٩٨٣). ومن الممكن أن يشتمل العلاج على الجلسات الفرديّة و/أو الجماعيّة. أما التواقت ومدّة العلاج فيتباينان تبعًا لحاجات الفرد. ويمكن أخذ بروتوكولات علاج الصوت والتواصل بالإعتبار عند تطوير خطّةٍ علاجيّةٍ تفريديّةٍ (Oates & ، Dacakis، Carew، ٢٠٠٧؛ Dacakis، ٢٠٠٠؛ Davies & Goldberg، ٢٠٠٦؛ Gelfer، ١٩٩٩؛ McNeill، Wilson، & Deakin، Clark، ٢٠٠٨؛ Mount & Salmon، ١٩٨٨).

يتضمّن تأنيث أو تذكير الصوت الإستخدام غير الإعتياديّ لآليّة إنتاج الصوت. وتُعدّ التدابير الوقائيّة ضروريّةً لتجنّب إحتمال إساءة إستخدام الصوت أو وقوع ضرر بعيد الأمد للصوت. بالتالي، يجب أن تتضمّن كافّة خدمات علاج الصوت والتواصل مكوّن صحّة الصوت (Adler et al.، ٢٠٠٦).

إعتبارات الصحّة الصوتيّة بعد جراحة تأنيث الصوت

كما هو مبيّنٌ في القسم ١١، قد يخضع بعض المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا لجراحة تأنيث الصوت. (يمكن تعميق الصوت من خلال العلاج الهرمونيّ التذكيريّ، لكنّ الهرمونات التأنيثيّة لا تؤثّر في صوت المتحوّلة الراشدة من ذكرٍ إلى أنثى). وتوجد درجاتٌ متباينةٌ من الرضى والسلامة والتحسّن بعيد الأمد لدى الأفراد الذين خضعوا لهذه الجراحة. ويوصى للأفراد ممّن يخضعون لجراحة تأنيث الصوت، إستشارة مختصّ/ةٍ بالصوت والتواصل من أجل تعزيز النتيجة الجراحيّة، والمساعدة في حماية صحّة الصوت، وتعلّم الجوانب التواصليّة غير المرتبطة بحدّة الصوت. ويجب أن تتضمّن إجراءات جراحة الصوت جلسات متابعة مع مختصّ/ةٍ بالصوت والتواصل من المُرخّص لهم/نّ و/أو المُجازين/ات من قبل الجهة المسؤولة عن معالجي/ات ومختصّي/ات النطق واللغة في البلد المعنيّ (Kanagalingam et al.، ٢٠٠٥؛ Neumann & Welzel، ٢٠٠٤).

١١. الجراحة

جراحة تثبيت الجندر فاعلةٌ وضروريّةٌ طبيًّا

غالبًا ما تكون الجراحة - ولاسيّما جراحة الأعضاء التناسليّة - الخطوة الأخيرة والأكثر تدارسًا في سيرورة علاج الإرتباك الجندريّ. وبينما يعثر كثيرٌ من المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا على الراحة تجاه الهويّة والدور والتعبير الجندريّ خاصّتهم/نّ من دون الحاجة إلى الجراحة، يعتبر آخرون الجراحة هامّةً وضروريّةً طبيًّا من أجل التخفيف من الإرتباك الجندريّ لديهم/نّ (Hage & Karim، ٢٠٠٠). بالنسبة إلى هؤلاء، لا يمكن تحقيق الراحة من الإرتباك الجندريّ إلا بتعديل الخصائص الجنسيّة الأوليّة و/أو الثانويّة من أجل إرساء تطابقٍ أكبر مع هويّتهم/نّ الجندريّة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للجراحة أن تريح الأفراد في حضور شركائهم/نّ في الجنس، أو في أماكن مثل مكاتب الأطبّاء، برك السباحة، والنوادي الرياضيّة. وفي بعض الحالات، قد تقلّص الجراحة من خطر الإصابة بالأذى في حال التعرّض للإعتقال أو التفتيش من قبل الشرطة أو السلطات الأخرى.

وجزمت الدراسات المتابِعة بوجود أثرٍ مفيدٍ لجراحة تثبيت الجندر على النتائج التالية للعمليّة الجراحيّة، مثل الرفاه الذاتيّ، والمظهر الخارجيّ، والوظيفة الجنسيّة (De Cuypere et al.، ٢٠٠٥؛ Gijs & Brewaeys، ٢٠٠٧؛ Klein & Gorzalka، ٢٠٠٩؛ Pfäfflin & Junge، ١٩٩٨). تتوفّر معلوماتٌ إضافيّةٌ عن نتائج العلاجات الجراحيّة في الملحق «د».

أسئلةٌ أخلاقيّةٌ بشأن جراحة تثبيت الجندر

في الممارسة الجراحيّة العاديّة، تُستأصل الأنسجة المَرَضيّة من اجل إعادة الوظائف المضطربة إلى وضعها الطبيعيّ، أو تُدخل تعديلاتٌ على ملامح الجسد من أجل تحسين صورة الذات لدى الفرد. ويعترض بعض الأشخاص، بمن فيهم/نّ بعض مختصّي/ات الصحّة، من منطلقٍ أخلاقيٍّ على إستخدام الجراحة كعلاجٍ للإرتباك الجندريّ، نظرًا لإعتقادهم/نّ بعدم إنطباق أحد هذين الشّرطَين.

من المهمّ لمختصّي/ات الصحّة ممّن يقدّمون الرعاية للأفراد المربكين/ات جندريًّا، أن يشعروا بالإرتياح تجاه إحداث التغيير في بنًى طبيعيّةٍ تشريحيًّا. ومن أجل فهم كيف تخفّف الجراحة من الإنزعاج النفسيّ والضّيق لدى الأفراد المربكين/ات جندريًّا، يتوجّب على المختصّين/ات الإستماع إلى أولئك الأفراد ومناقشة العوارض، والمعضلات وتواريخ الحياة الخاصّة بهم/نّ. يجب إحترام ومناقشة المقاومة التي يبديها بعض المختصّين/ات لإجراء الجراحة من المنطلق الأخلاقيّ القائل «قبل كلّ شيءٍ، لا تحدثوا أيّ أذًى»، على أن تتيح الفرصة لهؤلاء أن يتعرّفوا من الأفراد أنفسهم/نّ إلى الضّيق النفسيّ الناتج عن الإرتباك الجندريّ، وإلى الأذى المُحتمل الذي قد ينجم عن حرمانهم/نّ من العلاجات المناسبة.

إنّ العلاجات الجراحيّة للأعضاء التناسليّة وللثّديَين/الصدر ليست مجرّد مجموعةٍ أخرى من الإجراءات الإختياريّة. فالإجراءات الإختياريّة الاعتياديّة تتطلّب فقط رضًى خاصًّا ومتبادلًا بين الفرد والجرّاح/ة. أما جراحات الأعضاء التناسليّة والثّديَين/الصدر، بصفتها علاجات ضروريّة طبيًّا للإرتباك الجندريّ، فيجب اللجوء إليها فقط بعد إجراء تقييم للفرد من قبل مختصّي/ات الصحّة النفسيّة، كما هو مبيّنٌ في القسم السابع من معايير الرعاية. ويمكن إجراء تلك الجراحات بعد أن تتوفّر الوثائق المكتوبة التي تفيد بحصول ذلك التقييم، وبإنطباق المعايير المطلوبة لإجراء جراحةٍ معيّنةٍ على الفرد. من خلال إتّباع هذا الإجراء، يتشارك مختصّو/ات الصحّة النفسيّة والجرّاحون/ات والأفراد أنفسهم/نّ مسؤوليّة قرار إحداث تغييراتٍ جسديّةٍ غير قابلةٍ للعكس.
ومن غير الأخلاقيّ حرمان الأفراد من الأهليّة أو الحصول على العلاجات الجراحيّة لتثبيت الجندر، حصرًا على أساس الإيجابيّة المصليّة في الدم للإلتهابات المنقولة بالدم، كفيروس نقص المناعة البشريّة المكتسبة أو فيروس إلتهاب الكبد الوبائيّ «ب» و«ج» (Hepatitis B, C).

العلاقة بين الجرّاحين/ات، ومختصّي/ات الصحّة النفسيّة، والأطبّاء من واصفي/ات الهرمون (إذا انطبق)، والأفراد (الموافقة المستنيرة)

إنّ دور الجرّاح/ة في علاج الإرتباك الجندريّ ليس فقط دورًا تقنيًّا، بل على الجرّاحين/ات يقظي/ات الضّمير أن يدركوا تاريخ كلّ فرد والسبب الذي أدّى إلى إحالته/ا إلى الجراحة. لذلك، يتوجّب على الجرّاحين/ات تبادل الأحاديث الطويلة مع الأفراد المعنيّين/ات، والتمتّع بعلاقات عملٍ وثيقةٍ مع مختصّين/ات صحيّين/ات آخرين وأخرياتٍ ممّن ينخرطون في تقديم الرعاية العياديّة لهم/نّ.

وتحدث هذه الإستشارة تلقائيًّا عندما يعمل الجرّاح/ة كجزءٍ من فريق عملٍ صحيٍّ متعدّد الإختصاصات. ولكن في حال عدم توفّر ذلك، على الجرّاح/ة أن يكون على ثقةٍ بأنّ مختصّي/ات الصحّة النفسيّة المُحيل/ة، وكذلك الطّبيب/ة واصف/ة الهرمونات في حال إنطبق الأمر، هم/نّ على قدرٍ من الكفاءة في تقييم ومعالجة الإرتباك الجندريّ، نظرًا إلى أنّ الجرّاح/ة يعتمد بشكلٍ كبيرٍ على خبرتهم/نّ.

وبعد أن يطمئن الجرّاح/ة إلى إنطباق المعايير المطلوبة لإجراء جراحاتٍ معيّنةٍ (كما هو مبيّنٌ أدناه)، تبدأ دراسة العلاج الجراحيّ، وكذلك الإستشارة الجراحيّة السابقة للعمليّة الجراحيّة. خلال هذه الإستشارة، لا بدّ من مناقشة الإجراءات والمرحلة التالية للجراحة مع الفرد بشكلٍ معمّقٍ. ويكون الجرّاحون/ات مسؤولون/ات عن مناقشة كافّة المواضيع التالية مع الأفراد السّاعين/ات للحصول على العلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ:

- مختلف التقنيّات الجراحيّة المتوفّرة (مع الإحالة إلى الزملاء والزميلات ممّن يقدّمون خياراتٍ بديلةٍ)؛

- حسنات ومساوئ كلّ تقنيّةٍ من التقنيّات؛

- محدوديّات إجراءٍ ما على تحقيق النتائج «المثاليّة»؛ إذ على الجرّاح/ة تقديم صورٍ كاملةٍ لما قبل وما بعد العمليّة، بما في ذلك النتائج الناجحة وغير الناجحة؛

- المخاطر الكامنة والتعقيدات المحتملة لمختلف التقنيّات؛ إذ على الجرّاح/ة إعلام الأفراد بمعدّلات التعقيد الخاصّة بهم/نّ بشأن كلّ إجراءٍ من الإجراءات.

تشكّل هذه النقاشات جوهر عمليّة الموافقة المستنيرة، وهي مطلبٌ أخلاقيٌّ وقانونيٌّ لإجراء أيّ عمليّةٍ جراحيّة. إنّ التأكّد من أنّ لدى الأفراد توقّعاتٍ واقعيّةٍ لنتائج الجراحة هو أمرٌ هامٌّ لتحقيق نتيجةٍ تخفّف من الإرتباك الجندريّ لديهم/نّ.

يجب تقديم كافّة هذه المعلومات إلى الأفراد بشكلٍ مكتوب، وبلغةٍ يتقنونها بطلاقة، وبإستخدام الرسومات الغرافيكيّة. وعلى الأفراد أن يتلقّوا تلك المعلومات مسبقًا (على الأرجح عبر الإنترنت)، وأن يمنحوا وقتًا كافيًا لمراجعتها بدقّة. وتنبغي مناقشة عوامل الموافقة المستنيرة وجهًا لوجهٍ دائمًا، قبل إجراء التغيير الجراحيّ. بعد ذلك، تمكن الإجابة على الأسئلة، ومن ثمّ تقديم الموافقة المستنيرة كتابةً من قبل الفرد. ونظرًا لطبيعة هذه الجراحات غير القابلة للعكس، لا بدّ من الإنتباه إلى توفّر الوقت الكافي للأفراد لإستيعاب المعلومات تمامًا قبل أن يُطلب منهم/نّ تقديم الموافقة المستنيرة. يُنصح بألا تقلّ تلك المدّة عن ٢٤ ساعة.

يجب على الجرّاحين/ات تقديم الرعاية التالية للعمليّة مباشرةً، وإستشارة الأطبّاء الآخرين ممّن سيعملون مع الفرد في المستقبل. ويتوجّب على الفرد العمل مع الجرّاح/ة لتطوير خطّةٍ مناسبةٍ للرعاية التالية للجراحة.

لمحةٌ عن الإجراءات الجراحيّة لمعالجة الأفراد المربكين/ات جندريًّا

للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ، قد تتضمّن الإجراءات الجراحيّة ما يلي:

١. جراحة الثّديَين/الصدر: رأب الثّدي التكبيريّ (الزرع/حقن الشحوم)؛
٢. جراحة الأعضاء التناسليّة: إستئصال القضيب، إستئصال الخصيتَين، رأب المهبل، رأب البظر، رأب الفرج؛
٣.التغييرات الجراحيّة غير المتعلّقة بالثّديَين والأعضاء التناسليّة: جراحة تأنيث الوجه، شفط الشحوم، حقن الشحوم، جراحة الصوت، تقليص الغضروف الدرقيّ، الرأب الألَويّ (الزّرع/حقن الشحوم)، زرع الشعر، وغيرها من الإجراءات التجميليّة.

للمتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، قد تتضمّن الإجراءات الجراحيّة ما يلي:

١. جراحة الثّديَين/ الصدر: إستئصال الثّديَين تحت الجلديّ، تشكيل صدرٍ ذكريّ؛

٢.جراحة الأعضاء التناسليّة: إستئصال الرحم/إستئصال البوق والمبيضَين، ترميم الجزء المُسوّى من الإحليل، والذي يمكن إستتباعه بعمليّة فصل البظر المتضخّم عن الشّفرَين الصّغيرَين (metoidioplasty) أو بعمليّة رأب القضيب (بإستخدام سديلةٍ متوعّيةٍ حرّةٍ أو معنّقة)، إستئصال المهبل، رأب الصّفن، زرع بِدلاتٍ صناعيّةٍ خصويّةٍ و/أو إنتصابيّة؛

٣.التغييرات الجراحيّة غير المتعلّقة بالثّديَين والأعضاء التناسليّة: جراحة الصوت (نادرة الحدوث)، شفط الشحوم، حقن الشحوم، الزرع الصدريّ، وغيرها من الإجراءات التجميليّة.

الجراحة الترميميّة مقابل الجراحة التجميليّة

إنّ السؤال عمّا إذا كان يجب إعتبار جراحة تثبيت الجندر جراحةً «تجميليّةً» أم «ترميميّةً» هو سؤالٌ ذو صلاتٍ ليست فقط فلسفيّةً، وإنما أيضًا ماديّة. لا تُعدّ الجراحة التجميليّة في غالب الأحيان ضرورةً طبيّةً، لذلك، يغطّي الفرد عادةً التكاليف بالكامل. على خلاف ذلك، تُعتبر الإجراءات الترميميّة ضرورةً طبيّةً - مع نتائج علاجيّةٍ غير قابلةٍ للتشكيك فيها - فتُغطّى تكاليفها بشكلٍ جزئيٍ أو كاملٍ من قبل أنظمة الصحّة الوطنيّة أو شركات التأمين.

للأسف، في مجال الجراحة الترميميّة والتقويميّة (بشكلٍ عامّ، وتحديدًا في الجراحات المتعلّقة بالجندر)، لا يوجد تمييزٌ واضحٌ بين ما هو ترميميٌّ بالكامل وما هو تجميليٌّ بالكامل. فمعظم إجراءات الجراحات التقويميّة تحتوي على خليطٍ من المكوّنات الترميميّة والتجميليّة.

وبينما يتّفق معظم المختصّين/ات على أنّ إستئصال الثّدي وجراحة الأعضاء التناسليّة لا يمكن إعتبارها تجميليّةً بالكامل، تختلف الآراء بشأن الدّرجة التي تُعتبر فيها الجراحات الأخرى ترميميّةً بالكامل (مثل رأب الثّدي التكبيريّ، وجراحة تأنيث الوجه). وعلى الرغم من سهولة رؤية قدرة جراحاتٍ مثل رأب القضيب ورأب المهبل على وضع حدٍّ لمعاناةٍ طويلة، فإنّ تغييرات أخرى كرأب الأنف التصغيريّ قد تترك آثارًا جذريةً ودائمةً على نوعيّة حياة بعض الأفراد، وهي بالتالي ضروريّةٌ لهم/نّ طبيًّا أكثر من ضرورتها بالنسبة إلى شخصٍ لا يعاني من الإرتباك الجندريّ.

معايير الجراحة

كما في معايير الرعاية كلّها، طُوّرَت معاييرٌ معيّنة للمباشرة بالعلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ، من أجل تعزيز الرعاية المُثلى للفرد. وبينما تسمح معايير الرعاية بإعتماد مقاربةٍ تفريديّةٍ من أجل تلبية حاجات الرعاية الصحيّة للفرد بأفضل طريقةٍ ممكنة، فإنّ توثيق وجود إرتباك جندريّ مستمر من قبل مختصٍّ/ةٍ مؤهّل/ةٍ في الصحّة النفسيّة، هو معيارٌ ينطبق على كافّة جراحاتٍ الأعضاء التناسليّة والثّديَين/الصدر. أما بعض الجراحات الأخرى فيستلزم معايير إضافيّةً مثل التحضير، وإستخدام العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/ التذكيريّ، والعيش المتواصل لمدّة سنةٍ على الأقلّ وفق الدور الجندريّ المتطابق مع الهويّة الجندريّة للفرد.

ترد أدناه المعايير المطلوب توفّرها لإجراء الجراحات، مع الإشارة إلى إحتمال بروز توصياتٍ مختلفةٍ للجراحات المختلفة، بحَسب الأدلّة المتوفّرة والإجماع الإكلينيكيّ المختصّ.

لا تحدّد معايير الرعاية ترتيبًا معيّنًا يحكم إجراء الجراحات المختلفة، إذ يتباين عدد الإجراءات الجراحيّة وتسلسلها من فردٍ إلى آخر/أخرى، بحسب الحاجات العياديّة لكلّ فرد.

معايير جراحة الثّديَين/الصدر (إحالة واحدة)

معايير جراحة إستئصال الثّديَين وتشكيل صدرٍ ذكريٍّ لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ:

١.وجود إرتباك جندريّ مستديم وموثّقٍ جيدًا؛
٢.القدرة على صنع قرار مبنيٍّ علَى المعرفة الكاملة ومنح الموافقة لبدء العلاج؛
٣.بلوغ سنّ الرشد في بلَدٍ معيّنٍ (في حال كان الفرد دون سنّ الرشد، يمكن إتّباع معايير الرعاية للأطفال والمراهقين/ت)؛
٤.في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول.

لا يُعتبر العلاج الهرمونيّ متطلّبًا أوليًّا لإجراء هذه الجراحة.

معايير جراحة رأب الثّدي التكبيريّ (زرع/حقن الشحوم) لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ:
١.وجود إرتباك جندريّ مستديم وموثّقٍ جيدًا؛
٢.القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ علَى المعرفة الكاملة ومنح الموافقة لبدء العلاج؛
٣.بلوغ سنّ الرشد في بلَدٍ معيّن (في حال كان الفرد دون سنّ الرشد، يمكن إتّباع معايير الرعاية للأطفال والمراهقين/ت)؛
٤.في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول.
على الرغم من عدم إعتباره معيارًا بشكلٍ صريح، يوصى للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ بالخضوع للعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ (لمدّة ١٢ شهرًا على الأقلّ) قبل الخضوع لجراحةٍ رأب الثّدي التكبيريّ. ويهدف هذا إلى تعزيز نموّ الثّديَين من أجل الحصول على نتائج جراحيّةٍ (تجميليّةٍ) أفضل.

معايير جراحة الأعضاء التناسليّة (إحالتان)

تعتمد معايير جراحة الأعضاء التناسليّة على نوع الجراحة المطلوب إجراؤها.

معايير جراحة إستئصال الرحم وإستئصال البوق والمبيضَين لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، وإستئصال الخصيتَين لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ:
١. وجود إرتباك جندريّ مستديم وموثّقٍ جيدًا؛
٢. القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ علَى المعرفة الكاملة ومنح الموافقة لبدء العلاج؛
٣.بلوغ سنّ الرشد في بلَدٍ معيّن؛
٤.في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول؛
٥. الخضوع للعلاج الهرمونيّ المتناسب مع الأهداف الجندريّة للفرد لمدّة ١٢ شهرًا متواصلًا (بإستثناء الحالات التي لا يوصى فيها عياديًا بإستخدام الهرمونات).

بشكلٍ أساسيٍّ، يهدف العلاج الهرمونيّ الذي يسبق إستئصال الغدد التناسليّة إلى إتاحة فترةٍ للفرد لإختبار كبت الإستروجين أو التستوستيرون بشكلٍ قابلٍ للعكس، قبل الإقدام على تغييرٍ جراحيٍّ غير قابلٍ للعكس.

ولا تنطبق هذه المعايير على الأفراد ممّن يخضعون لهذه الإجراءات لأسبابٍ طبيّةٍ لا تتعلّق بالإرتباك الجندريّ.

معايير جراحة رأب القضيب وفصل البظر المتضخّم عن الشّفرَين الصّغيرَين (metoidioplasty) لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، ورأب المهبل لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ:

١.وجود إرتباك جندريّ مستديمٍ وموثّقٍ جيدًا؛

٢.القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ على المعرفة الكاملة ومنح الموافقة لبدء العلاج؛

٣.بلوغ سنّ الرشد في بلدٍ معيّنٍ؛

٤.في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، ينبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول؛

٥.الخضوع للعلاج الهرمونيّ المتناسب مع الأهداف الجندريّة للفرد لمدّة ١٢ شهرًا متواصلًا (بإستثناء الحالات التي لا يوصى فيها عياديًا بإستخدام الهرمونات)؛

٦. العيش لمدّة ١٢ شهرًا وفق الدور الجندريّ المتطابق مع الهويّة الجندريّة.

على الرغم من عدم إعتباره معيارًا بشكلٍ صريحٍ، يوصى للأفراد بزياراتٍ منتظمةٍ إلى مختصّ/ةٍ بالصحّة النفسيّة أو إلى مختصّ/ةٍ آخر/أخرى في الطّب.

الأساس المنطقيّ لتجربة العيش وفق الدور الجندريّ المطابق للهويّة لمدّة ١٢ شهرًا قبل الجراحة:

إنّ المعيار الوارد أعلاه لبعض أنواع جراحات الأعضاء التناسليّة - أيّ معيار عيش الفرد لمدّة ١٢ شهرًا متواصلًا وفق الدور الجندريّ المطابق لهويّته/ا الجندريّة - يستند إلى إجماع إكلينيكيٍّ مختصٍّ يفيد بأنّ هذه التجربة تتيح فرصةً كافيةً للفرد لإختبار الدور الجندريّ المرغوب والتأقلم معه إجتماعيّاً، قبل الخضوع لجراحةٍ غير قابلة للعكس. وكما هو واردٌ في القسم السابع، عادةً ما تكون الجوانب الإجتماعيّة لتغيير الدور الجندريّ صعبةً - بل لعلّها أشدّ صعوبةً من الجوانب الجسمانيّة. ويمكن لتغيير الدور الإجتماعيّ أن يترك تبِعاتٍ شخصيّةً وإجتماعيّة عميقة، لذلك لا بدّ أن يتضمّن القرار وعيًا بالتحدّيات العائليّة، والشخصيّة، والتربويّة، والمهنيّة، والإقتصادية، والقانونيّة، كي يتمكّن الأفراد من أداء دورهم/نّ الجندريّ الجديد بنجاح. ويمكن للدّعم من قبل المختصّ/ة النفسيّ/ة المؤهّل/ة ومن الأتراب أن يكون بالغ الأهميّة من أجل ضمان تكيّفٍ ناجحٍ مع الدور الجندريّ (Bockting، ٢٠٠٨).

تتيح فترة ١٢ شهرًا مجموعةً من تجارب وأحداث الحياة المختلفة التي قد تقع خلال العام (مثل المناسبات العائليّة، والعطل، والإجازات، والتجارب الموسميّة الخاصّة بالعمل أو المدرسة). خلال هذه الفترة الزمنيّة، يتوجّب على الأفراد أن يشاركوا في كافّة ظروف الحياة وبشكلٍ يوميٍّ وثابتٍ، وفقًا للدور الجندريّ الذي يرغبون به. وتتضمّن هذه العمليّة الإعلان عن الهويّة للشركاء والشريكات، والأسرة، والأصدقاء، وأعضاء المجتمع (مثل العمل، المدرسة، والأماكن الأخرى).

ينبغي بمختصّي/ات الصحّة توثيق تجارب الفرد مع الدور الجندريّ بوضوح في المخطّط الطبّي، بما في ذلك تاريخ بدء العيش بشكلٍ كاملٍ وفق الدور الجندريّ الجديد في حالات الأفراد الذين واللواتي يستعدّون للخضوع لجراحة الأعضاء التناسليّة. وفي بعض الظروف، وإذا دعت الحاجة إلى ذلك، قد يطلب مختصّو/ات الصحّة إثباتًا لتحقّق هذا المعيار: قد يتواصلون مع أفرادٍ ممّن تعاملوا مع الفرد في أثناء عيشه/ا وفق الدور الجندريّ المطابق لهويّته/ا، أو قد يطلبون مستنداتٍ تثبت تغيّر الإسم القانونيّ و/أو الإشارة الجندريّة في الأوراق الثبوتيّة، في حال إنطباق الأمر.

الجراحة للأفراد من ذوي/ات الحالات الذهانيّة وغيرها من الإضطرابات النفسيّة الخطيرة

عندما يُشخّص الأفراد المربَكون/ات جندريًّا بإضطرابات نفسيّةٍ خطيرةٍ أو بإدراكٍ مختلٍّ للواقع (مثل النوبات الذهانيّة، أو إضطراب ثنائيّ القطب، أو إضطراب الهويّة التفارقيّة، أو إضطراب الشخصيّة الحديّة)، يجب العمل على تحسين هذه الحالات من خلال أدويةٍ نفسيّة التأثير و/أو العلاج النفسيّ قبل التفكير في إجراء الجراحة (Dhejne et al.، ٢٠١١). ولا بدّ من إعادة تقييم الحالة من قبل مختصّ/ةٍ مؤهّل/ةٍ في الصحّة النفسيّة من أجل تقييم الحالة الذهانيّة وإدارتها قبل الجراحة، وتوصيف الحالة النفسيّة للفرد ومدى إستعداده/ا للجراحة. ومن المُفضّل أن يكون المختصّ/ة النفسيّ/ة على معرفةٍ بالفرد. ولا ينبغي إجراء أيّ جراحةٍ في الوقت الذي ينشط فيه الفرد ذهانيًّا (De Cuypere & Vercruysse، ٢٠٠٩).

كفاءة الجرّاحين/ات ممّن يجرون جراحة الأعضاء التناسليّة وجراحة الثّديَين/الصدر

على الأطبّاء والطبيبات ممّن يجرون العلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ أن يضمّوا مختصّين/ات في الأمراض البوليّة، والأمراض النسائيّة، وجرّاحي/ات تجميلٍ أو جرّاحين/ات عامّين/ات، وأن يكونوا مُجازين/ات من الجهات الوطنيّة المعنيّة و/أو الجمعيّات الإقليميّة. ويجب أن يتمتّع هؤلاء بالكفاءة الإختصاصيّة في تقنيّات ترميم الأعضاء التناسليّة وفق التدريب الموثّق والخاضع للإشراف من قبل جرّاح/ةٍ أكثر خبرة. حتّى الجرّاحين/ات المتمرّسين/ات، يتوجّب عليهم/نّ أن يكونوا مستعدّين/ات للقبول بمراجعة الأتراب لمهاراتهم/نّ الجراحيّة. ويمكن للتدقيق الرسميّ في النتائج الجراحيّة ونشرها أن يشكّل ضمانةً هامّةً للمختصّين/ات الصحيّين/ات المُحيلين/ات وللأفراد أيضًا. وينبغي بالجرّاحين/ات حضور الإجتماعات المهنيّة بإنتظام حيث تُعرض التقنيّات الجديدة. بالإضافة إلى ذلك، يستخدم الأفراد شبكة الإنترنت بفاعليّةٍ لمشاركة تجاربهم/نّ مع الجرّاحين/ات وفرقهم/نّ.

في أفضل الأحوال، يجب على الجرّاحين/ات أن يكونوا على درايةٍ بأكثر من تقنيّةٍ جراحيّةٍ واحدةٍ لترميم الأعضاء التناسليّة، كي يتمكّنوا بالإشتراك مع الأفراد المعنيّين/ات، من إختيار التقنيّة الأمثل لكلّ حالة. من جهةٍ أخرى، إذا كان/ت الجرّاح/ة متمرّسًا/ةً في تقنيّةٍ واحدةٍ غير ملائمة أو غير مرغوبٍ بها من قبل الفرد، عليه/ا عندها إعلام الفرد بالإجراءات المتاحة الأخرى، وعرض إحالته/ا إلى جرّاح/ةٍ آخر/أخرى بمهاراتٍ أكثر ملائمةً للحالة.

تقنيّات وتعقيدات جراحات الثّديَين/الصدر

على الرغم من أنّ مظهر الثّديَين/الصدر هو خاصيّةٌ جنسيّةٌ ثانويّةٌ هامّةٌ، فإنّ وجود الثّديَين أو حجمهما لا يدخل في التعريفات القانونيّة للجنس والجندر، وهما غير ضروريّين للإنجاب. ويجب تدارس إجراء عمليّات الثّديَين/الصدر لعلاج الإرتباك الجندريّ بقدر العناية ذاته الذي يُمنح للبدء بالعلاج الهرمونيّ، إذ أنّ العلاجَين يُنتجان تغيّراتٍ جسديّةٍ غير قابلةٍ للعكس نسبيًّا.

في حالات المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ، لا تختلف عمليّة رأب الثّدي التكبيريّ (المسمّاة أحيانًا بـــ«ترميم الصدر») عن العمليّات التي تُجرى للمولودات إناثًا، وهي تُجرى في العادة من خلال زرع بدلاتٍ صناعيّةٍ للثّدي، وأحيانًا بإستخدام تقنيّة حقن الشحوم. وفي حالاتٍ نادرةٍ، تنجم عن عمليّة رأب الثّدي التكبيريّ لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ تعقيداتٌ مثل التليّف المحفظيّ والإلتهابات (Kanhai، Hage ، Karim، & Mulder، ١٩٩٩).
أما في حالات المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ فتتوفّر جراحة إستئصال الثّديَين أو «التشكيل الكنتوريّ للصّدر الذكريّ». ويكتفي كثيرٌ من المتحوّلين بإجراء هذه الجراحة فقط. وفي الحالات التي يتطلّب فيها إستئصال أنسجة الثّدي إزالة الجلد أيضًا، قد يتسبّب الأمر بندبةٍ، لذا لا بدّ من إعلام الفرد بذلك. وتشمل التعقيدات المحتملة لإستئصال الثّدي تحت الجلديّ نخر الحلَمة، والأخطاء في التشكيل الكنتوريّ، والتندّب قبيح المظهر (Monstrey et al.، ٢٠٠٨).

تقنيّات وتعقيدات جراحة الأعضاء التناسليّة

تتضمّن إجراءات جراحة الأعضاء التناسليّة للمتحوّلات من ذكور إلى إناث إستئصال الخصيتَين، وإستئصال القضيب، ورأب المهبل، ورأب البظر، ورأب الشّفرَين. وتشمل التقنيّات قلب الجلد القضيبيّ، أو الطعم القولونيّ المُعنّق، أو الزرع الحرّ للأنسجة الجلديّة لترسيم المهبل الجديد. ويُعدّ حفظ الإحساس الجنسيّ هدفًا هامًّا في جراحة رأب المهبل، بالإضافة إلى تشكيل مهبلٍ يعمل بشكلٍ جيّدٍ ويتّسم بمظهرٍ مقبول.

وتتضمّن التعقيدات المحتملة لجراحة الأعضاء التناسليّة لدى المتحوّلات من ذكور إلى إناث النخرَ الجزئيّ أو الكامل للمهبل والشّفرَين، وحدوث نواسير من المثانة أو الأمعاء إلى المهبل، وتضييق مجرى البول، وإنتاج مهابل إمّا بالغة الصغر أو القصَر بما يعيق إتمام المجامعة. فمع أنّ التقنيّات الجراحيّة لتشكيل المهبل تتّسم بالإتقان الوظيفيّ والجماليّ، سُجّلت حالاتٌ من عدم القدرة على بلوغ النشوة الجنسيّة، أو حاجةٌ إلى مرحلةٍ ثانيةٍ من رأب الشّفرَين لأسبابٍ تجميليّةٍ (Klein & Gorzalka، ٢٠٠٩؛ Lawrence، ٢٠٠٦).

أما الإجراءات الجراحيّة للأعضاء التناسليّة لدى المتحوّلين من إناث إلى ذكور فتتضمّن إستئصال الرحم، وإستئصال البوق والمبيضَين، وإستئصال المهبل، وفصل البظر المتضخّم عن الشّفرَين الصغيرَين، ورأب الصّفن، ورأب الإحليل، وتركيب بدلات صناعيّة خصويّة، ورأب القضيب. وفي حالات الأفراد الذين لم يسبق لهم الخضوع لأيّ جراحات بطنيّة، يوصى بتقنيّة جراحة المنظار لإستئصال الرحم والبوق والمبيضَين من أجل تجنّب حدوث ندبة في أسفل البطن. وقد يكون الدخول المهبليّ صعبًا نظرًا إلى أنّ معظم الأفراد لم يسبق لهم أن إختبروا المجامعة الإيلاجيّة أو الولادة. تتباين التقنيّات الجراحيّة الحاليّة لعمليّة رأب القضيب، وقد يتقيّد الخيار بالإعتبارات التشريحيّة والجراحيّة، كما بالإعتبارات الماديّة للفرد. وفي حال كان هدف جراحة رأب القضيب إنتاج قضيبٍ جديدٍ حسن المظهر، وتحقيق التبوّل وقوفًا، والإحساس الجنسيّ و/أو القدرة على المجامعة، فلا بدّ من إعلام الأفراد بوضوحٍ بالحاجة إلى الخضوع لمراحل متعدّدةٍ ومتفرّقةٍ من الجراحة، وبشيوع الصعوبات التقنيّة التي قد تتطلّب جراحاتٍ إضافيّة. وحتّى بالنسبة إلى عمليّة فصل البظر المتضخّم عن الشّفرَين الصّغيرَين (metoidioplasty) التي يُفترض بها نظريًّا أن تتألّف من مرحلةٍ واحدةٍ وأن تنتج قضيبًا صغير الحجم، غالبًا ما يتطلّب الأمر أكثر من عمليّةٍ واحدة. كذلك، لا يمكن ضمان تحقيق هدف التبوّل وقوفًا بإستخدام هذه التقنيّة (Monstrey et al.، ٢٠٠٩).

وتشمل التعقيدات المحتملة لجراحة رأب القضيب لدى المتحوّلين من إناث إلى ذكور حدوث النواسير والتضيّق المتكرّر في مجرى البول، ونخر القضيب الجديد في بعض الأحيان. وتنتج عمليّة فصل البظر المتضخّم عن الشّفرَين الصّغيرَين قضيبًا بالغ الصغر، من دون إمكانيّة التبوّل وقوفًا. أما جراحة رأب القضيب بإستخدام سديلة متوعّية حرّة أو معنّقة فهي عمليّةٌ طويلةٌ بمراحل متعدّدة، وتتّسم بنسبة مرَضيّة عاليةٍ تتضمّن تعقيداتٍ بوليّةً متكرّرةً وتندّبًا حتميًّا في الموضع المانح من الجسم. لهذه الأسباب، يفضّل الكثير من المتحوّلين من إناث إلى ذكور عدم الخضوع لجراحة الأعضاء التناسليّة، ويكتفون بعمليّات إستئصال الرحم والبوق والمبيضَين (Hage & De Graaf، ١٩٩٣).

لكن، حتّى الأفراد ممّن يختبرون تعقيداتٍ جراحيّةً بالغةً، قلّما يبدون النّدم على إجراء الجراحة. ويمكن تقدير أهميّة الجراحة من خلال النتائج المتكرّرة التي تشير إلى أنّ نوعيّة النتائج الجراحيّة هي إحدى أفضل المؤشّرات التي تتنبّأ بالحصيلة الكليّة لتثبيت الجندر (Lawrence، ٢٠٠٦).

الجراحات الأخرى

تضمّ الجراحات الأخرى الهادفة إلى تأنيث الجسد، جراحة تقليص الغضروف الدرقيّ (تصغير حجم «تفاحة آدم» أو الحنجرة الذكريّة)، وجراحة تعديل الصوت، ورأب الشحوم بإستخدام تقنيّة الشفط (التشكيل الكنتوريّ للخصر)، ورأب الأنف (تصحيح الأنف)، وتصغير عظام الوجه، وشدّ الوجه، ورأب الجفن (تجديد الجفن). أما الجراحات الأخرى الهادفة إلى تذكير الجسد فتتضمّن شفط الشحوم، وحقن الشحوم والطعم الصدريّ. ويندر إجراء جراحة تعميق الصوت، لكن قد يوصى بها في حالات عدم فاعليّة العلاج الهرمونيّ.

وعلى الرغم من أنّ هذه الجراحات لا تتطلّب إحالة من مختصّي/ات الصحّة النفسيّة، إلا أنّه يمكن لهؤلاء أداء دورٍ هامٍّ في مساعدة الأفراد على صنع قرارٍ مبنيٍّ على المعرفة الكاملة بشأن توقيت هذه الإجراءات وتبِعاتها في سياق التحوّل الإجتماعيّ. وعلى الرغم من أنّ معظم هذه الجراحات تُصنّف في العادة «تجميليّةً بحتة»، إلا أنّه يمكن إعتبارها ضرورةً طبيةً في حالات الأفراد الذين يعانون من إرتباكٍ جندريٍّ حادٍّ، بحسب الحالة العياديّة للفرد وظروف حياته/ا. ويعكس هذا الإلتباس واقع الأوضاع العياديّة، متيحًا المجال للقرارات الفرديّة بشأن الحاجة والرغبة بإجراء تلك التغييرات.

١٢. الرعاية والمتابعة التالية للجراحة

الرعاية والمتابعة بعيدتا الأمد والتاليتان للعلاج الجراحيّ للإرتباك الجندريّ، ترتبطان بالنتائج الجراحيّة والنفسيّة-الإجتماعيّة الجيّدة (Monstrey et al.، ٢٠٠٩). وتُعدّ المتابعة هامّةً لضمان الصحّة الجسمانيّة والنفسيّة للفرد، كما لزيادة معارف الجرّاح/ة عن فوائد ومحدوديّات الجراحة. وعلى الجرّاحين/ات الذين واللّواتي يجرون العمليّات للأفراد الآتين/ات من مناطق بعيدة، أن يُضَمِّنوا المتابعة الشخصيّة في خطّة الرعاية، وأن يحاولوا تأمين رعايةٍ لاحقةٍ محليّةٍ وميسّرة التكلفة وبعيدة الأمد في المنطقة الجغرافيّة التي يعيش فيها الفرد.

ومن الممكن أن يعمد الأفراد في المرحلة التالية للجراحة إلى النأي بأنفسهم/نّ عن المتابعة مع المختصّين/ات، بمن فيهم/نّ الطّبيب/ة واصف/ة الهرمون (للأفراد متلقّي/ات الهرمون)، غير مدركين/ات أنّ هؤلاء الأشخاص هم/نّ في العادة الأكثر قدرةً على منع وتشخيص ومعالجة الأوضاع الطبيّة الخاصّة بالأفراد المُعالَجين/ات هرمونيًّا وجراحيًّا. وتمتدّ الحاجة للمتابعة بالقدر نفسه إلى مختصّي/ات الصحّة النفسيّة ممّن سبق لهم/نّ قضاء وقتٍ مع الفرد أكثر من أيّ مختصّ/ةٍ آخر، وهم/نّ بالتالي في الموقع الأفضل لمساعدته/ا على التعامل مع أيّ صعوباتٍ تكيّفيّةٍ تاليةٍ للجراحة. وعلى مختصّي/ات الصحّة التشديد على أهميّة الرعاية التالية للجراحة مع الأفراد المعنيّين/ات، وعرض مواصلة تقديم الرعاية لهم/نّ.
كذلك، ينبغي بالأفراد الخضوع لكشوفاتٍ طبيّةٍ منتظمةٍ في مرحلة ما بعد الجراحة، بحسب المبادئ التوجيهيّة الموصى بها لفئتهم/نّ العمريّة، وهو موضوع القسم التالي من معايير الرعاية.

١٣. الرعاية الصحيّة العامّة والوقائيّة على مدى الحياة

يحتاج الأشخاص المتحوّلون/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا إلى الرعاية الصحيّة مدى الحياة. على سبيل المثال، بهدف تفادي الآثار الثانويّة السلبيّة لإستئصال الغدد التناسليّة في عمر مبكر نسبيًّا و/أو تلقّي العلاج الهرمونيّ طويل الأمد ذي الجرعات الكبيرة، يحتاج الأفراد إلى رعايةٍ طبيّةٍ دقيقةٍ من قبل مقدّمي/ات الخدمات المتمرّسين/ات في الصحّة العامّة وفي صحّة المتحوّلين/ات جندريًّا. وفي حال عدم تمكّن أحد مقدّمي/ات الخدمات الصحيّة من توفير كافّة الخدمات، فمن الضروريّ عندها الحفاظ على التواصل قائمًا بين مقدّمي/ات الخدمات.

ولا بدّ من تناول مسائل الحفاظ على الصحّة والرعاية الأوّلية قبل وخلال وبعد أيّ تغييراتٍ محتملةٍ في الدور الجندريّ أو تغييرات طبيّة تهدف إلى التخفيف من الإرتباك الجندريّ. وإذ يؤدّي مقدّمو/ات الهرمون والجرّاحون/ات دورًا هامًّا في الرعاية الوقائيّة، يتوجّب على كلّ متحوّل/ةٍ جنسيًّا أو جندريًّا أو غير ممتثل/ةٍ جندريًّا العمل مع مقدّم/ة خدمات الرعاية الصحيّة العامّة لتلبية حاجات الرعاية الصحيّة الكلّية (Feldman، ٢٠٠٧).

الرعاية الصحيّة الوقائيّة العامّة

تُعدّ المبادئ التوجيهيّة للكشف الطبّي لعموم السكّان ملائمةً لأنظمة الأعضاء التي لا يُرجّح تأثّرها بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ. لكن، عندما يتعلّق الأمر بعوامل الخطر القلبيّة الوعائيّة وترقّق العظام وبعض أنواع السّرطان (الثّدي، عنق الرحم، المبيض، الرحم، والبروستات)، قد تأتي هذه المبادئ التوجيهيّة المتّبعة لعموم الناس إمّا على الإستخفاف أو المغالاة في تقدير فاعليّة تكلفة الكشف على الأفراد من متلقّي/ات العلاج الهرمونيّ.

وتقدّم مصادر عدّةٌ بروتوكولاتٍ مفصّلةً للرعاية الصحيّة العامّة للأفراد الخاضعين/ات للعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ، بما في ذلك العلاج المُقدّم بعد جراحات تثبيت الجندر (Center of Excellence for Transgender Health، UCSF، ٢٠١١؛ Feldman & Goldberg، ٢٠٠٦؛ Feldman، ٢٠٠٧؛ Spade & Buth، Gorton، ٢٠٠٥). وينبغي بالمختصّين/ات العودة إلى المبادئ التوجيهيّة الوطنيّة المبنيّة على الأدلّة، ومناقشة الفحوصات مع الأفراد في ضوء تأثير العلاج الهرمونيّ على درجة الخطر الأساسيّة.

فحوص السّرطان

يمكن للفحوص الطبيّة الهادفة إلى الكشف عن السّرطان في أنظمة الأعضاء المرتبطة بالجنس أن تمثّل صعوباتٍ طبيّةً ونفسيّةً خاصّةً للأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، ولمقدّمي/ات الرعاية الصحيّة كذلك. وفي ظلّ غياب الدراسات واسعة النطاق، لا تتوفّر لمقدّمي/ات الخدمات الأدلّة الكافية لتحديد النوع والوتيرة المناسبَين لفحوص السّرطان بالنسبة إلى هذه الفئة السكّانيّة. ومن الممكن أن ينجم عن المبالغة في إجراء الفحوص تكاليفُ عاليةٌ، ونتائج فحوص إيجابيّةٌ ولكن مضلّلة، وتعريضٌ غير ضروريٍّ في غالب الأحيان للأشعّة و/أو للتدخّلات التشخيصيّة مثل الإختزاع. أما التقليل من إجراء الفحوص فيؤدّي إلى تأخّرٍ في تشخيص السّرطانات التي قد تكون قابلةً للعلاج. ومن الممكن أن يجد الأفراد في فحوص السّرطان توكيدًا لهويّتهم/نّ الجندريّة (مثل صورة الثّدي الشعاعيّة لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ)، بينما قد يجدها آخرون مؤلمةً جسديًّا ونفسيًّا (مثل إختبار الكشف عن سرطان عنق الرحم لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، او ما يُعرف بـــ»فحص الزجاجة»).

الرعاية البوليّة التناسليّة

من الممكن أن تكون الرعاية الطبيّة النسائيّة ضروريّةً للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا من الجنسَين. وفي حالات المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، تبرز الحاجة إلى هذه الرعاية بشكلٍ أساسيٍّ لدى الأفراد غير الخاضعين لجراحة الأعضاء التناسليّة. أما لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ فتبرز الحاجة إلى هذه الرعاية بعد إجراء جراحة الأعضاء التناسليّة. وبينما يقدّم كثيرٌ من الجرّاحين/ات الإرشاداتٍ للأفراد في ما يتعلّق بالرعاية البوليّة التناسليّة التالية للجراحة، يجب على مختصّي/ات الرعاية الأوّلية والطبّ النسائيّ أن يكونوا على درايةٍ بالمسائل التناسليّة الخاصّة بهذه الفئة السكّانيّة. وينبغي لجميع المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ تلقّي الإرشاد بشأن النظافة الشخصيّة التناسليّة والجنسانيّة والوقاية من الإلتهابات المنقولة جنسيًّا؛ كما لا بدّ من تقديم الإرشاد لهنّ بشأن الحاجة إلى توسيع المهبل أو المشاركة في المجامعة الإيلاجيّة بإنتظامٍ من أجل الحفاظ على إتّساع المهبل وعمقه (van Trotsenburg، ٢٠٠٩). ونظرًا إلى البنية التشريحيّة للحوض الذكريّ، يختلف محور المهبل الجراحيّ الجديد وأبعاده بشكلٍ كبيرٍ عن المهبل البيولوجيّ، ما قد يؤثّر في المجامعة في حال لم تفهم النساء المتحوّلات وشركاؤهنّ هذا الإختلاف الكبير (van Trotsenburg، ٢٠٠٩).

تحدث إلتهابات المسالك البوليّة السّفلية بشكلٍ متكرّر لدى النساء المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ ممّن خضعن لجراحة الأعضاء التناسليّة، بسبب المتطلّبات الترميميّة للإحليل المُقصّر. بالإضافة إلى ذلك، قد تعاني هؤلاء النساء من الإضطرابات الوظيفيّة في المسالك البوليّة السُفليّة. وهي إضطراباتٌ تنجم عن وقوع ضررٍ في إمدادات الأعصاب المستقلّة لأرضيّة المثانة في أثناء تشريح الموضع الواقع بين الشّرج والمثانة، وكذلك نتيجة تغيير موقع المثانة في حدّ ذاتها. ومن الممكن أن تنتج عن عمليّة تثبيت الجندر مثانةٌ مختلّةٌ وظيفيًّا (مثل المثانة مُفرطة النشاط، أو سلَس البول الناتج عن الضّغط أو الإستثارة) (Hoebeke et al.، ٢٠٠٥؛ Kuhn، Hiltebrand، & Birkhauser، ٢٠٠٧).

لا يلجأ معظم الأفراد المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ إلى جراحة إستئصال المهبل. وبالنسبة إلى الأفراد الذين يستخدمون الهرمونات التذكيريّة، وعلى الرغم من تحوّل نسبةٍ هامّةٍ من التستوستيرون الى إستروجين، تمكن ملاحظة ترقّق البطانة المهبليّة بإنتظامٍ، ما قد يؤدّي إلى الحكّة أو التحرّق. ويمكن للكشف الطبّي أن يكون مؤلمًا جسديًّا وعاطفيًّا، لكن غياب العلاج قد يفاقمَ الوضع على نحوٍ خطير. ويتوجّب على مختصّي/ات الطبّ النسائيّ الذين واللواتي يعالجون المشكلات التناسليّة للأفراد المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ أن يكونوا واعين/ات لحساسيّة هؤلاء الأفراد من ذوي الهويّة الجندريّة الذكريّة والتعبير الجندريّ الذكريّ تجاه إمتلاكهم أعضاء تناسليّة ترتبط عادةً بالجنس الأنثويّ.

١٤. إنطباق معايير الرعاية على الأشخاص القاطنين/ات في بيئاتٍ مؤسّسية

تنطبق معايير الرعاية في كليّتها على كافّة المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، بغضّ النظر عن وضع سكنهم/نّ. ولا يجب التمييز ضدّ الأشخاص في وصولهم/نّ إلى الرعاية الصحيّة المناسبة بسبب مكان السكن، بما في ذلك البيئات المؤسّسية كالسّجون أو مرافق الرعاية الصحيّة متوسّطة أو طويلة الأمد (Brown، ٢٠٠٩). ولا بدّ بالرعاية الصحيّة للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا أن تعكس ما يتوفّر لهم/نّ في ما لو كانوا يعيشون خارج تلك البيئة المؤسّسيّة وضمن المجتمع ذاته.

ويمكن توفير كافّة عوامل التقييم والعلاج المذكورة في معايير الرعاية المذكورة أعلاه للأشخاص ممّن يعيشون في بيئات مؤسّسية (Brown، ٢٠٠٩)، ولا يجوز حرمانهم/نّ من الوصول إلى هذه العلاجات الضروريّة طبيًّا بسبب ترتيبات السكن أو وجودهم/نّ في مؤسّساتٍ معيّنة. وفي حال عدم تمتّع المختصّين/ات الصحيّين/ات داخل المؤسّسة بالخبرة المطلوبة لتقييم و/أو معالجة الأشخاص المربكين/ات جندريًّا، يتوجّب عندها الحصول على الإستشارة الخارجيّة من قبل المختصّين/ات المتمرّسين/ات في هذا المجال التخصّصيّ من الرعاية الصحيّة.

ومن الممكن أن يعاني الأشخاص المربكون/ات جندريًّا داخل هذه المؤسّسات من حالاتٍ نفسيّةٍ متزامنةٍ (Cole et al.، ١٩٩٧). لذا، يجب تقييم هذه الحالات ومعالجتها على نحوٍ ملائم.

أما الأشخاص الذين واللواتي يدخلون مرفقًا ما بينما هم/نّ يستخدمون حِميةً هرمونيّةً علاجيّةً فلا بدّ من ضمان متابعة إستخدامهم/نّ العلاج ذاته أو علاجاتٍ مشابهةً خاضعةً للإشراف وفق معايير الرعاية. وفي معظم الأحيان، لا تُعتبر مقاربة «تجميد العلاج» رعايةً ملائمةً (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney، C.A. No. ٩٢-١٢٨٢٠-MLW، ٢٠٠٢). وينبغي بالأشخاص المربكين/ات جندريًّا ممّن يُعتبرون مؤهّلين/ات لإستخدام العلاج الهرمونيّ (بحسب معايير الرعاية) أن يبدأوا بالعلاج. في المقابل، إنّ تبِعات الإنقطاع المباغِت عن إستخدام الهرمونات أو الحرمان من الشروع بالعلاج الهرمونيّ في حالات الضرورة الطبيّة، تتضمّن أرجحيّةً كبيرةً لحدوث نتائج سلبيّةٍ مثل المعالجة الذاتيّة الجراحيّة من خلال الإخصاء الذاتيّ، أو اختبار المزاج المكتئب و/أو الميول الإنتحاريّة (Brown، ٢٠١٠).

ومن الممكن إدخال تعديلاتٍ معقولة على سُبل تقديم الرعاية المتوافقة مع معايير الرعاية من أجل تكييفها مع البيئة المؤسّسية، بشرط ألّا تؤدّي هذه التعديلات إلى المجازفة في تقديم الرعاية الضروريّة طبيًّا للأشخاص المربكين/ات جندريًّا. على سبيل المثال، يمكن اللجوء إلى إستخدام الهرمونات القابلة للحقن، في حال عدم وجود مانعٍ طبّي، في بيئةٍ تُرجّح فيها إساءة إستخدام المستحضرات الفمويّة (Brown، ٢٠٠٩). لكنّ الحرمان من الحصول على التغييرات الضروريّة في الدور الجندريّ أو الوصول إلى العلاجات بما فيها جراحة تثبيت الجندر بسبب مكان الإقامة، لا يُعدّ تعديلًا معقولًا وفقًا لمعايير الرعاية (Brown، ٢٠١٠).

وينبغي لمكان السكن ومرافق الإستحمام والمراحيض الخاصّة بالمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، أن تأخذ بالحسبان الهويّة الجندريّة لهؤلاء، ودورهم/نّ، ووضعهم/نّ الجسمانيّ، وكرامتهم/نّ، وسلامتهم/نّ الشخصيّة. على سبيل المثال، وضع هؤلاء في وحدةٍ سكنيّةٍ أو جناحٍ أو حجرةٍ أحاديّة الجنس، على أساس مظهر الأعضاء التناسليّة الخارجيّة حصرًا، لا يُعدّ تصرّفًا ملائمًا وقد يعرّض الفرد لخطر الإيذاء (Brown، ٢٠٠٩).

ويجدر بالمؤسّسات التي تضمّ أفرادًا متحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا أو غير ممتثلين/ات جندريًّا ممّن يتلقّون الرعاية الصحيّة، أن تحافظ على مناخٍ متقبّلٍ وإيجابيٍّ من أجل ضمان سلامة هؤلاء وعدم تعرّضهم/نّ لأيّ تهجّماتٍ من قبل الموظّفين/ات أو المُقيمين/ات في المكان.

١٥. إنطباق معايير الرعاية على الأشخاص ذوي/ات الإضطرابات في النموّ الجنسيّ

المصطلحات

يشير مصطلح إضطراب النموّ الجنسيّ (disorder of sex development) إلى حالة جسمانيّة تتّسم بنمو لانمطيٍّ للجهاز الجنسيّ التناسليّ (LWPES/ESPE Consensus Group & Lee، Ahmed ، Houk، Hughes، ٢٠٠٦). ويتضمّن إضطراب النموّ الجنسيّ حالةً كانت تُسمّى في السابق ثنائيّة الجنس (intersexuality). وعلى الرغم من تغيير المصطلح إلى إضطراب النموّ الجنسيّ في مؤتمر حظي بالإجماع الدوليّ في العام ٢٠٠٥ (Hughes et al.، ٢٠٠٦)، يستمرّ الخلاف بشأن اللغة المُستخدَمة، إذ يعترض البعض بشدّة على سمة «إضطراب»، مفضّلين/ات النظر إلى هذه الحالات الخلقيّة كمسألة تنوّع لا إضطراب (Diamond، ٢٠٠٩)، وبالتالي الإستمرار بإستخدام مصطلحَي ثنائيّ/ة جنسيًّا وثنائيّة الجنس. في معايير الرعاية، تستخدم «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» مصطلح إضطراب النموّ الجنسيّ على نحو موضوعيٍّ ومجرّدٍ من أيّ حكم، بهدف التأكّد من إدراك المختصّين/ات الصحيّين/ات لهذا المصطلح الطبّي، وإستخدامه للوصول إلى المنشورات ذات الصلة في هذا الحقل دائم التطوّر. وتبقى «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» منفتحةً على أيّ مصطلحاتٍ جديدةٍ تساهم في الإضاءة أكثر على تجارب أعضاء هذه الفئة المتنوّعة، وتقود إلى تحسيناتٍ في تقديم الرعاية الصحيّة لهم/نّ.

الأساس المنطقيّ لإضافة هذه الفئة إلى معايير الرعاية

في السابق، كان الأفراد من ذوي/ات إضطراب النموّ الجنسيّ والمطابقون/ات أيضًا للمعايير السلوكيّة الخاصّة بتشخيص إضطراب الهويّة الجندريّة الواردة في الدليل التشخيصيّ والإحصائيّ (DSM ٤) النصّ الخاضع للمراجعة (American Psychiatric Association، ٢٠٠٠)، يُستثنون من هذا التشخيص العامّ. عوضًا عن ذلك، كانوا يُصنّفون ضمن فئة «إضطراب الهويّة الجندريّة - غير محدّد خلافًا لذلك»، كما كانوا يُستثنون من معايير الرعاية التابعة للـ«الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا».

وينصّ المقترح الحاليّ للدليل التشخيصيّ والإحصائيّ-٥ (DSM٥.www.org) على إستبدال مصطلح إضطراب الهويّة الجندريّة بمصطلح الإرتباك الجندريّ. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ التعديلات المقترحة في الدليل التشخيصيّ والإحصائيّ (DSM) تعتبر الأشخاص المربكين/ات جندريًّا من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ أشخاصًا يختبرون نوعًا فرعيًّا من الإرتباك الجندريّ. وهذا التصنيف المقترَح - الذي يميّز صراحةً بين الأشخاص المربكين/ات جندريًّا ممّن يتعايشون مع إضطراب النموّ الجنسيّ - هو تصنيفٌ معلّل: ففي حالات الأشخاص ممّن يعانون من إضطراب النموّ الجنسيّ، يختلف الإرتباك الجندريّ في التمثّل الظواهريّ، والمسار الإحصائيّ، والسببيّات المرَضيّة، ومسارات الحياة التي يمليها على الأشخاص (Meyer-Bahlburg، ٢٠٠٩).

ويلقى الراشدون/ات من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ والإرتباك الجندريّ إهتمامًا متزايدًا من مختصّي/ات الصحّة. لذا، أُضيفت إلى هذه النسخة من معايير الرعاية مناقشةٌ موجزةٌ لمسائل الرعاية الخاصّة بهم/نّ.

إعتبارات التاريخ الصحّيّ

على المختصّين/ات الصحيّين/ات العاملين/ات مع الأفراد من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ والإرتباك الجندريّ، إدراك أنّ السياق الطبّي الذي كبر فيه هؤلاء الأفراد يختلف تمامًا عن ذاك السياق الخاصّ بمن لا يعانون من إضطرابٍ في النموّ الجنسيّ.

ويُشخّص بعض الأفراد من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ من خلال ملاحظة أعضائهم/نّ التناسليّة اللانمطيّة جندريًّا عند الولادة. (يتزايد رصد هذه الحالات في فترة الحمْل من خلال الإجراءات التصويريّة كالأشعّة فوق الصوتيّة). بعد ذلك، يخضع هؤلاء المواليد لإجراءاتٍ طبيّةٍ تشخيصيّةٍ مكثّفةٍ، ومن ثمّ يُحدّد جنس المولود/ة إمّا ذكرًا أو أنثى، بعد إستشارة الأهل ومختصّي/ات الصحّة، وتدارس التشخيص المحدّد، والنتائج الجسمانيّة والهرمونيّة، والمعلومات المتوفّرة في الدراسات طويلة الأمد (Cohen-Kettenis، ٢٠٠٥؛ Dessens، Slijper، & Drop، ٢٠٠٥؛ Hiort ، Holterhus، & Thyen، Jurgensen، ٢٠٠٧؛ Mazur، ٢٠٠٥؛ Meyer-Bahlburg، ٢٠٠٥؛ Stikkelbroeck et al.، ٢٠٠٣؛ Wisniewski، Migeon، Malouf، & Gearhart، ٢٠٠٤).

وفي حالاتٍ أخرى، يتنبّه مختصّو/ات الصحّة إلى وجود إضطرابٍ في النموّ الجنسيّ لدى بعض الأشخاص في مرحلة البلوغ، من خلال ملاحظة تطوّراتٍ لانمطيّة في الخصائص الجنسيّة الثانويّة. وتؤدّي هذه الملاحظة أيضًا إلى تقييمٍ طبّيٍّ محدّد.

ويكون لنوع إضطراب النموّ الجنسيّ ودرجة حدّته تبِعاتٌ هامّةٌ على قرارات التحديد الأوّلي لجنس الفرد، وجراحات الأعضاء التناسليّة اللاحقة المحتملة، وغيرها من تدابير الرعاية الطبّية والنفسيّة-الإجتماعيّة (Meyer-Bahlburg، ٢٠٠٩). على سبيل المثال، ترتبط درجة تعرّض الفرد ذي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ للأندروجين في مرحلة ما قبل الولادة، بدرجة ذكورة السلوك المتعلّق بالجندر (أيّ الدور والتعبير الجندريّ) بعد الولادة؛ لكنّ هذا الارتباط يُعدّ خفيفًا، ولا يزال هناك تنوّعٌ سلوكيٌّ كبيرٌ غير مرتبطٍ بالتعرّض للأندروجين السابق للولادة (Jurgensen et al.، ٢٠٠٧؛ & Ehrhardt، Baker ، Dolezal، Meyer-Bahlburg، New، ٢٠٠٦). وعلى نحوٍ بارز، لم يظهر حتّى الآن وجود إرتباطٍ مشابهٍ بين التعرّض الهرمونيّ السابق للولادة والهويّة الجندريّة (Meyer-Bahlburg et al.، ٢٠٠٤). ويتأكّد هذا الأمر بالنظر إلى التباين الكبير في درجة ذكورة السلوك الجندريّ لدى الأشخاص من ذوي/ات الهويّة الجندريّة (الجوهريّة) الواحدة.

تقييم ومعالجة الأشخاص المربكين/ات جندريًّا من ذوي/ات الإضطرابات في النموّ الجنسيّ

يندر تشخيص الإرتباك الجندريّ لدى الأفراد من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ، قبل تشخيص معاناتهم/نّ من إضطراب النموّ الجنسيّ. في العادة، يتّضح تشخيص إضطراب النموّ الجنسيّ خلال الفحوص الجسمانيّة الأساسيّة والتدقيق في تاريخ الفرد - وهما جزءٌ من أيّ تقييم طبّي لتحديد الأهليّة لتلقّي العلاج الهرمونيّ أو التغيير الجراحيّ لمعالجة الإضطراب في النموّ الجنسيّ. وينبغي بمختصّي/ات الصّحّة النفسيّة الطلب إلى زبائنهم/نّ من ذوي/ات الإرتباك الجندريّ الخضوع للفحص الطبّي الجسمانيّ، لاسيّما في حال عدم متابعة حالتهم/نّ من قبل أيّ مقدّم/ةٍ لخدمات الرعاية الصحيّة العامّة أو مختصّ/ةٍ آخر/أخرى في الرعاية الصحيّة.

إنّ معظم الأشخاص من ذوي/ات إضطراب النموّ الجنسيّ والمولودين/ات بأعضاء تناسليّةٍ ملتبسةٍ لا يُطوّرون حالة إرتباكٍ جندريٍّ (Meyer-Bahlburg et al.، e.g.، ٢٠٠٤؛ Wisniewski et al.، ٢٠٠٤). لكنّ بعضهم/نّ قد يطوّر حالةً من الإرتباك الجندريّ المزمن، أو قد يقدم على تغيير الجنس المحدّد له/ا عند الولادة و/أو الدور الجندريّ (Meyer-Bahlburg، ٢٠٠٥؛ Wilson، ١٩٩٩؛ Zucker، ١٩٩٩). وفي حال وجود مؤشّراتٍ قويّةٍ ومستديمةٍ على وجود إرتباكٍ جندريٍّ، لا بدّ من إجراء تقييم شاملٍ لدى المختصّين/ات المتمرّسين/ات في تقييم الإرتباك الجندريّ ومعالجته، بغضّ النظر عن سنّ الفرد. وسبق أن نُشِرَت توصياتٌ مفصّلةٌ لإجراء هذا التقييم وصنع القرارات المتعلّقة بمعالجة الإرتباك الجندريّ في سياق إضطراب النموّ الجنسيّ (Meyer-Bahlburg، ٢٠١١). ويمكن إتّخاذ خطواتٍ في الإتّجاه الصحيح لتغيير الجنس المُحدّد للفرد عند الولادة أو دوره/ا الجندريّ، فقط بعد إجراء تقييمٍ معمّقٍ.

ويمكن للمختصّين/ات ممّن يساعدون الأفراد في خيارات العلاج للتخفيف من الإرتباك الجندريّ، الإستفادة من المعلومات المكتسَبة من تقديم الرعاية للأفراد ممّن لا يعانون من إضطراب النموّ الجنسيّ (Cohen-Kettenis، ٢٠١٠). لكن في العادة، لا تُطبّق بعض معايير العلاج الروتينيّة (مثل العمر ومدّة العيش وفق الدور الجندريّ المرغوب به) في حالات الأشخاص من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ، بل تُراجَع المعايير في ضوء الحالة الخاصّة للفرد (Meyer-Bahlburg، في طور النشر). وفي سياق إضطراب النموّ الجنسيّ، من الممكن أن تُدخَل تغييراتٌ على الجنس المحدّد عند الولادة وعلى الدور الجندريّ في مراحل عمريّةٍ تتراوح بين سنّ الدراسة الإبتدائيّة المبكرة وسنّ الرشد المتوسّطة. كما يمكن إجراء جراحة الأعضاء التناسليّة لهؤلاء الأفراد في عمرٍ أكثر إبكارًا من الأشخاص المربكين/ات جندريًّا بلا إضطرابٍ في النموّ الجنسيّ، إذا كانت الجراحة معلّلةً جيّدًا من خلال التشخيص، والتنبّؤ المدعوم بالأدلّة في الهويّة الجندريّة بحسب المتلازمة المُعطاة وحدّتها، بالإضافة إلى تمنيّات الفرد.

إنّ أحد أسباب هذه الإختلافات في العلاج هو أنّ الجراحة التناسليّة للأشخاص من ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ هي أمرٌ شائعٌ في مرحلة الطفولة والمراهقة. وقد يكون العقم أمرًا واقعًا في الأساس، بسبب إمّا الفشل المبكر في الغدد التناسليّة، أو إستئصال تلك الغدد بسبب وجود خطر تطوّر أورام خبيثة. مع ذلك، يُنصَح الأشخاص من ذوي/ات إضطراب النموّ الجنسيّ بالإقدام على تحوّلٍ إجتماعيّ كاملٍ إلى دورٍ جندريٍّ آخر فقط في حال وجود تاريخٍ طويلٍ من السلوك الجندريّ اللانمطيّ، إرتباكٍ جندريٍّ قويٍّ ومستدام، و/أو رغبةٍ طويلة الأمد بتغيير الدور الإجتماعيّ. ويُقترح الدليل التشخيصيّ والإحصائيّ - ٥ تطبيق تشخيص الإرتباك الجندريّ بعد مرور فترة ستّة أشهرٍ من إظهار العوارض الكاملة (Meyer-Bahlburg، في طور النشر).

موارد إضافيّة

غالبًا، تكون التواريخ الطبيّة المتعلّقة بمسائل الجندر لدى الأشخاص من ذوي/ات إضطراب النموّ الجنسيّ معقّدة. وقد تتضمّن تشكيلةً كبيرةً من الخصائص الجينيّة والجسمانيّة والغدديّة اللانمطيّة، بالإضافة إلى العلاجات الهرمونيّة والجراحيّة والطبيّة المتنوّعة. لهذا السبب، لا بدّ من الأخذ بالإعتبار مسائل إضافيّةً كثيرةً في تقديم الرعاية الطبيّة والنفسيّة-الإجتماعيّة لهؤلاء الأفراد، بغضّ النظر عن وجود إرتباكٍ جندريٍّ، لكنّ التطرّق إلى هذه الإعتبارات يتجاوز المجال المُتاح في معايير الرعاية. يُمكن للقارئ/ة المهتمّ/ة مراجعة المنشورات المتوفّرة حول ذلك (Cohen-Kettenis & Pfäfflin، ٢٠٠٣؛ Meyer-Bahlburg، ٢٠٠٢، ٢٠٠٨). كذلك، تجد بعض العائلات والأفراد إفادةً في إستشارة مجموعات الدّعم المجتمعيّ أو العمل معها.

توجد منشوراتٌ طبيّةٌ وافرةٌ تتناول الإدارة الطبّية للأفراد من ذوي/ات إضطراب النموّ الجنسيّ، معظمها صادرٌ عن مختصّين/ات رفيعي/ات المستوى في طبّ الغدد الصمّاء والجهاز البوليّ وطبّ الأطفال، بإستشارةٍ من مختصّي/ات الصحّة النفسيّة المتخصّصين/ات في مجال الجندر. وتطرّقت مؤتمرات الإجماع الدولي الأخيرة إلى مبادئ توجيهيّةٍ مستندةٍ إلى الأدلّة لتقديم الرعاية (بما في ذلك مسائل الجندر وجراحات الأعضاء التناسليّة) في حالات إضطراب النموّ الجنسيّ بشكلٍ عامٍّ (Hughes et al.، ٢٠٠٦)، وفرط التنسّج الكُظريّ الخلقيّ بشكلٍ خاصّ (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al.، ٢٠٠٢؛ Speiser et al.، ٢٠١٠). أما الباحثون/ات الآخرون فتناولوا حاجات البحث المتعلّقة بالأفراد ذوي/ات الإضطراب في النموّ الجنسيّ عامّةً (Meyer-Bahlburg & Blizzard، ٢٠٠٤)، وبمتلازماتٍ معيّنةٍ مثل ٤٦،XXY (Simpson et al.، ٢٠٠٣).

المراجع

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022–006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. Obstetrics & Gynecology, 106(5), 139–140.

Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html

American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from www.asha.org

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. American Psychologist, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. European Journal of Endocrinology, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10–1038

Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. Human Reproduction, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474

Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600–0447.1993.tb03364.x

Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. Clinical Endocrinology, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365–2265.1993.tb01013.x

Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1(1), 45–51.

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

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

Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history (pp. 285–328). New York: 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 5α-reductase-2 deficiency and 17β-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 psychothérapie. Tìjdschrift 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., & Jaberi, 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 Phoniatrica Et Logopaedica, 52(5), 220–227.

De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. Archives of Sexual Behavior, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508–005–7926–5

De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. European Psychiatry, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. International Journal of Transgenderism, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781

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/ezines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo-06no03_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., & Dore-

leijers, 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 Transgen-

der 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., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. Journal of Voice. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013

Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. Clinics in Plastic Surgery, 1(2), 335–344.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with 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

Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. British Journal of Psychiatry, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181

Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/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 subluxation in 21 male-to-female transsexuals. The Laryngoscope, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammaplasty 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., Lümmen, G., & Rübben, 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., Hiltebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

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/;.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: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 noncomformity 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 /ezines/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 posttransexual 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-psychopathologisation 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., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7(3), 398–411.

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

الملحق أ: مسرد المصطلحات

تتطوّر على نحو سريع المصطلحاتُ في مجال الرعاية الصحيّة للمتحوّلين/ات جندريًّا وجنسيًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا؛ فتدخلُ مصطلحاتٌ جديدةٌ، وتتبدّل تعريفات المصطلحات الموجودة. بالتالي، غالبًا ما يحدث سوء فهم، أو نقاشٌ، أو خلافٌ بشأن اللغة في هذا المجال. وبغرض توضيح هذه الوثيقة حصرًا، ترد أدناه تعريفاتُ مصطلحات معًايير الرعاية التي قد تكون غير مألوفة أو ذات معانٍ محدّدة. ومن الممكن أن تتبنّى جهاتٌ أخرى هذه التعريفات، لكنّ «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» تدرك إمكانيّة تعريف تلك المصطلحات بشكلٍ مختلفٍ في الثقافات والمجتمعات والسياقات المختلفة.

تدرك «الرابطة» أنّ كثيرًا من المصطلحات المستخدَمة المتعلّقة بهذه الفئة السكانيّة ليست مثاليّةً. على سبيل المثال، إنّ مصطلحات مثل متحوّل/ة جنسيًّا ومرتدي/ة ثياب الجنس الآخر (transvestite) - وحتّى مصطلح متحوّل/ة جندريًّا الأكثر حداثةً - يمكن أن تُطبّق على الأشخاص بأسلوبٍ تسليعيّ. لكن، من جهةٍ أخرى، يتبنّى هذه المصطلحات كثيرٌ من الأشخاص ممّن يجتهدون بأفضل السبل الممكنة ليفهمهم/نّ الآخرون. ومن خلال مواصلة إستخدام هذه المصطلحات، تهدف «الرابطة» إلى جعل هذه المفاهيم والإجراءات مفهومةً وواضحةً، من أجل تسهيل تقديم الرعاية الصحيّة النوعيّة للمتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا. وتبقى «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» منفتحةً على أيّ مصطلحاتٍ جديدةٍ تساهم في الإضاءة أكثر على تجارب أعضاء هذه الفئة المتنوّعة، وتقود إلى تحسيناتٍ في تقديم الرعاية الصحيّة لهم/نّ.

الهرمونات المُتطابقة بيولوجيًّا (bioidentical hormones): هي هرموناتٌ متطابقةٌ بنيويًّا مع الهرمونات الموجودة في الجسم البشريّ (ACOG Committee of Gynecologic Practice، ٢٠٠٥). تُستخرَج الهرمونات المُستخدَمة في العلاج الهرمونيّ المُتطابق بيولوجيًّا من المصادر النباتيّة، وهي مشابهةٌ بنيويًّا للهرمونات البشريّة الداخليّة، لكنّها تحتاج إلى المعالجة التجاريّة لتغدو متطابقةً بيولوجيًّا.

العلاج الهرمونيّ المركّب المُتطابق بيولوجيًّا (BCHT): هو إستخدام الهرمونات المُعدّة، والممزوجة، والمُجمّعة، والمُوضّبة أو المصنّفة كدواءٍ من قبل الصيدلي/ة، والمُجهّزة بحسب الطلب لفردٍ معيّن/ة وفقًا لتوجيهات الطّبيب/ة. ومن غير المُتاح الحصول على مصادقة وكالة الدواء الحكوميّة على كلّ منتجٍ مركّبٍ يُعدّ لكلّ مستهلك/ة.

إرتداء ثياب الجنس الآخر (crossdressing/ transvestism): يعني إرتداء الملابس وتبنّي الدور الجندريّ الذي يرتبط نمطيًّا بالجنس الآخر في ثقافةٍ معيّنة.

إضطرابات النموّ الجنسيّ (disorders of sex development): هي حالاتٌ خلقيّةٌ يتّسم باللانمطيّة فيها النموّ الكروموزوميّ، الغدد التناسليّة، أو الجنس التشريحيّ. يعترض بعض الأشخاص بشدّةٍ على تسمية «إضطراب»، ويرون في هذه الحالات مسألة تنوّعٍ (Diamond، ٢٠٠٩)، مفضّلين/ات إستخدام مصطلحَيّ ثنائيّ/ة الجنس (intersex) والثنائيّة الجنسيّة (intersexuality).

متحوّل من أنثى إلى ذكر (FtM): هي سمةٌ تُستخدَم لوصف الأفراد المُعرّفين كإناثٍ عند الولادة والذين أجروا أو هم في طور إجراء تغييراتٍ جسديّةٍ و/أو تغييراتٍ في الدور الجندريّ المحدّد لهم عند الولادة إلى جسدٍ أو دورٍ أكثر ذكورة.

الإرتباك الجندريّ (gender dysphoria): هو الضّيق الناتج عن التباين بين الهويّة الجندريّة للفرد والجنس المُحدّد له/ا عند الولادة (والدور الجندريّ و/أو الخصائص الجنسيّة الأوّلية والثانويّة المرتبطة بذلك) (Fisk، ١٩٧٤؛ Knudson، De Cuypere، & Bockting، ٢٠١٠b).

الهويّة الجندريّة (gender identity): هي الحسّ الباطنيّ لدى الفرد بكونه ذكرًا (فتًى أو رجلًا)، أو أنثى (فتاةً أو إمرأةً)، أو أيّ جندرٍ بديلٍ (مثل فتى-فتاة، فتاة-فتى، متحوّل/ة جندريًّا، كويريّ/ة الجندر، مخصيّ Bockting) (eunuch، ١٩٩٩؛ Stoller، ١٩٦٤).

إضطراب الهويّة الجندريّة (gender identity disorder): هو التشخيص الرسميّ الوارد في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصيّ والإحصائيّ للإضطرابات النفسيّة (American Psychiatric Association) (DSM IV-TR، ٢٠٠٠). ويتّسم إضطراب الهويّة الجندريّة بتماهٍ قويٍّ ومستديم مع الجندر الآخر، وإنزعاجٍ متواصلٍ لدى الفرد من جنسه/ا، أو حسٍّ بعدم تلاؤم الدور الجندريّ المُرتبط بذلك الجنس، ما يتسبّب بضيقٍ أو إعتلالٍ بارزٍ عياديًّا في المجالات الإجتماعيّة والمهنيّة وغيرها من مجالات الحياة الهامّة.

غير ممتثل/ة جندريًّا (gender nonconforming): هي سمةٌ تُستخدَم لوصف الأفراد ممّن تختلف لديهم/نّ الهويّة الجندريّة أو الدور أو التعبير الجندريّ عن معايير الجنس المُحدّد لهم/نّ، في ثقافةٍ وفترةٍ زمنيّةٍ معيّنتَين.

الدور أو التعبير الجندريّ (gender role or expression): هي سمات الشخصيّة والمظهر والسّلوك التي تُصنّف في ثقافةٍ وفترةٍ زمنيّةٍ معيّنتَين ذكريّةً أو أنثويّةً (أي أكثر مطابقةً للدور الإجتماعيّ الذكريّ أو الأنثويّ) (Ruble، Martin ، & Berenbaum، ٢٠٠٦). وبينما يتصرّف غالبيّة الأفراد بوضوح وفق الأدوار الأنثويّة أو الذكريّة على الصعيد الإجتماعيّ، يتصرّف بعض الأشخاص وفق دورٍ جندريّ بديلٍ مثل كويريّ/ة الجَندر، أو المتحوّل/ة جندريًّا تحديدًا. ويميل معظم الناس إلى دمج الخصائص الأنثويّة والذكريّة في تعبيرهم/نّ الجندريّ بطرقٍ متنوّعةٍ وبدرجاتٍ مختلفة (Bockting، ٢٠٠٨).

كويريّ/ة الجندر (genderqueer): هي سمة هويّةٍ يمكن إستخدامها من قبل الأفراد ممّن لا تمتثل هويّتهم/نّ و/أو دورهم/نّ الجندريّ للفهم الثنائيّ للجندر بصفته محدودًا بفئتَي الرجل والمرأة، أو الذكر والأنثى (Bockting، ٢٠٠٨).

رهاب التحوّل الجندريّ/الجنسيّ المُستبطَن (internalized transphobia): هو شعور المرء بعدم الإرتياح تجاه مشاعر أو هويّة التحوّل الجندريّ لديه/ا، نتيجةً لإستبطان التوقّعات الجندريّة المعياريّة في المجتمع.

متحوّلة من ذكرٍ إلى أنثى (MtF): هي سمةٌ تُستخدَم لوصف الأفراد المُعرّفات كذكورٍ عند الولادة، واللواتي أجرَين أو هنّ في طور إجراء تغييراتٍ جسديّةٍ و/أو تغييراتٍ في الدور الجندريّ المحدّد لهنّ عند الولادة كذكورٍ، إلى جسدٍ أو دورٍ أكثر أنوثة.

الهرمونات الطبيعيّة (natural hormones): هي الهرمونات المُستخرَجة من مصادر طبيعيّةٍ كالنبات والحيوان. ويمكن للهرمونات الطبيعيّة أن تكون أو ألّا تكون مُتطابقةً بيولوجيًّا.

الجنس (sex): هو الجنس المُحدّد عند الولادة كأنثى أو كذكر، ويستند في العادة إلى مظهر الأعضاء التناسليّة الخارجيّة. في الحالات التي يكون فيها مظهر الأعضاء التناسليّة الخارجيَّة ملتبسًا، يتمّ الإعتماد على المكوّنات الأخرى للجنس (مثل الأعضاء التناسليّة الداخليّة، والجنس الكروموزوميّ والهرمونيّ) بغرض تحديد جنس المولود/ة (Grumbach، Hughes، & Conte، ٢٠٠٣؛ MacLaughlin & Donahoe، ٢٠٠٤؛ Money & Ehrhardt، ١٩٧٢؛ Vilain، ٢٠٠٠). لدى معظم الأشخاص، تتطابق الهويّة

أو التعبير الجندريّ مع الجنس المُحدّد لهم/نّ عند الولادة؛ أما لدى المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا، فتختلف الهويّة أو التعبير الجندريّ عن الجنس المُحدّد للفرد عند الولادة.

جراحة تثبيت الجندر (جراحة توكيد الجندر): هي الجراحة الهادفة إلى تغيير الخصائص الجنسيّة الأوّلية و/أو الثانويّة من أجل توكيد الهويّة الجندريّة للفرد. ويمكن لجراحة تثبيت الجندر أن تكون جزءًا هامًّا من العلاج الضروريّ طبيًّا من أجل التخفيف من الإرتباك الجندريّ.

متحوّل/ة جندريًّا (transgender): هي سمةٌ تُستخدَم لوصف مجموعةٍ متنوّعةٍ من الأفراد ممّن يتجاوزون فئات الجندر المُعرّفة ثقافيًّا. وتختلف الهويّة الجندريّة للمتحوّلين/ات جندريًّا بدرجاتٍ مفاوتةٍ عن الجنس المُحدّد لهم/نّ عند الولادة (Bockting، ١٩٩٩).

التحوّل (transition): هي الفترة الزمنيّة التي يقدم فيها الأفراد على تغيير الدور الجندريّ المُرتبط بالجنس المُحدّد لهم/نّ عند الولادة إلى دورٍ جندريٍّ مختلف. بالنسبة إلى كثيرٍ من الأشخاص، تتضمّن هذه العمليّة تعلّم العيش إجتماعيًّا وفق دورٍ جندريٍّ آخر؛ أما بالنسبة إلى آخرين فقد يعني الأمر إيجاد الدور والتعبير الجندريّ الأكثر راحةً لهم/نّ. ومن الممكن أنً يتضمّن التحوّل أو ألّا يتضمّن تذكير أو تأنيث الجسد من خلال الهرمونات أو غيرها من الإجراءات الطبّية. وتتباين طبيعة التحوّل ومدّته نظرًا لكونه عمليّةً تتّسم بالتفريد.

متحوّل/ة جنسيًّا (transsexual): هي سمةٌ (تُطبّق غالبًا طبيًّا) لوصف الأفراد ممّن يسعون لتغيير الخصائص الجنسيّة الأوّلية و/أو الثانويّة من خلال التغييرات الطبيّة التأنيثيّة أو التذكيريّة (الهرمونات و/أو الجراحة)، أو سبق لهم/نّ الإقدام على هذه التغييرات. في العادة، يرتبط التحوّل الجنسيّ بتغييرٍ دائمٍ للدور الجندريّ.

الملحق ب: موجز المخاطر الطبّية الناجمة عن العلاج الهرمونيّ

تستند المخاطر الواردة أدناه إلى مراجعتَين أدبيّتَين شاملتَين مبنيّتَين على الأدلّة عن العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ (Feldman & Safer، ٢٠٠٩؛ Hembree et al.، ٢٠٠٩)، بالإضافة إلى مراجعة دراسة جماعيّة واسعة النطاق (Asscheman et al.، ٢٠١١). وتمثّل هذه المراجعات مصادر مفصّلةً لمُقدِّمي/ات الخدمات، معطوفةً على غيرها من المواد الإكلينيكيّة المنشورة والمُستخدَمة على نحوٍ واسعٍ (Dahl et al.، ٢٠٠٦؛ Ettner et al.، ٢٠٠٧).

مخاطر الهرمون التأنيثيّ (للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ)

أرجحيّة تزايد الخطر:

مرض الإنصمام الخُثاريّ الوريديّ

- يزيد إستخدام الإستروجين من خطر وقوع حوادث الإنصمام الخثاريّ الوريديّ، لاسيّما لدى من هنّ فوق سنّ الأربعين، والمدخّنات، والمكثِرات من الجلوس، وذوات الوزن الزائد، ومن يعانين من إضطراباتٍ خثاريّةٍ كامنة.
- يزداد الخطر مع الإستخدام الإضافيّ لبروجستينات الجيل الثالث.
- يتضاءل الخطر مع إستخدام الإستراديول عن طريق الجلد (بدلًا من الطريق الفمويّ)، وهو الموصى به للمتحوّلات الأكثر تعرّضًا لخطر الإنصمام الخثاريّ الوريديّ.

الأمراض القلبيّة والدماغيّة الوعائيّة

- يزيد إستخدام الإستروجين من خطر وقوع أزماتٍ قلبيّةٍ وعائيّةٍ لدى من هنّ فوق سنّ الخمسين، ويعانين من عوامل خطرٍ قلبيّةٍ وعائيّةٍ كامنة. ويمكن للإستخدام الإضافيّ للبروجستين أن يزيد من هذا الخطر.

الشحوم

- يمكن للإستخدام الإستروجين الفمويّ أن يرفع نسبة الشّحوم الثلاثيّة (triglycerides) لدى النساء المتحوّلات بشكلٍ بارزٍ، ما يزيد من خطر وقوع أزماتٍ قلبيّةٍ وعائيّةٍ وإلتهاب البنكرياس.
- للطّرق المختلفة في إستخدام الهرمون آثارٌ أيضيّةٌ مختلفةٌ لجهة مستويات كوليسترول البروتين الشحميّ مرتفع الكثافة (HDL)، وكوليسترول البروتين الشحميّ منخفض الكثافة (LDL).
- بشكلٍ عامٍّ، تشير الأدلّة العياديّة إلى أنّ النساء المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ ممّن لديهنّ في الأساس إضطرابات شحميّةٌ، قد ينتفعن من إستخدام الإستروجين عن طريق الجلد بدلًا من الإستروجين الفمويّ.

الكبِد/المرارَة

•قد يرتبط إستخدام الإستروجين والسَيبْرُوتيرُون أسيتات بإرتفاع نسبة الأنزيم الكبديّ العابر، وفي حالاتٍ نادرةٍ، بتسمّم الكبِد العياديّ.
•يزيد إستخدام الإستروجين من خطر التحصّي الصفراويّ (حصاة المرارة)، وبالتالي من إمكانيّة إجراء جراحة إستئصال المرارة.

إحتمال تزايد الخطر:

داء السكّري النوع ٢

•يمكن للعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ ولاسيّما الإستروجين، زيادة خطر الإصابة بداء السكّري من النوع ٢، تحديدًا لدى المتحوّلات ممّن لهنّ تاريخٌ أسريٌّ من الإصابة بداء السكّري أو عوامل الخطر الأخرى المرتبطة بهذا الداء.

إرتفاع ضغط الدم

•يمكن للإستخدام الإستروجين زيادة ضغط الدم، لكن من غير المعروف أثر ذلك في إمكانيّة حدوث إرتفاعٍ واضحٍ في ضغط الدم.
•يخفّض السبيرونولاكتون من ضغط الدم، ويوصى به للمتحوّلات الراغبات بتلقّي العلاج التأنيثيّ والمعرّضات لخطر إرتفاع ضغط الدم.

الورم البرولاكتينيّ

•يزيد إستخدام الإستروجين من خطر حدوث فرط برولاكتين الدم لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ خلال العام الأوّل من العلاج، لكنّ هذا الخطر يغدو مستبعدًا بعد ذلك.
•من الممكن أن يؤدّي إستخدام الجرعات الكبيرة من الإستروجين إلى ظهورٍ عياديٍّ للورم البرولاكتينيّ الموجود سابقًا إنّما غير الظّاهر عياديًّا.

معلوماتٌ غير قاطعة أو عدم وجود خطر متزايد:

تتضمّن البنود الواردة في هذه الفئة العواملَ التيً قد تشكّل خطرًا، ولكن تتوفّر بشأنها أدلّةٌ محدودةٌ جدًا، بحيث يتعذّر التوصّل إلى نتيجةٍ قاطعة.

سرطان الثّدي

•تختبر المتحوّلات من ذكور إلى إناث ممّن يتناولن الهرمونات التأنيثيّة سرطانَ الثّدي، لكن من غير المعروف كيفيّة مقارنة درجة الخطر لديهنّ بدرجة الخطر لدى المولودات بأعضاء تناسليّة أنثويّة.
•يرجّح تأثير عوامل عدّة في درجة خطر الإصابة بسرطان الثّدي، مثل طول مدّة التعرّض للهرمون التأنيثيّ (أي عدد سنوات تناول مستحضَرات الإستروجين)، والتاريخ الأسريّ في الإصابة بسرطان الثّدي، والوزن الزائد (مؤشّر كتلة الجسم يفوق ٣٥)، وإستخدام البروجستينات.

الآثار الجانبيّة الأخرى للعلاج التأنيثيّ

تُعتبر الآثار التالية طفيفةً أو حتّى مرغوبًا بها، بحسب الفرد، لكن من الواضح أنّها ترتبط بالعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ.

الخصوبة والوظائف الجنسيّة

•قد يتسبّب العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ بإعطاب الخصوبة.
•قد يتسبّب العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ بتراجع الرغبة الجنسيّة.
•يقلّص العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ من الإنتصابات الليليّة، مع تأثيرٍ متفاوتٍ في الإنتصابات المُستثارة جنسيًّا.

مخاطر الأدوية المضادّة للأندروجين

غالبًا ما تتضمّن الحِميات الهرمونيّة التأنيثيّة وسائط متنوّعةً تؤثّر في إنتاج أو فاعليّة التستوستيرون. وتضمّ هذه الوسائط نواهض الهرمون المحرّر لموجّهات القند (GnRH agonists)، والبروجستينات (بما فيها السَيبْرُوتيرُون أسيتات)، والسبيرونولاكتون ومثبّطات مُختزلة ٥-ألفا. إنّ مناقشة المخاطر المحدّدة لهذه الوسائط تتجاوز المجال المُتاح في معايير الرعاية، لكنّ السبيرونولاكتون والسَيبْرُوتيرُون أسيتات يُستخدمان بشكلٍ واسعٍ، لذا يستحقّ الأمر تعليقًا.

السَيبْرُوتيرُون أسيتات هو مركّبٌ بروجستينيّ ذو خصائص مضادّة للأندروجين (Gooren، ٢٠٠٥؛ Levy et al.، ٢٠٠٣). وعلى الرغم من إنتشار إستخدامه في أوروبا، لم يحظَ هذا المستحضَر بعد بالمصادقة في الولايات المتّحدة الأميركيّة نظرًا لمخاوف تتعلّق بإمكانيّة حدوث تسمّم في الكبد (Hidalgo & Revuelta، Salgueiro، Manso، Thole، ٢٠٠٤). أما السبيرونولاكتون فيُستخدَم في العادة في العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ كمضادٍ للأندروجين، لاسيّما في المناطق التي لا يحظى فيها السَيبْرُوتيرُون أسيتات بالمصادقة (Dahl et al.، ٢٠٠٦؛ Moore et al.، ٢٠٠٣؛ Tangpricha et al.، ٢٠٠٣). وللسبيرونولاكتون تاريخٌ طويلٌ من الإستخدام في معالجة إرتفاع ضغط الدم وفشل القلب الإحتقانيّ، لكنّ آثاره الجانبيّة الشّائعة تتضمّن فرط بوتاسيوم الدم، والدوار، والعوارض المَعِديّة المِعَويّة (Physicians› Desk Reference، ٢٠٠٧).

مخاطر العلاج الهرمونيّ التذكيريّ (للمتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ)

أرجحيّة تزايد الخطر:

فرط الكريات الحُمر

•العلاج الهرمونيّ التذكيريّ المتضمّن التستوستيرون أو غيره من المنشّطات الأندروجينيّة، يزيد من خطر فرط الكريّات الحمر (الهيماتوكريت يفوق ٥٠٪)، لاسيّما لدى الأفراد ممّن لديهم عوامل خطرٍ أخرى.
•إنّ إستخدام الهرمون عن طريق الجلد وملاءمة الجرعات قد يقلّصان من هذا الخطر.

زيادة الوزن/الدهون الحشَويّة

•قد تنتج عن العلاج الهرمونيّ التذكيريّ زيادةٌ بسيطةٌ في الوزن مع إرتفاعٍ في نسبة الدهون الحشَويّة.

إحتمال تزايد الخطر:

الشحوم

•يخفّض علاج التستوستيرون من الشحوم مرتفعة الكثافة (HDL)، ويؤثّر بشكلٍ متفاوتٍ في الشحوم منخفضة الكثافة (LDL) وفي الشحوم الثلاثيّة.
•قد يؤدّي إرتفاع نسبة التستوستيرون في الدم (بما يفوق المستويات الطبيعيّة) إلى مفاقمة الخصائص الشحميّة، وهو ما يحدث غالبًا نتيجة تناول الجرعات عبر الحقن العضليّ على فتراتٍ طويلةٍ. أما الإستخدام عبر الجلد فيبدو أكثر حيادًا لجهة التأثير في الشحوم.
•قد يزيد علاج التستوستيرون من خطر تفاقم إضطراب شحوم الدم (dyslipidemia) لدى الأفراد ممّن يعانون من ذلك الإضطراب، أو من متلازمة المبيض متعدّد الكيسات.

الكبِد

•قد يحدث إرتفاعٌ في الأنزيمات الكبديّة العابرة نتيجة علاج التستوستيرون.
•سُجّلَت إختلالاتٌ وظيفيّةٌ وأورامٌ خبيثةٌ في الكبد نتيجة التناول الفمويّ للميثيل تستوستيرون (methyltestosterone). لكنّ الميثيل تستوستيرون لم يعد متوفّرًا في معظم الدول، ولا يجب إستخدامه بعد الآن.

المسائل النفسيّة

قد يزيد العلاج التذكيريّ الذي يتضمّن التستوستيرون وغيره من المنشّطات الأندروجينيّة خطر العوارض الهوسيّة والذهانيّة لدى الأفراد الذين يعانون من إضطرابات نفسيّةٍ كامنةٍ تضمّ تلك العوارض. ويبدو أنّ هذا الأثر السلبيّ مرتبطٌ بتناول جرعاتٍ كبيرةٍ أو بإرتفاع نسبة التستوستيرون في الدم بما يفوق المستويات الطبيعيّة.

معلوماتٌ غير قاطعةٍ أو عدم وجود خطرٍ متزايدٍ:

تتضمّن البنود الواردة في هذه الفئة العواملَ التي قد تشكّل خطرًا، ولكن تتوفّر بشأنها أدلّةٌ محدودةٌ جدًا، بحيث يتعذّر التوصّل إلى نتيجةٍ قاطعة.

ترقّق العظام

•يحافظ علاج التستوستيرون على الكثافة المعدنيّة للعظام أو يزيد منها لدى الأفراد المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ قبل خضوعهم لجراحة إستئصال المبيضَين، على الأقلّ خلال السنوات الثلاث الأولى من العلاج.
•بعد إجراء جراحة إستئصال المبيضَين، يبرز خطرٌ متزايدٌ لجهة خسارة كثافة العظام، لاسيّما في حال إنقطاع علاج التستوستيرون أو قصوره. يطال ذلك الأفراد ممّن يستخدمون التستوستيرون الفمويّ حصرًا.

الأمراض القلبيّة الوعائيّة

•لا يبدو أنّ العلاج الهرمونيّ التذكيريّ الذي يحتوي على جرعاتٍ طبيعيّة المستوى يزيد من خطر الحوادث القلبيّة الوعائيّة لدى الأفراد الأصحّاء.
•قد يزيد العلاج الهرمونيّ التذكيريّ من خطر الأمراض القلبيّة الوعائيّة لدى الأفراد الذين يعانون من عوامل خطرٍ كامنة.

إرتفاع ضغط الدم

•قد يزيد العلاج الهرمونيّ التذكيريّ الذي يحتوي على جرعاتٍ طبيعيّة المستوى ضغط الدم، لكن لا يبدو أنّه يزيد خطر الإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم.
•إنّ الأفراد من ذوي عوامل خطر الإصابة بإرتفاع ضغط الدم، مثل الوزن الزائد، والتاريخ المرَضيّ للأسرة، ومتلازمة المبيض متعدّد الكيسات، هم أكثر عرضةً للإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم.

داء السكّري النوع ٢

•لا يبدو أنّ علاج التستوستيرون يزيد خطر الإصابة بداء السكّري النوع ٢ لدى المتحوّلين بشكلٍ عامٍّ، إلا في حال وجود عوامل خطرٍ أخرى.
•قد يزيد علاج التستوستيرون خطر الإصابة بداء السكّري النوع ٢ لدى الأفراد من ذوي عوامل الخطر الأخرى، مثل الزيادة المفرطة في الوزن، والتاريخ المرَضيّ للأسرة، ومتلازمة المبيض متعدّد الكيسات. ولا تتوفّر أيّ معلوماتٍ تظهر أو تشير إلى إرتفاع خطر الإصابة بداء السكّري لدى الأفراد من ذوي عوامل الخطر المتعلّقة بإضطراب شحوم الدم.

سرطان الثّدي

•لا يزيد علاج التستوستيرون خطر الإصابة بسرطان الثّدي لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكور.

سرطان عنق الرحم

•لا يزيد علاج التستوستيرون خطر الإصابة بسرطان عنق الرحم لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، لكنّه قد يؤثّر بشكلٍ طفيفٍ في طبيعة إختبارات كشف سرطان عنق الرحم نتيجة التغيّرات الضموريّة في المهبل.

سرطان المبيض

•كما في حال النساء المولودات بأعضاء تناسليّةٍ أنثويّةٍ وبمستوياتٍ مرتفعةٍ من الأندروجين، قد يزيد علاج التستوستيرون لدى المتحوّلين خطر الإصابة بسرطان المبيض، لكن الأدلّة على ذلك تبقى محدودة.

سرطان بطانة الرحم

•قد يزيد علاج التستوستيرون لدى المتحوّلين خطر الإصابة بسرطان بطانة الرحم، لكن الأدلّة على ذلك تبقى محدودة.

الآثار الجانبيّة الأخرى للعلاج التذكيريّ

تُعتبر الآثار التالية طفيفةً أو حتّى مرغوبًا بها، بحسب الفرد، لكن من الواضح أنّها ترتبط بالعلاج الهرمونيّ التذكيريّ.

الخصوبة والوظائف الجنسيّة

•يقلّص علاج التستوستيرون خصوبة الأفراد المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، من دون أن تُعرَف حتى الآن درجة ذلك وقابليّة عكسه.

•قد يؤدّي علاج التستوستيرون إلى تغيّراتٍ تشريحيّةٍ دائمةٍ لدى الجنين في طور التشكّل.

•يؤدّي علاج التستوستيرون إلى تضخّم البظر وزيادة الرغبة الجنسيّة.

حبّ الشباب والجلْح الذكريّ

•إنّ حبّ الشباب والدرجات المتفاوتة من تساقط الشعر وفق النمط الذكريّ (الجلْح) تُعدّ آثارًا جانبيّةً شائعةً للعلاج الهرمونيّ التذكيريّ.

الملحق ج: موجز معايير العلاج الهرمونيّ والجراحات

كما في النّسخ السّابقة كلّها من معايير الرعاية، المعايير المطروحة في هذه الوثيقة للعلاج الهرمونيّ والعلاجات الجراحيّة للإرتباك الجندريّ هي مبادئ توجيهيّةٌ عياديّةٌ، أيّ بمستطاع مختصّي/ات الصحّة والبرامج الصحيّة تعديلها. ويمكن الخروج عن هذه المعايير عياديًّا في حال وجود وضع تشريحيٍّ أو إجتماعيٍّ أو نفسيٍّ إستثنائيٍّ لدى الفرد؛ أو طريقةٍ متطوّرةٍ لدى أحد المختصّين/ات من ذوي/ات الخبرة في التّعامل مع وضع شائع؛ أو وجود بروتوكولٍ بحثيٍّ؛ أو نقصٍ في الموارد في مناطق مختلفةٍ من العالم؛ أو حاجةٍ إلى استراتيجيّاتٍ معيّنةٍ للحدّ من الضّرر. ويجب تصنيف هذه الحالات كإستثناءاتٍ خارجةٍ عن المعايير المعتادة، وشرحها للفرد، ومن ثمّ توثيقها من خلال الموافقة المستنيرة من أجل تحقيق الرعاية ذات الجودة والحماية القانونيّة للفرد. ويُعدّ هذا التوثيق أمرًا قيّمًا في مراكمة المعلومات الجديدة التي يمكن التدقيق فيها رجعيًّا، بهدف تطوير الرعاية الصحيّة ومعاييرها.

معايير العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ (إحالةٌ واحدةٌ أو مخطّطٌ توثيقيٌّ للتقييم النفسيّ-الإجتماعيّ)

١. وجود إرتباك جندريّ موثّقٍ ومستمرّ؛
٢. القدرة على صنع القرار المبنيّ على المعرفة الكاملة ومنح الموافقة المستنيرة لمباشرة العلاج؛
٣. بلوغ سنّ الرشد في البلد المعنيّ (في حال كان الفرد دون سنّ الرشد، راجع/ي معايير الرعاية في القسم السادس)؛
٤. في حال وجود مشكلاتٍ طبيّةٍ أو نفسيّةٍ بارزةٍ، تجب معالجتها بالشكل الصحيح.

معايير جراحة الثّديَين/الصدر (إحالة واحدة)

معايير جراحة إستئصال الثّديَين وتشكيل صدرٍ ذكريٍّ لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ:

١. وجود إرتباك جندريّ مستديم وموثّقٍ جيّدًا؛
٢. القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ على المعرفة الكاملة ومنح الموافقة المستنيرة لبدء العلاج؛
٣. بلوغ سنّ الرشد في بلدٍ معيّنٍ (في حال كان الفرد دون سنّ الرشد، يمكن إتّباع معايير الرعاية للأطفال والمراهقين/ت)؛
٤. في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول.

لا يُعتبر العلاج الهرمونيّ متطلّبًا أوليًّا لإجراء هذه الجراحة.

معايير جراحة رأب الثّدي التكبيريّ (زرع/حقن الشحوم) لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ:

١. وجود إرتباك جندريّ مستديم وموثّق جيّدًا؛
٢. القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ علَى المعرفة الكاملة ومنح الموافقة المستنيرة لبدء العلاج؛
٣. بلوغ سنّ الرشد في بلَدٍ معيّن (في حال كانت الفرد دون سنّ الرشد، يمكن إتّباع معايير الرعاية للأطفال والمراهقين/ت)؛
٤. في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول.
على الرغم من عدم إعتباره معيارًا بشكلٍ صريح، يوصى للمتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ بالخضوع للعلاج الهرمونيّ التأنيثيّ (لمدّة ١٢ شهرًا على الأقلّ) قبل الخضوع لجراحةٍ رأب الثّدي التكبيريّ. ويهدف ذلك إلى تعزيز نموّ الثّديَين من أجل الحصول على نتائج جراحيّةٍ (تجميليّةٍ) أفضل.

معايير جراحة الأعضاء التناسليّة (إحالتان)

تعتمد معايير جراحة الأعضاء التناسليّة على نوع الجراحة المطلوب إجراؤها.

معايير جراحة إستئصال الرحم وإستئصال البوق والمبيضَين لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، وإستئصال الخصيتَين لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ:

١. وجود إرتباكٍ جندريٍّ مستديم وموثّق جيّدًا؛
٢. القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ علَى المعرفة الكاملة ومنح الموافقة المستنيرة لبدء العلاج؛
٣. بلوغ سنّ الرشد في بلَدٍ معيّن؛
٤. في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول؛
٥. الخضوع للعلاج الهرمونيّ المتناسب مع الأهداف الجندريّة للفرد لمدّة ١٢ شهرًا متواصلًا (بإستثناء الحالات التي لا يوصى فيها عياديًّا بإستخدام الهرمونات).

بشكلٍ أساسيٍّ، يهدف العلاج الهرمونيّ الذي يسبق إستئصال الغدد التناسليّة إلى إتاحة فترةٍ للفرد لإختبار كبت الإستروجين أو التستوستيرون بشكلٍ قابلٍ للعكس، قبل الإقدام على تغييرٍ جراحيٍّ غير قابلٍ للعكس.

ولا تنطبق هذه المعايير على المرضى/المريضات ممّن يخضعون لهذه الإجراءات لأسبابٍ طبيّةٍ لا تتعلّق بالإرتباك الجندريّ.

معايير جراحة رأب القضيب وفصل البظر المتضخّم عن الشّفرَين الصّغيرَين (metoidioplasty) لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكورٍ، ورأب المهبل لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناثٍ:

١. وجود إرتباكٍ جندريٍّ مستديم وموثّق جيّدًا؛
٢. القدرة على صنع قرارٍ مبنيٍّ على المعرفة الكاملة ومنح الموافقة المستنيرة لبدء العلاج؛
٣. بلوغ سنّ الرشد في بلدٍ معيّن؛
٤. في حال وجود مسائل طبيّةٍ أو متعلّقةٍ بالصحّة النفسيّة، تنبغي الإحاطة بها جيّدًا ضمن الحدّ المعقول؛
٥. الخضوع للعلاج الهرمونيّ المتناسب مع الأهداف الجندريّة للفرد لمدّة ١٢ شهرًا متواصلًا (بإستثناء الحالات التي لا يوصى فيها عياديًّا بإستخدام الهرمونات)؛
٦. العيش لمدّة ١٢ شهرًا وفق الدور الجندريّ المتطابق مع الهويّة الجندريّة.

على الرغم من عدم إعتباره معيارًا بشكلٍ صريحٍ، يوصى للأفراد بزياراتٍ منتظمةٍ إلى مختصّ/ةٍ في الصحّة النفسيّة أو إلى مختصّ/ةٍ آخر/أخرى في مجالات الطبّ.

إنّ المعيار الوارد أعلاه لبعض أنواع جراحات الأعضاء التناسليّة - أيّ معيار عيش الفرد لمدّة ١٢ شهرًا متواصلًا وفق الدور الجندريّ المطابق لهويّته/ا الجندريّة - يستند إلى إجماع إكلينيكيٍّ مختصٍّ على أنّ هذه التجربة تتيح فرصةً كافيةً للفرد لإختبار الدور الجندريّ المرغوب والتأقلم معه إجتماعيًّا، قبل الخضوع لجراحةٍ غير قابلةٍ للعكس.

الملحق د: أدلّة النتائج العياديّة للمقاربات العلاجيّة

إنّ أحد أكثر الدعائم واقعيّةً لأيّ علاج جديد هو تحليل النتائج. ونظرًا للطبيعة الإشكاليّة لجراحة تثبيت الجندر، يكتسب هذا النوع من التحليل أهميّةً كبيرة. ولعلّ كافّة دراسات النتائج في هذا المجال حتى الآن كانت دراساتٌ إرتجاعيّة.

في العام ١٩٧٩، أُجريَت أولى الدراسات لمعاينة النتائج النفسيّة-الإجتماعيّة للأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا في مرحلة ما بعد العلاج، في كليّة الطبّ ومستشفى «جامعة جونز هوبكنز» في الولايات المتّحدة الأميركيّة (J. K. Meyer & Reter، ١٩٧٩). وركّزت هذه الدراسة على الإستقرار المهنيّ والتربويّ والزوجيّ والمنزليّ للمشاركين/ات، كاشفةً وجود تغيّراتٍ بارزةٍ نتيجة العلاج. لكنّ تلك النتائج لم تكن إيجابيّةً، بل أظهرت أنّ كثيرًا من الأفراد ممّن شاركوا في برنامج العلاج ساءت أوضاعهم/نّ وفق عدّة مقاييس، بدلًا من أن تتحسّن بعد مشاركتهم/نّ في البرنامج. وأدّت هذه النتائج إلى إيقاف برنامج العلاج في تلك الكليّة/المستشفى (Abramowitz، ١٩٨٦).

بالتالي، دعا عددٌ كبيرٌ من مختصّي/ات الصحّة آنذاك إلى وضع معايير تحدّد الأهليّة للخضوع لجراحة تثبيت الجندر، ما أدّى إلى صياغة معايير الرعاية الأصليّة في العام ١٩٧٩ من قبل «رابطة هاري بنجامين العالميّة للإرتباك الجندريّ» (المعروفة اليوم بـ«الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا»).

في العام ١٩٨١، نشر بولي (Pauly) نتائج دراسةٍ إرتجاعيّةٍ واسعة النطاق لأشخاصٍ خضعوا لجراحة تثبيت الجندر. وأظهر المشاركون/ات في تلك الدراسة نتائج أفضل بكثيرٍ من الدراسة السابقة: نسبيًّا، من بين ٨٣ متحوّلًا من أنثى إلى ذكر، عبّر ٨٠,٧٪ منهم عن الرضى على نتائج الجراحة (أيّ، سجّل الفرد «تحسّنًا في التكيّف الإجتماعيّ والعاطفيّ»)، مقابل ٦,٠٪ عبّروا عن عدم الرضى. ومن بين ٢٨٣ متحوّلة من ذكر إلى أنثى، عبّر ٧١,٤٪ منهنّ عن الرضى على نتائج الجراحة، مقابل ٨,١٪ عبّرن عن عدم الرضى. وشملت هذه الدراسة الأفراد ممّن عولجوا قبل نشر معايير الرعاية وإستخدامها.

منذ وضع معايير الرعاية موضع إستخدام، بدأ يظهر إرتفاعٌ مستقرٌّ في درجة الرضى لدى الأفراد مقابل إنخفاضٍ في درجة عدم الرضى تجاه نتائج تثبيت الجندر. وركّزت الدراسات التي أُجريَت بعد العام ١٩٩٦ على الأفراد ممّن عولجوا وفقًا لمعايير الرعاية. وتمثّل نتائج دراستَي ريمان (١٩٩٩) وكريجي (٢٠٠١) مثالًا نموذجيًّا عن هذا الصنف من الدراسات؛ فقد أظهرت عدم شعور أيٍّ من الأفراد بالندم على الخضوع للجراحة، إذ سجّل معظمهم/نّ الرضى عن النتائج التجميليّة والوظيفيّة للجراحة (Rehman et al.، ١٩٩٩؛ Krege et al.، ٢٠٠١). حتى الأفراد ممّن اختبروا تعقيداتٍ جراحيّةً حادّةً، قلّما عبّروا عن النّدم لخضوعهم/نّ للجراحة. وتمثّل نوعيّة النتائج الجراحيّة أحد أهمّ المؤشّرات على النتائج الكليّة لجراحة تثبيت الجندر (Lawrence، ٢٠٠٣). وتظهر الغالبيّة العظمى من دراسات المتابعة أثرًا إيجابيًّا لا ريب فيه لجهة نتائج جراحة تثبيت الجندر، مثل الرفاه الشخصيّ، والمظهر الجماليّ، والأداء الجنسيّ (De Cuypere et al.، ٢٠٠٥؛ Ralph & Christopher، Garaffa، ٢٠١٠؛ Klein & Gorzalka، ٢٠٠٩)، على الرغم من أنّ الأدلّة الحاليّة لا تقيس بالتحديد درجة الفائدة الناتجة عن تلك الجراحة. بالإضافة إلى ذلك، أشارت إحدى الدراسات إلى تحسّنٍ في مدخول الفرد في المرحلة التالية لتثبيت الجندر (Meyer & Meyer III، Avery، Cole، Emory، ٢٠٠٣).

لكنّ، أحد التقارير المثيرة للقلق (Newfield et al.، ٢٠٠٦) وثّق معدّلاتٍ أقلّ لنوعيّة الحياة لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكور، من تلك المسجّلة لدى عامّة السكّان (إعتمدت الدراسة الإستمارة القصيرة المؤلّفة من ٣٦ بندًا، SF-٣٦). لكنّ ضعف هذه الدراسة يتمثّل في أنّها إستقطبت مشاركيها الـ٣٨٤ بإستخدام رسالةٍ إلكترونيّةٍ عامّةٍ بدلًا من إعتماد المقاربة الممنهجة، كما أنّها لم تسجّل درجة ونوع العلاج الهرمونيّ و/أو الجراحيّ. تجري دراسة مشاركين ممّن كانوا قد شرعوا بتناول التستوستيرون منذ

أقلّ من خمس سنوات، وقد أظهرت النتائج تحسّنًا في مستوى نوعيّة الحياة لدى الأفراد ممّن خضعوا لجراحة الثّديَين/الصدر مقارنةً بمن لم يخضعوا لها (أقلّ من ٠٠١٠,٠١). (لم يُجرَ حتى الآن تحليلٌ مماثلٌ لجراحة الأعضاء التناسليّة). وفي عملٍ آخر، إستخدم كوهن وزملاؤه (Kuhn et al.، ٢٠٠٩) إستمارة «كنغ» الصحيّة (King's Health Questionnaire) لتقييم نوعيّة الحياة لدى ٥٥ إمرأةٍ متحوّلةٍ جنسيًّا سليمة الصحّة بعد ١٥ عامًا من الجراحة. وجرت مقارنة المعدّلات الناتجة عن الدراسة بمعدّلات مجموعةٍ مرجعيّةٍ من عشرين إمرأة بيولوجيّة سليمة الصحّة ممّن خضعن لجراحةٍ بطنيّةٍ/حوضيّةٍ في السابق، ليظهر أنّ معدّلات نوعيّة الحياة لدى النساء المتحوّلات ماثلت أو فاقت معدّلات النساء في المجموعة المرجعيّة في مجالاتٍ فرعيّةٍ معيّنةٍ (العواطف، النوم، الشبق الجنسيّ، حدّة العوارض، ومحدوديّة الدور)، بينما كانت أسوأ في مجالاتٍ أخرى (الصحّة العامة، المحدوديّة الجسديّة، والمحدوديّة الشخصيّة).

قارنت دراستان رصديّتان إرتجاعيّتان طويلتا الأمد بين نسبة الوفيّات والمَرضيّة النفسيّة لدى الرّاشدين/ات المتحوّلين/ات جنسيًّا من جهة، وعيّناتٍ من عامّة السكّان من جهة أخرى (Asscheman et al.، ٢٠١١؛ Dhejne et al.، ٢٠١١). وأظهر تحليل المعلومات الواردة من ديوان «المجلس الوطنيّ السويديّ للصحّة والرفاهيّة» (Swedish National Board of Health and Welfare) وجود معدّلات وفاةٍ وإنتحارٍ وسلوكٍ إنتحاريٍّ ومرَضيّةٍ نفسيّةٍ أعلى بكثيرٍ لدى الأفراد ممّن خضعوا لجراحة تثبيت الجندر (١٩١ متحوّلةً جنسيًّا و١٣٣ متحوّلًا جنسيًّا)، مقارنةً بالمجموعة المرجعيّة من غير المتحوّلين/ات جنسيًّا، والمُطابقين/ات لهم/نّ في السنّ، والوضع الخاصّ بالهجرة، والجنس المحدّد عند الولادة، والمرَضيّة النفسيّة السّابقة (Dhejne et al.، ٢٠١١). على نحوٍ مماثل، سجّلت دراسةٌ أُجريَت في هولندا وجود معدّلات وفاةٍ أعلى، بما في ذلك حوادث الإنتحار، لدى الأفراد المتحوّلين/اتٍ جنسيًّا قبل وبعد الجراحة (٩٦٦ متحوّلةً جنسيًّا و٣٦٥ متحوّلًا جنسيًّا)، مقارنةً بعامّة السكّان في البلاد (Asscheman et al.، ٢٠١١). ولم تسائل أيّ من الدراستَين فاعليّة تثبيت الجندر، على الرغم من أنّ كلتيهما إفتقرتا إلى مجموعةٍ مرجعيّةٍ ملائمة من المتحوّلين/ات جنسيًّا ممّن لم يتلقّوا العلاج، أو تلقّوا علاجًا غير جراحة الأعضاء التناسليّة. بالإضافة إلى ذلك، كان المتحوّلون/ات المشاركون/ات في هاتين الدراستَين من المتحوّلين/ات الذين واللواتي عولجوا في السبعينات من القرن الماضي. لكن، على أيّ حالٍ، تؤكّد هذه النتائج الحاجة إلى توفير الرعاية النفسيّة الجيّدة وطويلة الأمد لهذه الفئة من السكّان. وتبقى الحاجة موجودةً إلى المزيد من الدراسات التي تركّز على نتائج المقاربات التقييميّة والعلاجيّة الحاليّة للإرتباك الجندريّ.

من الصعب تحديد فاعليّة الهرمونات وحدها في تحقيق الإرتياح من الإرتباك الجندريّ، كما أنّ معظم الدراسات التي قيّمت فاعليّة العلاج الهرمونيّ التأنيثيّ/التذكيريّ قد أُجريَت بمشاركة الأفراد ممّن خضعوا أيضًا لجراحة تثبيت الجندر. وسُجّلت آثارٌ مستحسنةٌ للعلاجات التي تضمّنت الهرمونات والجراحة، في مراجعةٍ شاملةٍ ضمّت أكثر من ألفَي فرد في ٧٩ دراسة (رصديّة بمعظمها) أُجريَت بين عامَي ١٩٦١ و١٩٩١ (Berg، & Gustafsson، Eldh، ١٩٩٧؛ Gijs & Brewaeys، ٢٠٠٧؛ Murad et al.، ٢٠١٠؛ Pfäfflin & Junge، ١٩٩٨). وسجّل الأفراد ممّن خضعوا للجراحة بعد العام ١٩٨٦ نتائج أفضل من أولئك الذين واللواتي خضعوا لها قبل ذلك العام، ما يعكس تحسّنًا بارزًا في التعقيدات الجراحيّة (Eldh et al.، ١٩٩٧). وسجّل معظم الأفراد تحسّنًا في النتائج النفسيّة، تراوحت نسبته بين ٨٧٪ لدى المتحوّلات من ذكورٍ إلى إناث، و٩٧٪ لدى المتحوّلين من إناثٍ إلى ذكور (Green & Fleming، ١٩٩٠). ورُصدَت تحسيناتٌ مشابهةٌ في دراسةٍ سويديّةٍ أظهرت أنّ «جميع الأفراد تقريبًا عبّروا عن الرضى عن جراحة تثبيت الجندر بعد مرور خمس سنوات، بينما أظهرت نسبة ٨٦٪ من المشاركين/ات الخاضعين/ات لتقييم المختصّين/ات خلال مرحلة المتابعة أداءً إجماليًّا مستقرًّا أو محسّنًا» (Johansson، Sundbom، Höjerback، & Bodlund، ٢٠١٠). لكنّ ضعف هذه الدراسات السابقة يكمن في تصميمها الإرتجاعيّ وإستخدامها معايير مختلفة لتقييم النتائج.

بالإضافة إلى الدراسات أعلاه، أُجريَت دراسةٌ إستباقيّةٌ في هولندا قيّمت ٣٢٥ فردًا من الراشدين/ات والمراهقين/ات الساعين/ات للحصول على جراحة تثبيت الجندر (Smith، Van Goozen، Kuiper، & Cohen-Kettenis، ٢٠٠٥). وأشارت الدراسة إلى

أنّ الأفراد ممّن خضعوا لعلاج تثبيت الجندر (التغييرات الهرمونيّة والجراحيّة) أظهروا تحسّنًا في متوسّط معدّل الإرتباك الجندريّ وفق مقياس «أوترخت للإرتباك الجندريّ» (Utrecht Gender Dysphoria Scale). كذلك، تحسّنت معدّلات عدم الرضى الجسديّ والأداء النفسيّ في معظم الفئات، إذ عبّرت نسبةٌ أقلّ من ٢٪ من الأفراد عن شعورها بالندم بعد الخضوع للعلاج. وتُعدّ هذه الدراسة الإستباقيّة الأشدّ تأكيدًا لنتائج الدراسات الإرتجاعيّة التي أشارت إلى أنّ مزيج العلاج الهرمونيّ والجراحي يحسّن من حال الإرتباك الجندريّ وغيره من مجالات الأداء النفسيّ-الإجتماعيّ. وتبقى الحاجة قائمةً إلى المزيد من البحث في آثار العلاج الهرمونيّ من دون الجراحة، ومن دون إعتماد هدف التوصّل إلى الحدّ الأقصى من التأنيث أو التذكير الجسمانيّ. إجمالًا، تسجّل الدراسات تحسّنًا مستقرًا في النتائج بينما يستمرّ الحقل بالتقدّم والتطوّر. حتى الآن، ركّزت بحوث النتائج بشكلٍ رئيسٍ على مُخرَج جراحة تثبيت الجندر. لكن، في الممارسة الحاليّة، توجد مجموعةٌ واسعةٌ من التكيّفات على صعيد الهويّة والدور والجسد التي يجب التركيز عليها في بحوث النتائج والمتابعة (Institute of Medicine، ٢٠١١).

الملحق ه: عمليّة تطوير معايير الرعاية، النسخة السابعة

بدأت عمليّة تطوير معايير الرعاية، النسخة السابعة مع تأسيس «مجموعة عمل» معايير الرعاية في العام ٢٠٠٦. وقتذاك، دُعيَ الأعضاء إلى معاينة أقسام محدّدة من معايير الرعاية، النسخة السادسة. في كلّ قسم، طُلب إليهم/نّ مراجعة المنشورات الأدبيّة ذات الصلة، وتحديد نواقص وحاجات البحث، وإصدار توصيات بإدخال تنقيحات محتملة على معايير الرعاية وفقًا للأدلّة الجديدة. في ضوء ذلك، قُدّمت أوراقٌ من قبل الكتّاب الآتين: آرون ديفور، والتر بوكتنغ، جورج براون، مايكل براونشتاين، بيغي كوهين - كيتنيس، غريت دي كويبيير، بترا دي سوتّير، جايمي فيلدمان، لين فرايزر، آرلين إشتارليف، ستيفن ليفين، والتر ماير، هاينو ماير-باهلبرغ، ستان مونستري، لورن تشيشتر، ميك فان تروتسنبرغ، سام وينتر، وكين زوكّر. وإختار بعض الكتّاب إيراد أسماء كتّابٍ مساعدين/ات ممّن عاونوهم/نّ في العمل.

كان ١ حزيران/يونيو من العام ٢٠٠٧ هو الموعد الأخير لتسليم المشاركات الأوّليّة. إستُكمِلت معظم المشاركات في أيلول/سبتمبر من العام ٢٠٠٧، بينما أُنجزَت تلك المتبقّية في أواخر العام ٢٠٠٧. قُدّمَت كافّة المقالات إلى «الدوريّة العالميّة للتحوّل الجندريّ» (International Journal of Transgenderism)، وخضعت جميعها لمراجعة الأتراب المعتمدة في الدوريّة. ونُشرَت المقالات النهائيّة في العدد ١١ (١-٤) في العام ٢٠٠٩، ما جعلها متاحةً للتداول والنقاش.

بعد نشر المقالات، شُكّلت «لجنة مراجعة معايير الرعاية» من قبل مجلس إدارة «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» في العام ٢٠١٠. في البداية، كُلّفَت «لجنة المراجعة» بمناقشة الأوراق الأساسيّة المنشورة في الدوريّة من خلال موقع «غوغل» (Google). بعدها، عيّن مجلس الإدارة فريقًا فرعيًّا من «لجنة المراجعة» ليعمل كـــ«فريق كتابة». وكُلّف هذا الفريق بمهمّة تحضير المسوّدة الأولى من معايير الرعاية، النسخة السابعة ومواصلة العمل على التنقيحات من أجل عرضها على «لجنة المراجعة» الأوسع. كذلك، قام مجلس الإدارة بتعيين «فريق إستشاريّ عالميّ» من الأفراد المتحوّلين/ات جنسيًّا وجندريًّا وغير الممتثلين/ات جندريًّا من أجل الإدلاء بآرائهم/نّ بشأن تلك التنقيحات.

بعد ذلك، وُظّفت كاتبةٌ تقنيّةٌ من أجل: (١) مراجعة كافّة التوصيات التنقيحيّة - بما فيها التوصيات الأساسيّة الواردة في مقالات «الدوريّة العالميّة للتحوّل الجندريّ»، والتوصيات الإضافيّة المنبثقة عن النقاشات عبر الإنترنت - و(٢) إعداد إستطلاعٍ للحصول على المزيد من الآراء والمُدخلات بشأن التنقيحات المحتملة. وبناءً على نتائج الإستطلاع، تمكّن «فريق الكتابة» من تبيّن مواقف أولئك المختصّين/ات في المجالات التي تحقّق فيها الإتّفاق، وتلك التي تحتاج إلى المزيد من النقاش. بعدها، عمدت الكاتبة التقنيّة إلى (٣) إعداد مسوّدةٍ أولى من معايير الرعاية، النسخة السابعة ليبني عليها لاحقًا «فريق الكتابة».

إلتأم «فريق الكتابة» يومَي ٤ و٥ آذار/مارس من العام ٢٠١١ في إجتماع إستشاري مختصٍّ، وراجع كافّة التعديلات الموصى بها، وناقش مختلف المجالات الإشكاليّة، حتى توصّل إلى إجماع بشأنها. في الإجتماع، صُنعَت القرارات بناءً على أفضل الإجماعات المختصّة والعلميّة المتوفّرة، ومن ثمّ دُمجَت تلك القرارات في المسوّدة، وأُضيفَت أقسامٌ من قبل «فريق الكتابة» بمساعدةٍ من الكاتبة التقنيّة.

بعد ذلك، جرى تداول المسوّدة المنبثقة عن الإجتماع الإستشاريّ بين أعضاء «فريق الكتابة»، وجرى إتمامها بمساعدةٍ من الكاتبة التقنيّة. ما إن أُنجزَت المسوّدة الأوّليّة، حتى جرت مشاركتها مع «لجنة مراجعة معايير الرعاية» و«الفريق الإستشاريّ العالميّ». وإفتُتح النقاش عبر موقع «غوغل»، كما عُقد إتّصالٌ مؤتمريٌّ لحلّ بعض المسائل. بعدها، درس «فريق الكتابة»

التعليقات الواردة من المجموعتَين المذكورتَين، وأدخل تنقيحاتٍ إضافيّةً على المسودّة. أُعِدّت مسوّدتان إضافيّتان ووُضعتا على موقع «غوغل»، بغية عرض الثالثة مجدّدًا على «لجنة مراجعة معايير الرعاية» و«الفريق الإستشاريّ العالميّ». وبعد إستكمال تلك التكرارات الثلاثة من المراجعة والتنقيح، قُدّمَت وثيقةٌ نهائيّةٌ لـ«مجلس إدارة الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» من أجل المصادقة عليها. صادق مجلس الإدارة على هذه النسخة من معايير الرعاية يوم ١٤ أيلول/سبتمبر من العام ٢٠١١.

التمويل

أُتيحت عمليّة مراجعة معايير الرعاية بفضل منحةٍ كريمةٍ من «مؤسّسة تواني» (Tawani Foundation)، وهبةٍ من مانح/ةٍ مجهول الهويّة. غطّى التمويل المذكور التكاليف التالية:

١.تكاليف توظيف كاتبةٍ تقنيّةٍ محترفة؛
٢.عمليّة جمع آراء المختصّين/ات في مجال الهويّة الجندريّة وأفراد مجتمع المتحوّلين/ات جندريًّا على مستوى العالم بشأن التعديلات المقترَحة؛
٣.إجتماع عمل «فريق الكتابة»؛
٤.عمليّة جمع التعليقات الإضافيّة والتوصّل إلى إجماعٍ نهائيٍّ من قبل المختصّين/ات ومجتمع المتحوّلين/ات جندريًّا، و«لجنة مراجعة معايير الرعاية، النسخة السابعة» و«مجلس إدارة الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا»؛
٥.تكاليف طباعة وتوزيع معايير الرعاية، النسخة السابعة، ونشر نسخةٍ مجانيّةٍ قابلةٍ للتحميل على الموقع الإلكترونيّ للرابطة؛
٦.عقد ندوةٍ لإطلاق معايير الرعاية، النسخة السابعة في «المنتدى البينالي للرابطة العالميّة المهنيّة لصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا» الذي عُقد في العام ٢٠١١ في أتلانتا، جيورجيا، في الولايات المتّحدة الأميركيّة.

أعضاء «لجنة مراجعة معايير الرعاية»[٨]

إلي كولمان، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)* - رئيس اللّجنة
ريتشارد أدلر، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
والتر بوكتنغ، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
مارشا بوتزر، ماجستير في العلوم النظريّة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
جورج براون، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
بيغي كوهين-كيتنيس، دكتوراه في الفلسفة (هولندا)*
غريت دي كويبيير، دكتوراه في الطبّ (بلجيكا)*
آرون ديفور، دكتوراه في الفلسفة (كندا)
راندال إربار، دكتوراه في علم النفس (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
راندي إتنر، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
إيفان إيلير، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
جايمي فيلدمان، دكتوراه في الفلسفة، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
لين فرايزر، دكتوراه في التربية (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
روب غاروفالو، دكتوراه في الطب، ماجستير في الصحّة العامّة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
جاميسون غرين، دكتوراه في الفلسفة، ماجستير في الفنون الجميلة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
دان كارازيك، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
غايل كنودسون، دكتوراه في الطبّ (كندا)*
آرلين إشتار ليف، عاملة إجتماعيّة إكلينيكيّة مُجازة LSCW-R (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
غال ماير، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
والتر ماير، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
هاينو ماير-باهلبرغ، دكتوراه في العلوم الطبيعيّة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
ستان مونستري، دكتوراه في الطبّ، دكتوراه في الفلسفة (بلجيكا)*
بلاين باكستون هول، ماجستير العلوم الصحيّة في القيادة الإكلينيكيّة MHS-CL، مساعِدة طبّية مُجازة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
فريدمان بفافلين، دكتوراه في الطبّ، دكتوراه في الفلسفة (ألمانيا)
كاثرين راتشلين، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
بين روبنسون، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
لورن تشيشتر، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
فين تانغبريشا، دكتوراه في الطبّ، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
ميك فان تروتسنبرغ، دكتوراه في الطبّ (هولندا)
آن فيتالي، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
سام وينتر، دكتوراه في الفلسفة (هونغ كونغ)
ستيفن ويتل، حاصل على وسام الإمبراطوريّة البريطانيّة OBE (المملكة المتّحدة)
كيفان وايلي، بكالوريوس في الطبّ، دكتوراه في الطبّ (المملكة المتّحدة)
كين زوكّر، دكتوراه في الفلسفة (كندا)

* عضو/ة في «فريق الكتابة»
٨. تطوّع جميع أعضاء «لجنة مراجعة معايير الرعاية، النسخة السابعة» بالوقت والجهد لإنجاز هذه المراجعة

لجنة إختيار «الفريق الإستشاريّ العالميّ»

والتر بوكتنغ، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
مارشا بوتزر، ماجستير في العلوم النظريّة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
آرون ديفور، دكتوراه في الفلسفة (كندا)
راندال إربار، دكتوراه في علم النفس (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
إيفان إيلير، دكتوراه في الطبّ (الولايات المتّحدة الأميركيّة)
جاميسون غرين، دكتوراه في الفلسفة، ماجستير في الفنون الجميلة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)*
بلاين باكستون هول، ماجستير العلوم الصحيّة في القيادة الإكلينيكيّة MHS-CL، مساعِدة طبّية مُجازة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)

الفريق الإستشاريّ العالميّ

تامارا أدريان، «حقوق المثليّين/ات وثنائيّي/ات الميول الجنسيّة والمتحوّلين/ات جندريًّا في فنزويلا» (فنزويلا)
كريغ آندروز، «متحوّلو أستراليا» (أستراليا)
كريستين برنز، حاصلة على رتبة فائقة الإمتياز ضمن الإمبراطورية البريطانيّةPlain Sense Ltd ، MBE (المملكة المتّحدة)
ناومي فونتانوس، «جمعيّة حقوق النساء المتحوّلات جنسيًّا في الفلبين» (الفلبين)
تون ماري هانسن، «مركز هاري بنجامين للموارد» (النرويج)
روبرت راج، «مركز شيربورن الصحّي» (كندا)
مازاي توراي، «متحوّلو اليابان» (اليابان)
كيللي وينتر، «مناصرو/ات إصلاح إضطراب الهويّة الجندريّة» GID Reform Advocates (الولايات المتّحدة الأميركيّة)

الكاتبة التقنيّة

آن ماري فيبير-ماين، دكتوراه في الفلسفة (الولايات المتّحدة الأميركيّة)

محرّرة مساعدة

هايدي فول (الولايات المتّحدة الأميركيّة)

اللجنة الفرعيّة التابعة لـ "الجمعيّة الطبيّة اللبنانيّة للصحّة الجنسيّة" (LebMASH) المسؤولة عن ترجمة معايير الرعاية الخاصّة بـ "الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا":

أشرفت على ترجمة هذه الوثيقة لجنةٌ تحريريّةٌ فرعيّةٌ منبثقةٌ عن «الجمعيّة الطبيّة اللبنانيّة للصحّة الجنسيّة» بغرض ضمان التناسب الثقافيّ، والدقّة الطبّية والعلميّة والصحّة اللغويّة. ضمّت اللّجنة:

- لين هاشم، المترجِمة والمحرّرة الرّئيسة - بكالوريوس في علوم التواصل والإعلام، ماجستير في علوم النوع الإجتماعيّ، باحثة ومترجمة - بيروت، لبنان
- الدكتور حسن عبد الصّمد، دكتوراه في الطبّ، زميلٌ في الكليّة الملكيّة للجرّاحين/ات في كندا، زميلٌ في الكليّة الأميركيّة للأطبّاء النسائيّين/ات ومختصّي/ات التوليد - طبيبٌ نسائيٌّ ومختصٌّ في التوليد - سياتل، واشنطن، الولايات المتحدة الأميركيّة
- الدكتور عمر حرفوش، دكتوراه في الطبّ، ماجستير في الصحّة العامّة، زميل باحث - بالتيمور، ميريلاند، الولايات المتحدة الأميركيّة
- الدكتور شادي إبراهيم، دكتوراه في الطبّ - طبيب نفسيّ، عالم جنسٍ عياديّ - بيروت، لبنان
- عادل مرعب، مصمّم المطبوعة - بكالوريوس وماجستير في التصميم الغرافيكي، مختصّ في الإدارة الفنّية للجمعيّات غير الحكوميّة التي لا تبتغي الرّبح

أُنجزت ترجمة هذه الوثيقة بهبةٍ كريمةٍ من «الرابطة العالميّة المختصّة بصحّة المتحوّلين/ات جندريًّا».