

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ГРОМАДСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ «ГІ» Т-ЕМА»  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

**ГЕНДЕРНА ДИСФОРІЯ**

**АДАПТОВАНА КЛІНІЧНА НАСТАНОВА,  
ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

2016

**Склад**  
**мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини пацієнтам з гендерною дисфорією**

Пінчук Ірина Яківна	директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія, Психіатрія»;
Марценковський Ігор Анатолійович	керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча психіатрія», к.м.н.;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н.;
Камінський В'ячеслав Володимирович	завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Акушерство і гінекологія»;
Кокошкін Борис Сергійович	координатор юридичної роботи та зв'язку із органами влади та місцевого самоврядування Громадського об'єднання «ГІТ-ема» (від пацієнтів);
Левада Олег Анатолійович	керівник курсу психіатрії кафедри сімейної медицини Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.м.н., доцент;
Лучицький Євген Васильович	завідувач відділу клінічної андрології Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», д.м.н., професор;
Маньковський Борис Микитович	завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ендокринологія»;
Матвієць Людмила Григорівна	асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;

Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
Пустовойт Михайло Михайлович	ректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії, д.м.н., професор;
Стаховський Едуард Олександрович	заступник директора з наукової роботи Національний інститут раку МОЗ України, завідувач науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Урологія»;
Схліперс Лінаель-Ангелія	координатор з адміністрування та зв'язків із громадськістю Громадського об'єднання «ГІ» Т-ема» (від пацієнтів);
Хаустова Олена Олександрівна	завідувач відділу психічних розладів похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.м.н., професор;
Храпач Василь Васильович	професор кафедри хірургії №4 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, д.м.н., професор;
Цюмік Олександр Вадимович	завідувач консультативно-поліклінічного відділення Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
Шум Сергій Сергійович	заступник директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.м.н.

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;

Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

### Державний експертний центр МОЗ України є членом

**Guidelines International Network**  
(Міжнародна мережа настанов)



**ADAPTE (Франція)**  
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



### Рецензенти:

Аймедов Костянтин Володимирович	завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету, д.м.н., професор;
Бондаренко Володимир Олександрович	завідувач відділення патології статевих залоз відділу клінічної ендокринології Державної установи «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», д.м.н., професор.

**Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2019 рік**

## **Зміст**

Перелік скорочень

Синтез настанови

Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови за темою «Гендерна дисфорія»

Резюме та основні рекомендації

Вступна частина

Належна практика

Огляд рекомендованої практики

Додатки:

1. Потреби людей з обмеженими інтелектуальними можливостями, які страждають на гендерну дисфорію
2. Рекомендації для гормональної терапії при гендерній дисфорії в транс-жінок, в тому числі для тих, хто пройшов генітальні операції, або для жінок, які мають сертифікат про визнання статевої належності
3. Рекомендації з гормональної терапії для лікування гендерної дисфорії у транс-чоловіків, а також тих, хто пройшов гендерно реконструктивну хірургію, або чоловіків, які мають Сертифікат про визнання їх чоловіками
4. Гормональне лікування: запропонований протокол спільного догляду
5. Сімейна підтримка
6. Терапія волосся
7. Терапія мови та мовлення
8. Зберігання гамет
9. Генітальна хірургія для транс-жінок або сертифікованих жінок
10. Генітальна хірургія транс-чоловіків або сертифікованих чоловіків

Посилання

## Перелік скорочень

ГнРГ	Гонадотропін-релізінг-гормон
КН	Клінічна настанова
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
NHS	Національна служба охорони здоров'я (Великобританія)
WPATH	Міжнародна професійна асоціація трансгендерного здоров'я

## СИНТЕЗ НАСТАНОВИ

За прототип Адаптованої клінічної настанови «Гендерна дисфорія» взято клінічну настанову **Royal College of Psychiatrists «Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria», 2013.**

**Додаткові джерела включені з інших джерел:**

1. Gender dysphoria services: a guide for General Practitioners and other healthcare staff, NHS England, 2012
2. Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, WPATH – World Professional Association for Transgender Health, 2013

### ***Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови за темою «Гендерна дисфорія»***

*Впродовж останніх десятиріч в усьому світі для забезпечення якості і ефективності медичної допомоги, для створення якісних клінічних протоколів (Clinical Pathway) та/або медичних стандартів як третинне джерело доказової медицини використовуються клінічні настанови (КН).*

*Клінічна настанова (Clinical practice guidelines) – це документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.*

*Відповідно до положень наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313, створення КН в Україні здійснюється шляхом адаптації вже існуючих клінічних настанов, що розроблені на засадах доказової медицини у відомих світових центрах. Клінічні настанови, що розроблені на науковій основі, мають основні ознаки, що відповідають назві, визначенню та змісту клінічних настанов, а саме:*

- наявність переліку членів мультидисциплінарної робочої групи;
- наявність зовнішніх рецензентів;
- визначення дати перегляду клінічної настанови;
- наявність шкали рівнів доказів у клінічній настанові;
- список першоджерел літератури (статті за результатами рандомізованих

клінічних досліджень, мета-аналізи, огляди літератури) тощо.

Адаптована клінічна настанова за темою «Гендерна дисфорія» створена мультидисциплінарною робочою групою МОЗ України на основі оригінальної Клінічної настанови Royal College of Psychiatrists «Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria», 2013 року, яка була попередньо оцінена групою експертів за допомогою Опитувальника AGREE. Результати оцінки задокументовані і зберігаються у робочих матеріалах групи. Механізм адаптації передбачає внесення в оригінальний текст настанови, що залишається незмінним, Коментарів робочої групи, в яких відбивається можливість виконання тих чи інших положень КН в реальних умовах системи охорони здоров'я України, доступність медичних втручань, наявність зареєстрованих в Україні ліків, що зазначені у КН, відповідність нормативної бази щодо організаційних засад надання медичної допомоги тощо.

Запропонована адаптована клінічна настанова не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі. Адаптована клінічна настанова «Гендерна дисфорія», відповідно до свого визначення, має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, слугує інформаційною підтримкою щодо найкращої клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних засад медичної допомоги.

Клінічна настанова – це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і спеціалізовану медичну допомогу.

На основі Адаптованої клінічної настанови «Гендерна дисфорія» робоча група розробила Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Гендерна дисфорія», у якому використані доказові положення адаптованої клінічної настанови щодо ефективності медичних втручань, яка також слугувала основою для визначення індикаторів якості надання медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією.

Представлена адаптована клінічна настанова має бути переглянута не пізніше 2019 р. мультидисциплінарною робочою групою за участю головного позаштатного спеціаліста МОЗ України, практикуючих лікарів, які надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу, науковців, організаторів охорони здоров'я, представників громадських організацій, які зацікавлені у підвищенні якості медичної допомоги, та ін.

## **Резюме та основні рекомендації**

Надання допомоги пацієнтам, які страждають на гендерну дисфорію, є гарним прикладом у сфері, де мультидисциплінарний і міждисциплінарний підходи до лікування не лише позитивна практика, але й гарантують, що пропонується широкий вибір шляхів та методів лікування відповідно до потреб кожного конкретного пацієнта.

Цей міждисциплінарний документ містить керівні принципи, які, ми сподіваємося, дозволять оптимізувати шляхи клінічного догляду за пацієнтами, яким може знадобитися доступ до декількох медичних та суміжних з медициною послуг.

Ми пропонуємо новий підхід до догляду, який еволюціонував з уніфікованих послідовних процедур до кількох шляхів допомоги, що враховують велику різноманітність клінічних та презентаційних потреб відповідно до індивідуальних особливостей пацієнта. Центральне місце в новому способі роботи для фахівців у галузі охорони здоров'я є визнання орієнтування на потреби пацієнта, що призведе до гнучких варіантів лікування. Ми сподіваємося, що збільшуючи ймовірність хороших результатів, доб'ємося зниження захворюваності та поліпшення якості життя пацієнтів. Спільна участь у постановці цілей разом із регулярним спостереженням має вирішальне значення для спільного досягнення

результату як пацієнтом, так і лікарем. Практикуючі лікарі мають пильно та уважно підходити до своїх обов'язків, щоб дозволити людям робити свій вибір свідомо та повною мірою проінформовано. Медичні установи, що надають відповідні послуги, приймають на себе позитивні зобов'язання підтримувати цей підхід, орієнтований на пацієнта, у відповідності до стандартів рівності та прав людини, що закріплені в законодавстві Сполученого Королівства.

Наші рекомендації базуються на принципах:

- доступності послуг без зайвого і невиннованого довгого очікування;
- надання високоякісних послуг з належною кооперацією та практикою між лікарями різних профілів, причому враховується чітке визнання різноманіття потреб пацієнтів залежно від конкретного гендерного переходу пацієнта. Для деяких це засіб, що допомагає людям досягти реального скорочення значної шкоди, яку заподіяв конфлікт між сторонами в минулому. Ми настійно підкреслюємо створення клінічних партнерських відносин між пацієнтом та лікарем, а також іншими спеціалістами, які надають медичну допомогу. Враховуючи це, процеси клінічного управління лікуванням повинні бути приведені Національною службою охорони здоров'я (NHS) до чинної настанови.

#### *Практичні рекомендації*

У зв'язку з прийняттям рекомендацій, орієнтованих на пацієнта, в цій настанові ми сподіваємося, що пацієнти будуть відчувати меншу потребу або схильність щодо уникнення звертання за професійною медичною допомогою в процесі їх перехід з однієї гендерної ролі в іншу. Вже є приклади, де такі рекомендації є частиною стандартної належної клінічної практики.

Міжнародна професійна асоціація трансгендерного здоров'я (WPATH) затвердила стандарти охорони здоров'я з надання медичної допомоги транссексуалам, трансгендерам та гендерно-неконформним особам, які перекликаються з цією настановою. Погодження кількох медичними Королівськими коледжами у союзі з медичним професійним суспільством і групами пацієнтів надає потужний стимул для прийняття цих керівних принципів по всій Великобританії і за її межами.

#### **Рекомендації:**

1. Принцип міждисциплінарних і мультидисциплінарних команд і мереж, які працюють і співпрацюють у галузі надання послуг пацієнтам з гендерною дисфорією має першорядне значення. Ці послуги мають надаватись у різних центрах і регіонах, гнучко та оперативно.

2. Мультидисциплінарна команда або мережа буде мати умови найму персоналу, встановлювати правила конфіденційності і регулярного нагляду. Пацієнти будуть консультиватися і брати участь у процесі прийняття рішень і розробки тактики лікування.

3. Мультидисциплінарна команда, як правило, виступає в якості фокусу для мережі лікарів у регіоні.

4. Перенаправлення пацієнтів із закладів охорони здоров'я, де лікуються підлітки, до закладів охорони здоров'я для дорослих має бути негайним і, де це можливо, через послуги по сумісництву.

5. Важливе значення має перенаправлення між медичними службами і протягом усього життя пацієнта без невиннованого затримки.

6. Кожна команда повинна мати конкретні направлення лікарів, і це буде охоплювати всі галузі медицини та соціальної допомоги, включаючи навчання персоналу щодо обслуговування інвалідів, догляду за хворими і т.д.

7. Пацієнти зберігають відповідальність за свої рішення після отримання лікарями усвідомленої згоди у зв'язку зі зворотними та незворотними втручаннями.

8. Особи з гендерною дисфорією мають право на консультивання та психотерапевтичну допомогу як частину загального пакету допомоги.

9. Дорослі пацієнти із гендерною дисфорією повинні мати рівний доступ до повного спектру доступних консультацій та послуг, незалежно від етнічної приналежності,



культурного походження, віку або інвалідності. Послуги повинні враховувати різноманітність етнічних і культурних потреб пацієнтів.

10. На жаль, існує брак досліджень у цій області (гендерної дисфорії). Дослідження повинні заохочуватись та на них мають бути зарезервовані кошти для надання цільових грантів.

11. Надання медичних послуг із врахуванням передової клінічної практики для пацієнтів із гендерною дисфорією є гарантом просування автономії і вибору пацієнта, що закріплюється в національному стандарті охорони здоров'я (Департамент охорони здоров'я, 2013), а також забезпечення прав пацієнтів, стандартів прав людини та рівності відповідно до законодавства.

***Коментар робочої групи:***

*В Україні відповідним національним стандартом охорони здоров'я є Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Гендерна дисфорія».*

**Вступна частина**

**Створення робочої групи**

У 2003 році Королівський коледж психіатрії створив робочу групу для розробки настанови з належної практики для встановлення професійних стандартів медичної допомоги на території Великобританії та Ірландії для пацієнтів, фенотип яких є несумісним з їх гендерною ідентичністю. Для створення кворуму було вирішено скликати представників інших медичних наукових установ Королівства та тих, хто досліджують суміжні дисципліни. Також були задіяні представники пацієнтів. Робоча група розміщувалася в Лондоні і Шеффільді та проводила консультації з великою кількістю людей, установ та організацій. Робоча група розглянула матеріали від окремих авторів за фаховою тематикою, які відобразила у додатках. Додатки відображають окремі думки або поради кожного із співавторів у консультації з іншими, але не обов'язково погоджені всіма членами комітету.

***Коментар робочої групи:***

*17 липня 2015 р. Міністерство охорони здоров'я України наказом № 438 створило мультидисциплінарну робочу групу за участю пацієнтів з розробки медико-технологічних документів на засадах доказової медицини за темою «Гендерна дисфорія».*

Цей документ може бути використаний в поєднанні зі Стандартами надання допомоги, що розроблені під егідою існуючих міжнародних, національних та місцевих настанов, у тому числі тих, що отримані від Міжнародної професійної асоціації трансгендерного здоров'я (WPATH).

Процес лікування спрямований на досягнення найбільш високого рівня життя пацієнта. Всі процедури, в тому числі хірургічні, слід розглядати в якості можливих кроків в унікальному процесі, орієнтованому на пацієнта.

У кінцевій точці спеціалізованого лікування, що буде змінюватися в залежності від потреб конкретного пацієнта, буде продовжуватись лікування та первинний догляд. Регулювання вищевказаного питання не належить до сфери компетенції цього документу, але необхідно, щоб постачальники медичних послуг з ендокринного лікування та моніторингу зрозуміли, що пацієнти, які страждали або пройшли лікування гендерної дисфорії, не повинні переривати ендокринне лікування без достатніх медичних підстав для цього. Навіть той факт, що частина препаратів не ліцензована для лікування пацієнтів із гендерною дисфорією, не є підставою для відмови в гормональному лікуванні. Релігійні переконання чи культурні звичаї медичного персоналу не повинні використовуватись для затримки, відміни або створення у пацієнта негативної думки щодо процесу лікування.

Вказані в цій настанові рекомендації розроблені для забезпечення передової практики у всіх організаціях NHS, що створюють комісії або надають послуги з лікування конкретним пацієнтам. Настанова має відповідати Конституції NHS (Департамент охорони здоров'я,

2013) та стандартам рівності та прав людини відповідно до законодавства. Тим самим вони повинні підтримувати права окремих особистостей, які довгий час проживають у соціальній ролі, що співпадає з їх гендерною ідентичністю, та враховувати їх поточні потреби без необхідності повторювати раніше зроблені кроки на їх шляху переходу з однієї статі в іншу, такі як психологічна оцінка для діагностичних цілей.

### **Визначення**

Визначення, передбачені в МКХ-10 (Всесвітня організація охорони здоров'я, 1994), знаходяться у стадії перегляду. Характеристики статі, які в силу стереотипів асоціюються зі встановленою при народженні статтю, є загальним і різноманітним в різних культурах людським феноменом, який не слід розглядати по суті як патологічний або негативний.

Невідповідність може бути пов'язана із забобонами, що існують у суспільстві, в результаті чого виникає психологічний дистрес. Цей дистрес не обов'язково притаманний транссексуалам, трансгендерам або гендерно неконформним особам.

Під гендерною дисфорією слід розуміти душевні страждання, що пов'язані з досвідом власної гендерної ідентичності пацієнта, що не відповідають фенотипу або статевої соціальної ролі, як правило, пов'язаної з цим фенотипом.

Наявність дистресу може призвести до виникнення в людини потреби звернення за медичною допомогою. Так, градації гендерного досвіду між бінарним статевим стандартом «чоловік» або «жінка» в деяких пацієнтів викликає дискомфорт, який буде потребувати медичного втручання; в інших, можливо, буде достатньо обійтись мінімальними профілактичними заходами або зовсім без жодного втручання. Існує зростаюче визнання того, що багато людей не вважають себе відповідними до бінарної гендерної системи і це матиме вплив на їх лікування. Самоопис пацієнтів може включати такі поняття, як: пангендер, полігендер, агендер, гендерквір та інші. Існує певна кількість пацієнтів, які заперечують поняття гендеру в цілому, бачать себе поза рамками будь-якого гендеру та потребують медичні послуги з гендерної нейтралізації від відповідних клінічних установ.

Лікарі загальної практики, які здійснюють медичну допомогу трансгендерним пацієнтам, повинні бути зареєстровані у Реєстрі лікарів загальної практики Головної медичної ради (чи в іншому еквіваленті цієї установи). Вони мають пройти відповідне навчання на курсах підвищення кваліфікації спеціалістів. Всі лікарі, які зареєстровані в Реєстрі Головної медичної ради, повинні слідувати стандартам професійної поведінки (затвердженим Головною медичною радою, 2013 р.), а також принципам:

- багатопрофільної роботи (пп. 35-38, Головна медична рада, 2012);
- безперервності допомоги (пп. 44-45);
- праці в партнерстві з пацієнтами та розгляді їх як особистості (пп. 46-52);
- чесного лікування пацієнтів без ознак дискримінації (пп. 56-64);
- чесності і поваги до пацієнта (п. 68).

Ці ж вимоги поширюються на сестринський персонал або інших молодших спеціалістів, які мають працювати із пацієнтами, які страждають на гендерну дисфорію.

### **Термінологія**

Термінологія в області гендерної дисфорії постійно розвивається разом із еволюцією розуміння і сприйняття цього явища. Між різними суспільствами і навіть всередині окремих суспільств існує різне тлумачення. Терміни «трансгендер» або «транс» іноді використовуються для охоплення широкого розмаїття атипичних статевих станів, що іноді можуть призвести до постійної зміни гендерної ролі, але не обов'язково призводять до хірургічного втручання.

У цьому документі, за винятком матеріалу, що міститься в лапках (або там, де в залежності від контексту посилання на «чоловіки» або «жінки»), терміни «транс-жінка» і «транс-чоловік» використовуються по відношенню до групи пацієнтів за гендерною роллю і тлумачаться як ті, хто ще не отримав зміну статевої належності у документах або не пройшов статевої хірургії.

Особа, яка зробила статево-реконструктивне хірургічне втручання або при народженні отримала Свідоцтво, згідно з яким була визначена як жінка на підставі первинних статевих ознак, але яка пізніше ідентифікує себе як чоловік, може бути описана як транс-чоловік. Особа, яка зробила статево-реконструктивне хірургічне втручання або при народженні отримала Свідоцтво, згідно з яким була визначена як чоловік на підставі первинних статевих ознак, але яка пізніше ідентифікує себе як жінка, може бути описана як транс-жінка. Важливо відзначити, що багато людей після отримання необхідної медичної допомоги не ідентифікують себе як «транс», а просто як «чоловіки» або «жінки». Для зручності людину, яка отримала Свідоцтво про зміну статевої належності, називають тут як "Сертифіковані".

Особа, які перебувають у стані гендерного переходу, або ті, хто перейшов до життя відповідно до бажаної гендерної ролі, що відповідає їх гендерній ідентичності, повинні бути розглянуті відповідно до іменування і роду звернення (Пан, Пані), що вважається ними правильним. Якщо персонал, медичний або адміністративний, має сумніви, то вони повинні непомітно запитати осіб, як вони хочуть, щоб до них зверталися.

При використанні слова «транссексуал» воно повинно використовуватися в якості прикметника, для прикладу – транссексуальна особа.

## **Епідеміологія**

### **Коментар робочої групи:**

*Формальні епідеміологічні дослідження захворюваності і поширення гендерної дисфорії, а також, зокрема, явищ транссексуалізму або трансгендерних і гендерно-неконформних ідентичностей в цілому не проводилися, а спроби отримати реалістичні оцінки пов'язані з величезними труднощами [Інститут Медицини, +2011; Zucker & Lawrence, +2009]. Навіть якби епідеміологічні дослідження встановили, що по всьому світу пропорція транссексуалів, трансгендерів однакова, ймовірно, культурні відмінності між країнами змінили б як поведінковий вираз різних статевих ідентичностей, так і ступінь, до якого гендерна дисфорія відмінна від статевої ідентичності індивіда. (WPATH)*

*В Україні офіційної статистичної інформації за даною патологією немає.*

Гендерна варіативність не є рідкістю. Опитування 10 000 осіб, що здійснювалось у 2012 р. Комісією з прав людини та рівності, встановило, що 1% від населення самоідентифікує себе в різних гендерних варіантах в деякій мірі. Цю цифру не обов'язково слід вважати репрезентативною для всього населення. Історично склалося так, що попередньо статево хірургічні або попередньо сертифіковані жінки частіше звертаються за медичною допомогою, ніж чоловіки, але ця різниця скорочується, і деякі клініки гендерної ідентичності фіксують факт, що ці дві категорії близькі до паритету. Гендерно-варіативні та статево невідповідні люди не обов'язково страждають на статево дисфорію і складають лише певний відсоток населення. Було б невірно вважати, що існують типові попередньо статево хірургічні або попередньо сертифіковані транс-жінки або чоловіки. Відмічається збільшення числа осіб, які мають гендерну варіативність на більш ранньому етапі життя; одночасно в рівній мірі є багато тих, хто живе з дисфорією протягом багатьох десятиліть, перш ніж почуватися досить упевнено (або мата можливість), щоб спробувати вирішити свої проблеми. Трансгендерність не знає соціальних, етнічних, релігійних чи соціально-економічних кордонів, але це явище більш поширене в одних культурах, ніж в інших.

### **Коментар робочої групи:**

*З різних причин дослідники, які вивчали захворюваність та поширеність, як правило, мали тенденцію вивчати найбільш легко доступну для підрахунку підгрупу трансгендерів – транссексуалів, які зазнають гендерну дисфорію і звертаються за допомогою, пов'язаною зі зміною статі, в спеціалізовані клінічні установи [Zucker & Lawrence, 2009]. Більшість досліджень проводилося в країнах Європи, таких як Швеція [Wälinder, 1968, 1971], Великобританія [Hoening & Kenna, 1974], Нідерланди [Bakker, Van Kesteren, Gooren & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996],*

Німеччина [Weitze & Osburg, 1996] і Бельгія [De Cuypere et al., 2007]. Одне дослідження було проведено в Сінгапурі [Tsoi, 1988].

De Cuypere і колеги (2007) виконали огляд таких досліджень, а також провели своє власне. Всі разом ці дослідження охоплюють 39 років. Не приймаючи до уваги результати, отримані Pauly в 1968 р. і Tsoi в 1988 р., що різко відрізняються, залишається десять досліджень, проведених у восьми країнах. Дані щодо поширеності, опубліковані в цих десяти дослідженнях, коливаються від 1: 11900 до 1: 45000 для транс-жінок (MtF) і від 1: 30400 до 1: 200000 для транс-чоловіків (FtM). Деякі дослідники припускають, що поширеність набагато вища, залежно від використовуваної в дослідженні методології [наприклад, Olyslager & Conway, 2007].

В Україні аналогічні дослідження не проводились.

Пряме зіставлення між дослідженнями неможливе, оскільки всі вони розрізняються за методами збору даних і критеріями документування індивіда в якості транссексуала (наприклад, пройшов індивід корекцію геніталій чи ні, почав чи ні гормональну терапію, чи звернувся в клініку за послугами зі зміни статі під медичним спостереженням). У пізніших дослідженнях існує тенденція до більш високих показників поширеності, що, можливо, вказує на все більшу кількість людей, які вдаються до клінічного спостереження. Цю інтерпретацію підтримують дослідження Reed (2009 г.), що відзначили подвоєння кількості людей, які звертаються за допомогою в клініки зі зміни статі у Великобританії, кожні 5-6 років. Аналогічно, Zucker і колеги (2008) відзначили 4-5-кратне збільшення кількості звернень дітей і підлітків у їх клініку в Торонто (Канада) протягом останніх 30 років.

Цифри, зібрані в подібних дослідженнях, можна вважати, в кращому випадку, мінімальними оцінками. Опубліковані дані в більшості випадків були отримані з клінік, де пацієнти підходили під критерії важкої статевої дисфорії і мали доступ до медичного обслуговування в цих клініках. Ці оцінки не беруть до уваги те, що види лікування, пропонувані в певній клінічній обстановці, можуть не сприйматися як фінансово доступні, корисні або прийнятні з огляду всіх індивідів, які визначають себе як такі, що відчувають статево дисфорію. Враховуючи тільки тих, хто звертається в клініки за певним видом лікування, ми випускаємо невідому кількість осіб, які зазнають статево дисфорію.

Інші клінічні спостереження (поки не підкріплені систематичними дослідженнями) підтверджують ймовірність високої поширеності статевої дисфорії: 1) раніше не розпізнана статева дисфорія іноді діагностується при спостереженні пацієнтів, які зазнають тривожність, депресію, поведінкові розлади, зловживання алкоголем чи наркотиками, диссоціативні розлади особистості, прикордонні розлади особистості, сексуальні розлади та розлади формування статі [Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997]; 2) деякі трансвестити, актори шоу трансвеститів або пародисти-кросдресери, геї та лесбійки також можуть відчувати статево дисфорію [Bullough & Bullough, 1993]; 3) інтенсивність випробовуваної окремими людьми статевої дисфорії коливається нижче і вище клінічного порогу [Docter, 1988]; 4) гендерна некомфортність серед транс-чоловіків (FtM) має тенденцію залишатися відносно непомітною в багатьох культурах, зокрема, для західних медичних фахівців і дослідників, які проводили більшість досліджень, на яких ґрунтуються існуючі оцінки поширеності та захворюваності [Winter, 2009]. (WPATH)

## **Належна практика**

### **Наявність і доступність послуг**

Передбачається, що пацієнти, якщо не доведено інше, здатні дати згоду на лікування. Незалежно від розташування, медичні послуги з лікування гендерної дисфорії повинні бути надані компетентними фахівцями і бути ефективними, легко доступними в рамках регіону, або з врахуванням розумного часу подорожі для їх отримання. Час очікування для доступу до таких послуг повинен бути аналогічним тому, який існує для інших пацієнтів у закладах охорони здоров'я в регіоні. Хоча в деяких лікарів пацієнти можуть не захотіти лікуватися, чи послуги з лікування гендерної дисфорії знаходяться далеко від їх місця проживання, вони

повинні мати доступ до будь-якої послуги з лікування гендерної дисфорії, психіатра або хірурга в країні.

Пацієнти повинні мати прямий доступ до фахівців закладів охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги і до медичних послуг, що надаються закладами охорони здоров'я вторинного і третинного рівня, якщо клінічно це необхідно, і таким же чином, як і для будь-яких інших пацієнтів. Тільки тоді, коли пацієнт має доступ до постачальника послуг з гендерної ідентичності, може бути задіяна National Specialist Commissioning Group. National Specialist Commissioning Group повинна підтримувати зв'язок та координувати дії з іншими постачальниками медичної допомоги з гендерної ідентичності.

Коли здійснюється лікування або процедури для інших діагнозів, ніж гендерна дисфорія, пацієнти повинні бути спрямовані безпосередньо до відповідних фахівців без необхідності відвідувати служби, пов'язані з лікуванням гендерної дисфорії, або проходити обов'язкову психіатричну оцінку. Це включає в себе направлення до онкологів, гінекологів, ендокринологів, урологів та пластичних хірургів. Це не вичерпний список, а лише приклад часто використовуваних схем надання послуг.

При зміні місця проживання пацієнта з однієї адміністративної одиниці на іншу, фінансування лікування не припиняється, а лікування продовжується з урахуванням гендерної ролі, обраної пацієнтом.

Відповідні фахівці при переміщенні пацієнта повинні врахувати досвід і думку колег в інших службах з лікування гендерної дисфорії. Пацієнт має право на незалежну точку зору інших фахівців.

Якщо пацієнти успішно завершили перевірку соціалізації в обраній гендерній ролі, а потім вирішили зробити операцію, наприклад фаллопластику, вони не повинні бути переглянуті щодо їх соціальної ролі або передіагностовані з гендерної дисфорії на іншій діагноз, і якщо немає фізичного або психологічного протипоказання, вони повинні бути визнані готовими до операції. Лікар загальної практики повинен направляти пацієнта до спеціалізованого лікаря, який займається гендерною дисфорією.

Дані пацієнти мають таке ж право, як і інші пацієнти, на приватне лікування в Великобританії або Європі, яке фінансується Національною службою охорони здоров'я, та отримувати відповідні медичні послуги за кордоном, якщо вони відповідають державним стандартам медичної допомоги.

### **Надання медичної допомоги**

Особи, відповідальні за надання медичних послуг, повинні забезпечити, щоб населення, за яке вони несуть відповідальність, мало доступ до комплексних послуг з лікування гендерної дисфорії, у тому числі міждисциплінарного ведення з початковим доглядом, лікарів, які працюють в команді або мережі, та спеціалістів ендокринної та хірургічної сфери. При наданні спеціалізованих послуг (наприклад, при створенні закладу охорони здоров'я з гендерною спеціалізацією або закладу охорони здоров'я первинного рівня) необхідно забезпечити представництво пацієнтів і зацікавлених сторін, в тому числі їх участь у прийнятті рішень та розробці політики лікування на всіх етапах, в поєднанні з відповідними постачальниками медичних послуг. Пацієнтам має бути запропоновано обрати клінічно відповідні процедури.

Лікування гендерної дисфорії може бути встановлено на міждисциплінарній основі і може включати відомості від лікарів загальної практики, психологів, психіатрів, психотерапевтів, доглядальників, фоніатрів, ендокринологів, дерматологів, хірургів, соціальних робітників та представників інших професій. Всі лікарі повинні прагнути до співпраці з іншими практикуючими фахівцями або колегами, навіть якщо є протилежні думки. На додаток до залучення пацієнтів, лікарі повинні сприяти або надавати інформацію про допомогу в доступній формі для партнерів та/або членів родини пацієнта.

Надання медичних послуг у різних регіонах повинно бути узгоджене. Не повинно бути надмірної затримки, і ризик заподіяння шкоди пацієнту необхідно знизити. Це повинно бути досягнуто через пропонування повного спектру варіантів лікування і розуміння, що не всі

пацієнти будуть потребувати гормони та/або статеву реконструктивну хірургію. Видалення волосся на обличчі для транс-жінок сприяє успішному процесу їх переходу. Видалення волосся з донорського матеріалу, що має відношення до статевої хірургії, повинно фінансуватися для забезпечення успішного результату. Будь-якій особі, яка має діагноз «Гермафродитизм», в тому числі хромосомні аномалії, повинно бути запропоновано рівний доступ до постачальників медичних послуг та молодшого медичного персоналу. Багато пацієнтів, які довгий час спостерігаються фахівцями та мережами, можуть бути направлені на статеву реконструктивну хірургію.

### **Права відповідно до законодавства**

На всіх постачальників медичних послуг у Великобританії поширюється Акт рівності (Equality Act 2010), Акт про права людини (Human Rights Act 1998) та Акт про гендерне визнання (Gender Recognition Act 2004). Внаслідок цього будь-які настанови з лікування, що не відповідають діючому законодавству, ризикують залишитися поза рамками закону внаслідок порушення зазначених юридичних актів. Заклади охорони здоров'я в державному секторі мають рівні зобов'язання. Це означає, що ставлення лікаря, порядок і терміни надання послуг та вибір процедури, запропонованої пацієнту, повинні бути узгоджені. Законодавство вимагає, щоб до пацієнтів ставилися з гідністю і дозволили особисту автономію.

### **Коментар робочої групи:**

*В Україні на всіх постачальників медичних послуг поширюється Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Цивільний кодекс України; Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні»; Закон України «Про захист прав споживачів», Закон України «Про психіатричну допомогу» та інші.*

Повинні бути вжиті заходи для усунення дискримінації (прямої чи непрямої), домагання або переслідування в межах надання послуг щодо тих, хто має «вразливі характеристики», серед яких варто визначити «зміну статі» та «гендерну ідентичність», а також тих, хто безпосередньо пов'язані з такими пацієнтами – партнери, подружжя, інші значущі для них особи і члени їх сімей тощо.

Ці аспекти законодавства актуальні у випадках, коли можуть проявитись без об'єктивних підстав несприятливі порівняння з іншими групами пацієнтів, і коли існують питання автономії, гідності та вибору лікаря чи метода лікування пацієнтом. Існує обов'язок гарантувати справедливий доступ до медичної допомоги при будь-яких обставинах. Це може включати надання альтернативного належного клінічного догляду.

Європейський суд з прав людини за справою Гудвін проти Великобританії [2002] і І. проти Великобританії [2007] (відповідно до статей 8 і 12 Конвенції) зробив зауваження уряду Великобританії і всім іншим установам, що вони повинні дотримуватися позитивного зобов'язання для лікування таких хворих з повагою і гідністю у всіх сферах їх життя, надати їм рівні права і статус зі всіма іншими громадянами. У Великобританії пацієнти перебувають під захистом Закону про права людини 1998 року, який сумісний з Європейською Конвенцією з прав людини. Закон захищає громадян від небажаного вторгнення в їх приватне життя (стаття 8). За справою R (про застосування довічного ув'язнення) проти Державного секретаря з питань юстиції та інших [2010] Суд постановив, що передопераційна транс-жінка, яка підлягає довічному ув'язненню за злочини, що були скоєні під час перебування у чоловічій гендерній ролі, а саме за вбивство з причини провокації і спробу звалтування, має право відбувати покарання у жіночій в'язниці, відповідно до її прав людини.

**Коментар робочої групи:**

*В Україні захист прав від вторгнення в особисте життя гарантується Конституцією України та Цивільним кодексом. Тлумачення права на особисте життя міститься у рішенні Конституційного суду № 2-рп/2012: «вільно, на власний розсуд визначати свою поведінку у сфері свого приватного життя і можливість ознайомлення з ним інших осіб». Тому право на зміну статевої належності є складовою частиною права на приватне життя та є реалізацією права на індивідуальність.*

*Згідно зі ст. 51 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зміна статевої належності відбувається за проханням пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, йому може бути проведено шляхом медичного втручання в закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності. Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі.*

*Медико-біологічні та соціально-психологічні показання та процедура видачі Медичного свідоцтва про зміну статевої належності передбачені УКПМД «Гендерна дисфорія».*

Після того, як пацієнти офіційно змінили свої імена і вимогу звернення до них відповідно до гендерної ролі, всі лікарі загальної практики та працівники інших закладів охорони здоров'я повинні внести до записів відповідні поправки, що відображають цю зміну. Деякі пацієнти отримують бланк заяви або лист опитування, щоб відзначити зміну їх імені, але це не є обов'язковим і процедури не повинні залежати від надання такого роду документації. Той факт, що пацієнт має намір пройти або проходить лікування гендерної дисфорії, не повинно бути розголошено іншим фахівцям у галузі охорони здоров'я та колегам за межами лікування. Створення добрих відносин і довіри між пацієнтами і їх лікарями особливо важливо. Забезпечення конфіденційності та безпечного ведення обліку має першорядне значення. Медична необхідність для того, щоб врятувати життя, є винятком з цього правила або коли деякій частині медичної команди це потрібно знати для лікування. У Великобританії, наприклад, вимагається слідувати процедурі Колдікотт (Caldicott, 1997).

**Коментар робочої групи:**

*Зміни до відомостей про особу у медичній документації вносяться після отримання нею Медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності.*

У Великобританії люди можуть звернутися до Бюро встановлення гендеру для отримання Свідоцтва про визнання їх статевої належності. Заявники в рамках цього процесу повинні продемонструвати, що вони мали діагноз гендерної дисфорії і що вони жили в гендерній ролі, яку можна порівняти з гендерною ідентичністю протягом принаймні 2-х років. Після того, як Бюро встановлення гендеру видає відповідний Сертифікат, Заявник повинен, відповідно до положень цього сертифікату, бути визначений як чоловік або жінка, а не «транс-чоловік» або «транс-жінка».

Видача сертифікату не впливає на майнові чи немайнові особисті права та існуючі юридичні факти, що сталися до видачі сертифікату (розділ 9 (2) Закону про гендерне визнання 2004).

Сертифікат про визнання статевої належності передбачає право вийти за особу протилежної статі або вступити в громадянське партнерство з особою тієї ж статі. Актом також внесені відповідні зміни до закону, що регулює соціальне забезпечення, допомогу і пенсію.

Розділ 22 Акту про гендерне визнання (2004) був введений для захисту прав і особливо права на особисте життя транссексуальних осіб відповідно до статті 8 Європейської конвенції з прав людини і передбачає сувору кримінальну відповідальність для людини, яка придбала захищену інформацію, та для посадової особи, яка розкрила цю інформацію будь-

якій іншій особі. Ця інформація має відноситися до людини, яка зробила заявку на отримання Сертифікату про визнання статевої належності, тому значну увагу має бути приділено забезпеченню зберігання цих записів та історій хвороб окремих пацієнтів. Відповідно до розділу 9 Акту після отримання Сертифікату про визнання статевої належності змінюються інші документи відповідно до обраної статі.

***Коментар робочої групи:***

*Внесення змін до актового запису про народження у зв'язку зі зміною статі в Україні відбувається на підставі п.п.2.1. п.2 наказу Міністерства Юстиції України від 12.01.2011 р. № 96/5 «Про затвердження Правил внесення змін до актових записів цивільного стану, їх поновлення та анулювання».*

Законодавчим актом 2005 року № 635 введені деякі додаткові виключення до статті 22: не вважається злочином розкриття інформації, що було зроблено працівником охорони здоров'я, якщо це зроблено для медичних цілей і особа, яка здійснює розкриття, дійсно вважає, що людина дала згоду на розкриття або не може дати таку згоду. "В медичних цілях" включає в себе цілі профілактичної медицини, медичної діагностики та надання догляду та лікування. Це може бути лікування гендерної специфіки як, наприклад, пов'язані з обстеженням на рак молочної залози або рак передміхурової залози, коли хірургічне втручання не відбулося. "Медпрацівник" означає зареєстрований медичний практик, зареєстрований стоматолог, зареєстрований лаборант, дипломована медсестра, особа, зареєстрована як працівник охорони здоров'я, та згідно з Health Professionals Order 2001 фельдшер або практикуючий хірург. Крім того, цей перелік включає в себе людину, яка працює на законних підставах в якості стажиста в будь-якій із вказаних професій.

***Коментар робочої групи:***

*На жаль, в Україні немає такого чіткого регулювання щодо гарантій прав осіб, які змінюють статеву належність. Тому на них поширюються всі загальні права та гарантії, передбачені діючим законодавством.*

**Направлення на лікування**

Медичні послуги при гендерній дисфорії зазвичай надаються лікарями-спеціалістами. Підтримка лікарями загальної практики, які готові відігравати активну роль у підтримці направлення на лікування, має важливе значення.

Спеціалісти, лікарі та заклади охорони здоров'я повинні надати пацієнтам для ознайомлення джерела з докладною інформацією про медичні послуги і клінічні протоколи.

Дорослі з гендерною дисфорією повинні мати рівний доступ без дискримінації до повного спектру доступної допомоги та послуг, незалежно від етнічної приналежності, культурного фону або інвалідності. Деякі групи можуть мати додаткові вимоги.

Ті, хто звертаються до закладів охорони здоров'я вперше, повинні звернутися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря, або вони можуть бути направлені психологом чи психіатром або центром сексуального здоров'я до лікаря загальної практики. Якщо гострі потреби пацієнтів не можуть бути задоволені у відповідному закладі охорони здоров'я протягом розумного і безпечного часу, вони можуть бути передані в якості тимчасового заходу місцевому ендокринологу чи психотерапевту перед тим, як стати на облік до лікаря-психіатра.

Ті, хто відбувають покарання у в'язниці, повинні мати доступ як до місцевих служб охорони психічного здоров'я для догляду, не пов'язаного із гендерною дисфорією, так і до лікаря психіатра, який в змозі займатися супроводом пацієнтів із гендерною дисфорією.

**Мультидисциплінарна допомога**

Первинна медична допомога продовжує грати центральну роль у наданні медичної і психологічної допомоги для більшості пацієнтів. Бажано, щоб один практикуючий лікар



прийняв на себе провідну роль у сприянні скоординованої допомоги. Лікарі загальної практики можуть взяти на себе цю роль. Відповідно до нового визначення особливо важливо, що процес лікування локально узгоджується зі спеціалістами, які надають третинні послуги. Вся інформація повинна використовуватися спільно з лікарем загальної практики, і відомості про пацієнта та його лікування повинні бути доступні всім лікарям, які задіяні в процесі надання медичної допомоги.

Для лікування гендерної дисфорії можуть бути залучені різні фахівці. Цим лікарям немає необхідності працювати в одній лікарняній структурі. Дійсно, якщо права пацієнтів обмежуються таким фактором, вони можуть не отримати усіх переваг вибору лікарів та методів лікування. Тим не менш, бажано, щоб лікарі встановили між собою взаємодію.

Як би не був міждисциплінарний підхід організований – вибір пацієнтом лікарів чи закладу охорони здоров'я не повинен бути надмірно обмеженим, і надання йому допомоги не повинно бути необґрунтовано затягнуто в часі.

### **Коментар робочої групи:**

*На жаль, в Україні немає єдиного закладу охорони здоров'я, який би міг надавати мультисциплінарну допомогу пацієнту, починаючи з прийому пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем, закінчуючи оперативними втручаннями зі статевореконструктивної хірургії. Мультисциплінарний підхід полягає в тому, що пацієнта оперативно направляють від одного фахівця до іншого.*

### **Час очікування**

Відповідно до належної практики заклади охорони здоров'я повинні приймати всі розумні заходи, щоб забезпечити пацієнта реалістичним розумінням часу, який буде потрібен для їх лікування. Пацієнти повинні бути впевнені, що процес їх лікування займе певний термін. Заклади охорони здоров'я повинні також постійно приймувати заходи, щоб гарантувати ці строки. Відповідальність за «невиправдану затримку», що виникає від неклінічних обставин, може бути покладена на керівництво закладів охорони здоров'я.

### **Центральна роль пацієнта та гнучкість лікування: інформована згода і результати**

Ідея дати можливість людям зробити усвідомлений вибір щодо їх власного здоров'я – один з головних принципів у сучасній медичній думці, що червоною ниткою проходить крізь медичне та соціальне законодавство. Слід проявляти обережність, щоб поважати автономію пацієнта при прийнятті рішень протягом усього часу надання йому допомоги. За законом, «інформована згода» і «компетентність дати згоду» означають, що пацієнт повинен зрозуміти природу, цілі та наслідки всіх медичних процедур, які повинні бути йому надані. Протягом усіх етапів лікування лікар несе зобов'язання інформувати пацієнтів про варіанти та переваги лікування, потенційні небажані побічні ефекти та ризики для здоров'я у зрозумілій для пацієнта формі. Переваги та недоліки відмови від лікування повинні також бути обговорені. Інформація для пацієнтів та відповідна документація повинна бути представлена у встановлені терміни. Відповідно до кращої практики форми згоди на лікування підписуються та датуються як пацієнтом, так і лікарем.

Лікування має бути зосереджене на пацієнті із урахуванням його індивідуальних переваг, потреб та обставин. Лікування не повинно бути примусовим і пацієнт повинен мати клінічно безпечний індивідуальний вибір. Пацієнту слід надати істотну роль у визначенні видів лікування, придатних для нього. Це може включати вибір щодо темпів і послідовності лікування, а також отриманих ним медичних послуг. Фахівці повинні підтримувати пацієнта в прийнятті цих рішень. Гнучкий підхід до догляду та задоволення потреб індивіда є рекомендованим. У разі розбіжностей між лікарем і пацієнтом в останнього виникає автоматичне право на отримання незалежної оцінки з боку іншого фахівця, який працює в цій сфері.

Існує зростаюче визнання того, що багато людей не розцінюють себе відповідно до бінарної статевої системи: із розподілом на чоловіків та жінок. Ця ідея повинна впливати на вибір їх лікування. Певні пацієнти, які відкидають гендерні концепції в цілому і бачать себе поза гендером, можуть вимагати гендер-нейтралізуючого (genderneutralising) лікування від відповідних клінічних служб. Таким чином, не всі елементи лікування будуть необхідними або бажаними в кожному окремому випадку, і їх послідовність не буде відповідати жорстко встановленому зразку. Для окремих пацієнтів деякі травмуючі операції можуть не бути прийнятними або можливими.

Вважається, що лікування призводить до гарних результатів, якщо воно включає поєднання прийому гормонів і певну комбінацій хірургічних процедур для приведення зовнішності пацієнта до бажаного гендеру після проходження психологічної оцінки. При цьому пацієнт отримує психологічну підтримку.

Дослідження, що розглядає пост-генітальну хірургію як кінцеву точку лікування, показало, що лише 3,8% пацієнта незадоволені лікуванням і що більшість пацієнтів задоволені (Landen та ін, 1998). Дослідження показало, що пацієнти незадоволені, у випадках, де був недолік сімейної підтримки. Огляд більше 80 тематичних досліджень за 30 років показав, що лікування ефективне (Pfäfflin і Junge, 1998). Lawrence (2003) виявив, що найбільш значущим чинником для жалю був неякісний результат хірургічного втручання. Smith та ін. (2005) зробили проспективне дослідження і виявили, що жоден пацієнт не був насправді незадоволеним, 91,6% були задоволені їх зовнішнім виглядом, а решта 8,4% були нейтральними. Це дослідження показує, що жінки, які жили в ролі гетеросексуальних чоловіків до переходу до життя як жінки, мали ризик меншої кількості задовільних результатів. Це був окремий випадок, коли зовнішність і психологічне функціонування були несприятливими, а статева дисфорія загострювала стан пацієнта. Люди з додатковими труднощами були схильні до більшого ризику припинення лікування в цілому, а ті, які продовжували лікування, могли потребувати додаткового терапевтичного догляду до і навіть після операції.

Фактори, які допомагають підтримувати успішні результати, включають: гендерну ідентичність і психологічну стійкість до і після операції, адекватну психологічну підготовку, а також перехід в ранньому віці (De Cuypere та ін, 2006), при наявності належним чином оформленої інформованої згоди про зміни, ризику та результати. Дослідження, проведене у Великобританії, показало високий рівень задоволеності (98%) після статево-реконструктивної операції (Schonfield, 2008). Два дослідження результатів у жінок і чоловіків показали, що вони добре працюють на фізичному, емоційному, психологічному та соціальному рівні (Weyers та ін, 2009; Wierckx та ін, 2011). В цілому, є ряд досліджень, в яких повідомляється про надзвичайно високу задоволеність трансгендерних пацієнтів, які пройшли геніально-реконструктивну хірургію.

### **Діти та підлітки**

Ця Настанова не регулює безпосередньо надання послуг дітям та підліткам. Тим не менш, рекомендується, щоб передача від підліткових до дорослих служб досягалась шляхом підтримання зв'язків між закладами охорони здоров'я з метою, щоб лікування тривало без перерви. Якщо лікування ще не було застосовано, воно може бути розпочато своєчасно з урахуванням клінічної і соціальної історії підлітка.

Зворотне гормональне блокуюче втручання (аналог гонадотропін-релізінг-гормону) для підлітків на ранніх стадіях статевого дозрівання та розвитку вже був введений у Великобританії (2011) в Тавістокській службі гендерної ідентичності в рамках протоколу дослідження. Ця служба працює у взаємодії з педіатричною та підлітковою ендокринологічною службою в Університетському коледжі Лондонського госпіталю. Деякі молоді люди можуть приймати гормональну терапію, перш ніж вони будуть передані до закладів охорони здоров'я для дорослих. Британська спілка з дослідження ендокринології та діабету рекомендує вести догляд за підлітками, якщо такий догляд запропонований фахівцем багатопрофільної групи на індивідуальній основі (Британська спілка з дослідження

ендокринології та діабету, 2009). Інші публікації підтримують гормонально-блокуюче втручання на початку статевого дозрівання (Vrije Universiteit Medical Center в Амстердамі, Нідерланди, чия команда є першовідкривачем даного підходу (de Vries та ін, 2006; Cohen-Kettenis та ін, 2011).

Аналогічні матеріали включають в себе клінічні настанови Американської ендокринної асоціації (Hembree та ін, 2009) і стандарти медичної допомоги WPATH (World Professional Association for Transgender Health, 2011).

### **Коментар робочої групи:**

*Оскільки в оригінальній постанові питання лікування дітей та підлітків не було розкрито, члени робочої групи доповнили даний розділ інформацією з інших джерел.*

## **Особливості надання медичної допомоги малолітнім та неповнолітнім пацієнтам із гендерною дисфорією**

### **Клінічна картина у дітей**

*Деякі діти, починаючи з 2 років, можуть проявляти риси, які вказуватимуть на трансгендерність. Вони можуть виявляти бажання належати до іншої статі і можуть бути незадоволені своїми фізичними статевими ознаками чи гендерними функціями. Крім того, вони можуть віддавати перевагу одягу, іграм та іграшками, які зазвичай у суспільстві пов'язані з іншою статтю, і віддавати перевагу у спілкуванні та іграх ровесникам іншої статі. У цих рисах проявляється неоднорідність: певна частина дітлахів демонструє вкрай гендерно неконформну поведінку і бажання, що супроводжується постійним і сильним дискомфортом з приводу своїх первинних статевих ознак чи гендерної ролі. В інших дітей ці характеристики не такі сильні чи присутні лише частково [Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a]. Діти зі статевої дисфорією відносно часто мають сунутні інтерналізовані розлади, такі як тривожність і депресія [Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley & Ameeriar, 2002]. Є дані, що поширеність розладів аутичного характеру у направлених в клініки дітей з гендерною дисфорією вища, ніж у решти населення [de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010].*

### **Клінічна картина у підлітків**

*У більшості дітей прояви трансгендерної поведінки та гендерна дисфорія зникнуть до пубертатного періоду або в ранній його стадії. Однак у деяких дітей ці почуття посиляться, і відразу до тіла та до статево-соціальних функцій розвинеться або зросте у міру їх перетворення в підлітків і розвитку вторинних статевих ознак [Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995]. Дані одного дослідження вказують на те, що більш крайні ступені гендерної некомфортності в дитинстві пов'язані зі збереженням гендерної дисфорії в пізньому підлітковому періоді і в ранній дорослості [Wallien & Cohen-Kettenis, 2008]. Тим не менш, багато підлітків і дорослих, які звертаються з приводу статевої дисфорії, не повідомляють про прояви трансгендерної поведінки в дитинстві [Docter, 1988; Landen, Walinder & Lundstrom, 1998] або навмисно акцентують на ній увагу для отримання бажаного діагнозу, що дозволить їм змінити статеву належність. Тому для оточуючих (батьків, інших членів сім'ї, друзів і членів спільноти) може стати несподіванкою, коли гендерна дисфорія вперше проявляється в підлітковому віці. Підлітки, які відчувають свої первинні та/або вторинні статеві ознаки і свою юридичну стать не відповідними своїй статевій ідентичності, можуть відчувати сильний дистрес. Багато хто, хоча й не всі, серед підлітків з гендерною дисфорією мають сильне бажання приймати гормони і зробити хірургічну корекцію. За досвідом провідних європейських країн та США зростає кількість підлітків, які починають жити у своїй бажаній гендерній ролі до надходження в старші класи [Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003].*

### **Епідеміологія гендерної дисфорії серед дітей та підлітків**

Важлива відмінність між дітьми та підлітками зі статевою дисфорією полягає в пропорції тих, для кого дисфорія зберігається у дорослому віці. Гендерна дисфорія в період дитинства необов'язково продовжується у дорослому віці. Навпаки, в катамнестичних дослідженнях дітей препубертатного віку (в основному хлопчиків), яких направляли в клініки для оцінки гендерної дисфорії, дисфорія зберігалася у дорослості тільки у 6-23% дітей [Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995]. Хлопчики в цих дослідженнях частіше ідентифікували себе при дорослішанні в якості геїв, ніж в якості трансгендерів [Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984]. Новітні дослідження, що також включили дівчаток, встановили збереження статевої дисфорії у дорослості на рівні 12-27% [Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, +2008].

Для підлітків, навпаки, збереження гендерної дисфорії у дорослості набагато більш ймовірно. Ніяких офіційних перспективних досліджень не існує. Однак катамнестичне дослідження 70 підлітків, яким був поставлений діагноз «гендерна дисфорія» і які отримували гормони, що пригнічують статеве дозрівання, показало, що всі піддослідні в подальшому здійснили зміну статі, почавши з фемінізуючої /маскулінізуючої гормональної терапії [de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010].

Ще одна відмінність між дітьми та підлітками зі статевою дисфорією полягає в чисельному співвідношенні статей в кожній віковій групі. Серед направлених у клініку дітей зі статевою дисфорією молодше 12 років співвідношення хлопчиків до дівчаток коливалося від 6:1 до 3:1 [Zucker, 2004]. Серед направлених до клініки підлітків зі статевою дисфорією старше 12 років співвідношення чоловічої /жіночої статей близько 1:1 [Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003].

Як було зазначено Zucker і Lawrence (2009 г.), офіційних епідеміологічних досліджень щодо статевої дисфорії – у дітей, підлітків і дорослих – не вистачає. Необхідні додаткові дослідження для уточнення оцінок її поширеності і тривалості серед населення різних країн світу.

### **Надходження пацієнта, дії лікаря загальної практики-сімейного лікаря**

Щоб розпочати медичну допомогу дитині чи підлітку із гендерною дисфорією батьки чи інші законні представники пацієнта разом із ним мають звернутися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який має спрямувати його до лікаря-психіатра для подальшої оцінки та вирішення питання щодо медичних втручань. Всі фахівці мають відкрити карту амбулаторного хворого за формою 025/о та вести записи, аналогічні тим, що ведуться для дорослих пацієнтів. Дії аналогічні діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря при наданні допомоги дорослим пацієнтам, але з врахуванням вимог ст. 150;157 Сімейного Кодексу України, ст. 284 і 285 Цивільного кодексу України та ст.38, 39, 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

### **Особливості діагностування малолітніх та неповнолітніх пацієнтів**

Дії лікаря-психіатра дитячого аналогічні діям лікаря-психіатра при наданні допомоги дорослим пацієнтам відповідно до чинного УКУПД, але з врахуванням вимог ст. 150;157 Сімейного Кодексу України, ст. 284 і 285 Цивільного кодексу України та ст. 38,43 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Але існують деякі особливості.

Головними завданнями лікаря-психіатра дитячого є:

1. Безпосередньо оцінювати гендерну дисфорію у дітей та підлітків.
2. Надавати сімейне консультування та підтримуючу психотерапію (якщо лікар-психіатр має відповідну кваліфікацію), щоб допомогти дітям і підліткам досліджувати їх статеву ідентичність, знижуючи дистрес, пов'язаний з їх гендерною дисфорією, і полегшуючи будь-які інші психосоціальні труднощі.

3. Оцінювати і лікувати будь-які супутні проблеми із психічним здоров'ям дітей і підлітків (або направляти на лікування до іншого фахівця із психічного здоров'я). Вирішення таких проблем є необхідним елементом усього курсу лікування.

4. Направляти підлітків на медичні втручання (такі як гормональне придушення статевого дозрівання та психотерапію) для зменшення гендерної дисфорії. Направлення повинно включати документацію з оцінкою гендерної дисфорії і психічного здоров'я, відповідність підлітка вимогам для медичних втручань (описано нижче), відповідний висновок лікаря-психіатра і будь-яку іншу інформацію, пов'язану зі здоров'ям підлітка і направленням на окремі види лікування.

5. Просвіщати і виступати на захист дітей та підлітків з гендерною дисфорією та їх сімей в їх співтовариствах (наприклад, в центрах денного догляду за дітьми, школах, дитячих таборах, інших організаціях). Це особливо важливо зважаючи на той факт, що діти і підлітки, які не відповідають запропонованим суспільством гендерним нормам, можуть відчувати в подібних закладах нападку та тиск [Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005], а також піддаються ризику соціальної ізоляції, депресії та іншим негативним наслідкам [Nuttbrock et al., 2010].

6. Надавати дітям, підліткам та їх сім'ям інформацію і направлення до мереж взаємодопомоги, таких як групи підтримки для батьків дітей-транссексуалів [Gold & MacNish, +2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002].

Оцінка та діагностування гендерної дисфорії у дітей та підлітків аналогічна оцінці та діагностуванню гендерної дисфорії у дорослих, але має певні особливості.

Головною особливістю є те, що дітям та підліткам при наявності в них гендерної дисфорії встановлюється діагноз за шифром F64.2 згідно з МКХ-10 «розлад статевої ідентифікації у дитячому віці» і тільки після досягнення повноліття він може бути переоцінений в залежності від симптомів до відповідної дорослої нозологічної одиниці.

При оцінці дітей і підлітків, які звертаються з приводу гендерної дисфорії, лікарю-психіатру слід в цілому керуватися такими принципами:

1. Лікарі-психіатри не повинні відкидати або висловлювати негативне ставлення до трансгендерності або ознак гендерної дисфорії. Скоріше, їм слід визнавати проблеми, з якими звертаються діти, підлітки та їх сім'ї, пропонувати ретельну оцінку гендерної дисфорії і будь-яких супутніх проблем психічного здоров'я та просвіщати пацієнтів та їх сім'ї з приводу варіантів лікування, якщо необхідно. Прийняття і зняття секретності здатне принести значне полегшення дітям /підліткам з гендерною дисфорією та їх родинам.

2. Оцінка гендерної дисфорії і психічного здоров'я повинна досліджувати природу й особливості гендерної ідентичності дитини чи підлітка. Повинна бути виконана психодіагностична і психіатрична оцінка (що охоплює сферу функціонування емоцій, взаємин з однолітками та інших соціальних зв'язків; функціонування інтелекту / досягнення у навчанні). Оцінка повинна включати аналіз сильних і слабких сторін функціонування сім'ї. Емоційні та поведінкові проблеми часто поширені, і в оточенні дитини чи підлітка можуть бути невирішені особисті проблеми [de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thumtel, 2006; Wallien et al., 2007].

3. У підлітків стадія оцінки повинна також використовуватися для інформування їх та їх сімей про можливість та обмеження різних видів лікування. Це необхідно для інформованої згоди, але також важливо і для оцінки. Те, як підлітки реагують на інформацію про реальність зміни статі, може бути інформативним з діагностичної точки зору. Правильна інформація може змінити бажання підлітка пройти певне лікування, якщо бажання ґрунтувалося на нереалістичних очікуваннях про його можливості.

Недосвідчені лікарі-психіатри можуть переплутати симптоми гендерної дисфорії у дітей та підлітків з маренням. З точки зору феноменології, існує якісна відмінність між проявом гендерної дисфорії і проявом марення або інших психотичних симптомів. Переважна більшість дітей та підлітків з гендерною дисфорією не страждають на приховані важкі психіатричні захворювання, такі як психотичні розлади [Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis]. Найчастіше підлітки з гендерною дисфорією мають супутні

інтерналізовані розлади, такі як тривожність і депресія, і/або екстерналізовані розлади, такі як опозиційний розлад непокорі [de Vries et al., 2010]. Встановлено, що у дітей з гендерною дисфорією поширеність супутніх розладів аутичного характеру більша, ніж у решти одноліток [de Vries et al., 2010].

Лікарю-психіатру варто уникати встановлення інших діагнозів, не пов'язаних із гендерною дисфорією, оскільки лікування не гендерної дисфорії, а іншого психіатричного розладу може нанести шкоду психічному здоров'ю малолітньої чи неповнолітньої особи, при цьому на пацієнта буде впливати дистрес гендерного розладу.

Після встановлення діагнозу, пов'язаного із гендерною дисфорією, за письмовою згодою батьків чи інших законних представників малолітньої чи неповнолітньої особи, лікар-психіатр дає направлення до медичного втручання з психотерапії до лікаря-психотерапевта та/чи гормональної терапії до лікаря-ендокринолога. Обговорюється питання щодо часткового та, з часом і в залежності від стану пацієнта та оточення, повного гендерного переходу.

Розробляється та погоджується з батьками чи іншими законними представниками малолітньої чи неповнолітньої особи Індивідуальний план обстеження і лікування.

При факті встановлення діагнозу, пов'язаного із гендерною дисфорією у дитині чи підлітка, але при відмові батьків чи інших законних представників малолітньої чи неповнолітньої особи від подальшого направлення на отримання медичних послуг, лікар-психіатр зобов'язаний повідомити про цей факт органи опіки та піклування, оскільки гендерна дисфорія може викликати депресії чи стати підґрунтям для розвитку психічних та соматичних захворювань та розладів або для суїцидальної поведінки.

У виключних випадках, коли батьки чи інші законні представники малолітньої чи неповнолітньої особи умисно перешкоджають її лікуванню з релігійних чи етичних стереотипів, при цьому в пацієнта вже були спроби самогубства чи існує реальна загроза розвитку важкого психіатричного захворювання на підґрунті гендерної дисфорії – лікар-психіатр має ініціювати у відповідному органі опіки та піклування процедури відібрання дитини чи підлітка у батьків та позбавлення батьківських прав з подальшим її переданням до соціальної родини чи усиновлювачам.

### **Медичні втручання для підлітків**

Медичні втручання для малолітніх осіб, окрім психотерапії, в Україні заборонені. Неповнолітні особи можуть також отримувати гормональну терапію з метою призупинення їх статевого дозрівання та для формування ознак протилежної статі, при наявності згоди батьків на цей вид лікування.

### **Психотерапія малолітніх та неповнолітніх пацієнтів із гендерною дисфорією**

Діяльність лікаря-психотерапевта при наданні медичної допомоги підліткам із гендерною дисфорією аналогічна діяльності лікаря-психотерапевта при наданні допомоги дорослим пацієнтам, але з врахуванням вимог ст. 150;157 Сімейного Кодексу України, ст. 284 і 285 Цивільного кодексу України та ст.38, 39, 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Вона має деякі особливості.

При підтримці та лікуванні дітей та підлітків з гендерною дисфорією лікарю-психотерапевту слід в цілому керуватися такими принципами:

1. Лікарі-психотерапевти повинні допомагати сім'ям відгукуватися любов'ю і турботою на проблеми своєї дитини чи підлітка, який зазнає статевої дисфорії. Сім'я відіграє важливу роль у психологічному здоров'ї і благополуччі дитини чи підлітка [Brill & Ferrer, 2008; Lev, 2004]. Це також стосується однолітків і наставників зі спільноти, тому вони можуть послужити додатковим джерелом соціальної підтримки.

2. Психотерапія повинна бути зосереджена на зменшенні у дитини чи підлітка негативного впливу гендерної дисфорії і на полегшенні будь-яких інших психосоціальних труднощів. Для підлітків, які бажають в подальшому змінити статеvu належність, психотерапія може бути зосереджена на підтримці до, під час і після зміни. Поки ще не

опубліковано жодних офіційних оцінок різних психотерапевтичних підходів до даної ситуації, але кілька методів консультування вже описано [Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, +2009; Zucker, 2006].

3. Лікування, спрямоване на спробу змінити статеву ідентичність і гендерне самовираження індивіда з метою їх більшої відповідності зареєстрованій статі, робилося в минулому безуспішно [Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964], зокрема, в довгостроковій перспективі [Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965]. Таке лікування більше не вважається етичним і в Україні заборонено.

4. Слід допомагати сім'ям справлятися з невизначеністю, тривогою та забобонами з приводу психосексуальних результатів лікування їх дитини / підлітка і заохочувати їх допомогу підліткам з формування позитивної самооцінки.

5. Лікарі-психотерапевти не повинні нав'язувати бінарні гендерні норми. Вони повинні дати пацієнту простір для дослідження різних варіантів гендерного самовираження. Гормональні втручання одним підліткам необхідні, а іншим – ні.

6. Пацієнтів та їх сім'ї необхідно підтримувати у прийнятті складних рішень щодо межі, до якої ним можна виражати гендерну роль, відповідну їх статевої ідентичності, а також щодо розподілу в часі змін до гендерної ролі і можливого соціального переходу. Наприклад, пацієнт міг відвідувати школу, здійснюючи соціальний перехід лише частково (наприклад, одягаючись і маючи зачіску, що відображають його статеву ідентичність) або цілком (наприклад, також використовуючи ім'я та займенники, відповідні його гендерної ідентичності). До складних питань відносяться: чи слід і коли інформувати інших людей про ситуацію пацієнта, і як інші повинні реагувати.

7. Лікарі-психотерапевти повинні підтримувати пацієнтів та їх сім'ї як просвітителі і захисники в їх взаємодіях з членами спільноти і властями, такими як вчителі, шкільні ради і суди.

8. Лікарям-психотерапевтам необхідно прагнути до підтримання лікувальних взаємин з трансгендерними дітьми / підлітками та їх сім'ями протягом всіх наступних соціальних змін або медичних втручань. Це забезпечить продуманість і регулярний перегляд рішення про гендерне самовираження та лікування гендерної дисфорії. Та ж сама аргументація застосовується, коли дитина чи підліток уже змінив у суспільстві гендерну роль до візиту до лікаря-психотерапевта.

### **Особливості гендерного переходу в дитинстві чи підлітковому віці**

Деякі діти заявляють, що вони хотіли б здійснити гендерний перехід задовго до статевого дозрівання. У деяких дітей це може відображати самовираження їх статевої ідентичності. В інших це може бути мотивовано іншими факторами. Сім'ї різняться в межах, до яких вони дозволяють своїм дітям молодшого віку здійснити перехід до іншої гендерної ролі. Успішний соціальний перехід в ранньому дитинстві дійсно має місце в деяких сім'ях. Це питання суперечливе, і медичні фахівці дотримуються різних поглядів. Існуючої сукупності даних недостатньо для прогнозування довгострокових результатів здійснення переходу гендерної ролі в ранньому дитинстві. Дослідження результатів у дітей, які здійснили ранній гендерний перехід, значно доповнить наступні клінічні рекомендації.

Медичні фахівці можуть допомогти сім'ям у прийнятті рішень про розподіл в часі і процесі будь-яких змін до гендерної ролі у їх дітей. Вони повинні надавати інформацію і допомагати батькам зважити всі можливі вигоди і складності того чи іншого вибору. У цьому випадку доречно згадати раніше згадані порівняно низькі показники тривалості гендерної дисфорії в дитинстві [Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, +2008]. Повернення до первісної гендерної ролі може викликати сильний дистрес і навіть приводити до відкладання цього другого соціального переходу з боку дитини [Steensma & Cohen-Kettenis, 2011]. За таких причин батьки можуть хотіти представити цю зміну ролі як дослідження життя в іншій гендерній ролі, а не як необоротну ситуацію. Фахівці з психічного здоров'я

можуть допомогти батькам у визначенні можливих проміжних рішень або компромісів (наприклад, тільки коли на канікулах). Також важливо, щоб батьки ясно дали дитині знати, що є шлях назад.

Незалежно від рішень сім'ї щодо переходу (розподіл у часі, межа), фахівці повинні консультиувати і підтримувати їх в міру їх переживання варіантів і наслідків. Якщо батьки не дозволяють своїй дитині молодшого віку здійснити перехід гендерної ролі, їм може знадобитися консультивання, щоб допомогти задовольнити потреби їх дитини з чуйністю і турботою, гарантуючи, що у дитини є всі можливості досліджувати гендерні відчуття і поведінку в безпечному середовищі. Якщо батьки дозволяють своїм дітям здійснити перехід гендерної ролі, їм може знадобитися консультивання для сприяння позитивному досвіду їх дитини. Наприклад, їм може бути потрібна підтримка у використанні правильних займенників, створенні безпечного і дружнього середовища для їх дитини (наприклад, в школі або групі однолітків) і в спілкуванні з іншими людьми в оточенні дитини. У кожному разі, в міру наближення дитини до статевого дозрівання може знадобитися подальша оцінка, коли варіанти фізичних втручань стануть доречними.

### **Особливості замісної гормональної терапії у пацієнтів із гендерною дисфорією підліткового віку**

Діяльність лікаря-ендокринолога дитячого при наданні медичної допомоги дітям та підліткам аналогічна медичній допомозі дорослим пацієнтам, але з урахуванням вимог ст. 150;157 Сімейного Кодексу України, ст. 284 і 285 Цивільного кодексу України та ст.38, 39, 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Проте вона має деякі особливості.

Перш ніж розглядати варіанти медичного втручання для підлітків, як зазначено вище, необхідно провести всебічне вивчення психологічних, сімейних і соціальних аспектів. Тривалість цього вивчення може значно відрізнятись, залежно від складності ситуації. Фізичні втручання повинні розглядатись в контексті підліткового розвитку. Деякі висловлювання підлітка щодо переконань з приводу ідентичності можуть твердо дотримуватись і чітко висловлюватись, створюючи хибне враження незворотності. Зрушення підлітка в сторону трансгендерності може статись, в основному, в догоду батькам і може не зберегтись надовго чи провокувати розвиток гендерної дисфорії [Hembree et al., 2009; Steensma et al.].

Гормональні втручання для підлітків підрозділяються на дві категорії або стадії [Hembree et al., 2009]:

1. Повністю оборотні втручання. Включають застосування аналогів ГнРГ для придушення секреції естрогену або тестостерону і, таким чином, затримують фізичні зміни, що викликаються статевим дозріванням. Альтернативні варіанти лікування включають прогестини (найчастіше медроксипрогестерон) або інші препарати (такі як спіронолактон), які зменшують вплив андрогенів, що виділяються яєчками підлітків, які не отримують аналогів ГнРГ. Тривалий прийом пероральних контрацептивів (або депо медроксипрогестерону) може використовуватись для придушення менструації.

2. Частково оборотні втручання. Включають гормональну терапію для маскулінізації або фемінізації тіла. Деякі зміни, що викликаються гормонами, можуть вимагати відновних операцій для звернення їх впливу (наприклад, гінекомастія, викликана естрогенами), у той час як інші зміни незворотні (наприклад, зниження голосу, викликане тестостероном).

Повністю незворотні втручання у закладах охорони здоров'я України не проводяться.

Поетапний процес рекомендується для того, щоб варіанти лікування залишалися доступними протягом перших двох стадій. Перехід від однієї стадії до іншої не повинен відбуватися, поки не пройде достатньо часу для того, щоб підліток і його батьки повністю звикли до результатів попередніх втручань.

### **Повністю оборотні втручання**

Підлітків можна вважати придатними для призначення пригнічуючих статеве дозрівання гормонів, як тільки почалися пубертатні зміни, але не раніше настання віку, коли



вони визнаються неповнолітніми особами відповідно до діючого законодавства. Для того, щоб підлітки та їх батьки могли прийняти обґрунтоване рішення про затримку дозрівання, рекомендується, щоб підлітки пройшли початок статевого дозрівання до, принаймні, другого стадії Таннера. Деякі діти доходять до цієї стадії дуже рано (наприклад, у віці 9 років). Дослідження, що оцінюють цей підхід, включали дітей, яким було як мінімум 12 років [Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006]

Дві мети виправдовують втручання із застосуванням гормонів, що пригнічують статевий дозрівання:

1) їх застосування дає підліткам більше часу на дослідження їх гендерної ідентичності та трансгендерності та інших питань розвитку;

2) їх застосування може полегшити перехід шляхом попередження розвитку статевих ознак, які важко або неможливо усунути, якщо підліток згодом продовжить зміну статі.

Придушення статевого дозрівання може тривати кілька років, протягом яких приймається рішення або про припинення всієї гормональної терапії, або про перехід до фемінізуючої / маскулінізуючої гормональної терапії. Придушення статевого дозрівання необов'язково неминуче веде до гендерного переходу або зміни статі.

Критерії для призначення гормонів, що пригнічують статеве дозрівання

Для призначення підліткам пригнічуючих статеве дозрівання гормонів повинні бути дотримані такі мінімальні критерії:

1. У підлітка проявляється довгострокова і сильна гендерна дисфорія (або пригнічена, або виражена).

2. Статева дисфорія виникла або посилилася з початком статевого дозрівання.

3. Будь-які супутні психологічні, медичні або соціальні проблеми, які могли б перешкодити лікуванню (наприклад, які могли б підірвати дотримання режиму лікування), вирішені, так що ситуація і життєдіяльність підлітка досить стабільні, щоб почати лікування.

4. Підліток дав інформовану згоду, а у випадках, коли підліток ще не досяг віку медичного згоди, батьки або інші опікуни дали згоду на лікування і залучені в підтримку підлітка в процесі лікування.

Режими, моніторинг і ризики придушення статевого дозрівання

Для придушення статевого дозрівання підлітків зі встановленою чоловічою статтю слід лікувати аналогами ГнРГ, які зупиняють секрецію лютеїнізуючого гормону і, таким чином, секрецію тестостерону. В якості альтернативи їх можна лікувати прогестинами (такими як медроксипрогестерон) або іншими препаратами, що блокують секрецію тестостерону та/або нейтралізують дію тестостерону.

Підлітків зі встановленою жіночою статтю слід лікувати аналогами ГнРГ, які зупиняють продукування естрогенів і прогестерону. В якості альтернативи їх можна лікувати прогестинами (такими як медроксипрогестерон). Тривалий прийом пероральних контрацептивів (або депо медроксипрогестерону) може використовуватися для придушення менструацій. В обох групах підлітків застосування аналогів ГнРГ є рекомендованим лікуванням [Hembree et al., 2009], але їх висока вартість може бути перешкодою для деяких пацієнтів та їх сімей. При придушенні статевого дозрівання необхідно вести уважне спостереження за фізичним розвитком підлітка, щоб можна було провести будь-які необхідні втручання (наприклад, встановити достатній відповідний статі рівень зростання, виправити ятрогенну низьку щільність кісткового мозку) [Hembree et al., 2009].

Раннє застосування гормонів, що пригнічують статеве дозрівання, здатне запобігти негативним соціальним та емоційним наслідкам гендерної дисфорії з більшою ефективністю, ніж їх більш пізніше застосування.

Підлітки зі встановленою чоловічою статтю, які почали приймати аналоги ГнРГ в ранній період статевого дозрівання, повинні бути проінформовані, що в результаті може

виявитися недостатньо тканини пенісу для застосування техніки пенальної інверсії при вагінопластиці (альтернативні техніки, такі як використання шкірного клаптя або тканин товстої кишки, залишаються доступними).

Ні придушення статевого дозрівання, ні невтручання в статеве дозрівання НЕ є нейтральною дією. З одного боку, подальша життєдіяльність може бути порушена розвитком незворотних вторинних статевих ознак у ході статевого дозрівання і роками життя з прогресуючою гендерною дисфорією. З іншого боку, є побоювання з приводу негативних фізичних побічних ефектів застосування аналогів ГнРГ (наприклад, на розвиток кісток і зростання). Хоча перші результати цього підходу (оцінені для підлітків, спостережуваних більше 10 років) багатообіцяючі [Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarrevan de Waal & Cohen-Kettenis, 2006], його довгострокові результати можуть бути встановлені, коли йперші ліковані пацієнти досягнуть відповідного віку.

### **Частково оборотні втручання**

Підлітки можуть допускатися до початку фемінізуючої / маскулінізуючої гормональної терапії виключно за згодою батьків. В ідеалі, лікувальні рішення повинні прийматися спільно підлітком, родиною та лікуючим колективом.

Графіки гормональної терапії у підлітків зі статеву дисфорією значно відрізняються від застосовуваних у дорослих [Hembree et al., 2009]. Графіки гормонів, що адаптовані для підлітків, беруть до уваги соматичний, емоційний і психічний розвиток, який продовжується протягом всього підліткового періоду [Hembree et al., 2009].

### **Ризики відмови підліткам у лікуванні**

Відмова підліткам у сучасних медичних втручаннях може провокувати подальший розвиток гендерної дисфорії і сприяти формуванню зовнішності, яка може провокувати образи і суспільний осуд. Так як рівень образ за ознакою статі тісно пов'язаний зі ступенем психіатричного дистресу в підлітковому віці [Nuttbrock et al., 2010], відмова у придушенні статевого дозрівання і подальшій фемінізуючій або маскулінізуючій гормональній терапії не є нейтральним варіантом для підлітків.

### **Керівництво клінічною практикою**

Заклади охорони здоров'я повинні працювати на принципах, описаних в даному документі. Внутрішня документація та локальні протоколи медичної допомоги підлягають офіційній оцінці щодо рівності в наданні медичної допомоги. Закладу охорони здоров'я необхідно буде дотримуватися принципів клінічного управління, в тому числі регулярного клінічного нагляду за персоналом, проводити аудит задоволення пацієнта рівнем послуг і займатись безперервним професійним розвитком персоналу. Необхідно залучати пацієнтів до розробки політики розвитку на всіх стадіях. Всі співробітники повинні бути в змозі продемонструвати регулярні оцінки їх кваліфікації відповідно до вимог регулюючих органів.

Послуги повинні бути прозорі, процедури розгляду скарг і результати цих розглядів повинні перевірятися. Записи повинні вестися відповідно до встановлених правил та бути доступними.

### **Огляд рекомендованої практики**

#### **Первісне направлення, діагностика та підтримка**

##### *Консультації та огляд лікарем загальної практики*

Первісна діагностика для пацієнта, який раніше не мав діагнозу «гендерна дисфорія», лікарем загальної практики повинна відповідати цілісній моделі. Лікарі загальної практики повинні отримати повну історію, в тому числі зробити попередню оцінку психічного стану. Будь-яке страждання, що відчуває пацієнт, повинно бути зафіксоване в ході діагностики. Лікарі загальної практики мають додаткову перевагу у володінні записами тривалої історії хвороби пацієнта. Після того, як попередній діагноз буде встановлено, лікарі загальної

практики повинні обговорити з пацієнтом переваги, які вони можуть мати для просування лікування.

Вони мають дослідити стан загального та сексуального здоров'я. Повне фізичне обстеження має бути зроблено до призначення гормонів ендокринологом у відповідному закладі охорони здоров'я. Лікарі, які дають припис на гормональну терапію, повинні переконатися в тому, що нещодавнє клінічне обстеження було записано в медичні нотатки. Обстеження статевих органів може викликати стрес для людини і може бути відхилено пацієнтом: подібні відмови повинні дотримуватися у всіх випадках і їх факт має бути зафіксований в медичній документації.

Пацієнтам часто важко довірити власні почуття гендерної дисфорії лікарю загальної практики, оскільки часто вони є членами сім'ї лікаря або тому що вони відчувають страх, насмішки, почуття провини або сором, чи з підстави інших актуальних соціальних факторів, що перешкоджають їм звертатися за допомогою і лікуванням. Ці фактори та очікування затримки в отриманні лікування в системі охорони здоров'я призвели до збільшення числа людей, які займаються самолікуванням. Гормони і гормональні блокатори легко доступні для придбання через Інтернет. Лікар загальної практики повинен розглянути ризики нанесення шкоди пацієнту, якому не прописувались гормони через ці обставини. Стандарти догляду WPATH (2011) рекомендують прописування рецепту на тимчасовій основі протягом декількох місяців, поки пацієнт не звернеться до гендерної спеціаліста та ендокринолога.

Особи без будь-яких істотних коморбідних станів, що можуть мати протипоказання, які успішно живуть в обраній гендерній ролі тривалий час, можуть бути передані безпосередньо лікарем загальної практики до гінеколога для обговорення варіантів хірургічного втручання. Тим не менш, використаний хірургічний метод необхідно буде прийняти до уваги при будь-якій майбутній статевій реконструктивній хірургії, тому слід звернутися за консультацією до хірурга, який буде проводити відповідну операцію, якщо він відомий. Як правило, це бажано для уникнення шрамів на нижній частині живота, тому що ця область пізніше стає донором матеріалу.

Ця настанова жодною мірою не дозволяє лікарям загальної практики призначати гормони або замісну гормональну терапію будь-якій групі хворих, але прагне заохотити лікарів загальної практики звертатися до відповідних фахівців за порадами, які необхідні для підтримки догляду за пацієнтами.

Пацієнтів, які відкладають розгляд хірургічних втручань, але які мають симптоматику гендерної дисфорії, і тих, хто приймає гормони протягом 12 місяців або більше, не слід розглядати в якості нових пацієнтів. Вони можуть бути передані для здійснення хірургічних втручань.

Пацієнт може звернутись до лікаря загальної практики після гендерно реконструктивної хірургії з такими проблемами, як реконструкція грудей, збільшення грудей або геніталій і видалення шрамів або формування соска. Оскільки цей тип операції є продовженням оперативного втручання, необхідно слідувати прямому направленню до вибору хірурга. Направлення від психіатра або підтвердження ним необхідності цих операцій не вимагається.

#### *Первісна оцінка психіатра*

Первісна оцінка пацієнтів з можливою гендерною дисфорією включає загальне медичне і психіатричне дослідження стану здоров'я з приділенням особливої уваги психосексуальній історії та поточному функціонуванню. Досліджувати потрібно розумову діяльність протягом усього життя, включаючи будь-які історії розладів. Виявляються дитячі гендерні спогади, поведінка в дитинстві та підлітковому віці, зв'язок кросгендерності із можливим еротичним направленням. Описуються спроби відповідати культурним гендерним очікуванням. Досліджується поточний сімейний чи інший статус відносин, а також обговорюється сімейна ситуація. Визначається, які кроки вже зроблені до відома і визнання пацієнта, чи вживає пацієнт наркотики. Зібрана інформація надається для ознайомлення пацієнту.

Хоча деякі пацієнти можуть жити неповний робочий день або навіть повний робочий день в новій гендерній ролі, не слід забувати, що коли вони вперше звертаються за допомогою до лікаря, багато хто з них не змінив свою гендерну роль. Зміна ролі повинна бути прийнята до уваги при ендокринній терапії, але призначення гормонів не залежить від зміни ролі і пацієнти не зобов'язані робити цей крок або брати на себе такі зобов'язання. Коли зміна статевої ролі не планується, це має бути чітко задокументовано в плані лікування, що регулярно переглядається.

Діагноз гендерної дисфорії може бути підтверджений різними способами, наприклад, при залученні на момент терапії консультанта, психотерапевта, психолога або психіатра. Це може відбутись при первинній або вторинній медичній допомозі.

**Коментар робочої групи:**

*Діагноз пацієнту ставиться відповідно до МКХ-10 за критеріями DSM-5.*

*F64.0 – «транссексуалізм»*

*F64.1 – «трансвестизм подвійної ролі»*

*F64.2 – «розлади статевої ідентифікації у дитячому віці»*

*F64.8 – «інші розлади статевої ідентифікації»*

*F64.9 – «розлади статевої ідентифікації неуточнені»*

*F65.1 – «фетишистський трансвестизм»*

*Діагностування у дітей та підлітків відбувається за діагнозом F64.2 – «розлади статевої ідентифікації у дитячому віці», при досягненні повноліття присвоюється шифр відповідно до форми та особливостей діагнозу.*

*Власне сам діагноз не повинен розцінюватись ані лікарем, ані пацієнтом як психопатологія. Він тільки описує особливості особистості пацієнта, його гендерної варіації та тому має бути врахований при спільній з пацієнтом розробці індивідуального плану медичної допомоги.*

*Головним симптомом гендерної дисфорії є відчуття пацієнтом страждань та дискомфорту від невідповідності власного тіла та/чи гендерної ролі, відчуттю власної гендерної належності. Тобто гендерна дисфорія – наслідок конфлікту між ідентичністю та панівними ідеями більшості суспільства щодо статі та гендеру. Гендерна дисфорія має багато проявів, що різняться від пацієнта до пацієнта. Прояви мають враховуватись для оцінки пацієнта, але вони скоріш є фоном, на якому розвинулося захворювання, ніж симптомом гендерної дисфорії.*

*Типові можливі прояви гендерної дисфорії:*

*- Пацієнт однозначно ідентифікує себе згідно з біологічною статтю, веде відповідну роль у житті, часто має дітей і сім'ю з традиційною гендерною роллю. Переодягається в одяг іншої статі зрідка, в основному для отримання цікавого сексуального досвіду, можливий обмін одягом з партнером. Деякі уявляють себе в такому одязі тільки у фантазіях або читають літературу/матеріали про трансгендерів.*

*- Пацієнт однозначно ідентифікує себе зі своєю статтю. Одяг протилежної статі надягає регулярно з метою статевого збудження, може окремі деталі одягу носити постійно. Операцію по зміні статі не розглядає як необхідну або можливу, гормональної терапії не потребує. Іноді може користуватися подвійним (чоловічим і жіночим) ім'ям.*

*- Пацієнт ідентифікує себе зі своєю біологічною статтю з деякими застереженнями або не повністю. Носить одяг протилежної статі часте або постійно, у тому числі нижню білизну. Може тривалий час вести спосіб життя, характерний для протилежної статі. Операції по зміні статі активно не домагається, але як ідею не відкидає.*

*- Гендерна ідентичність сумнівна, відчуває труднощі у визначенні себе як транссексуала або трансвестита. Перевдягається по можливості часто, проте стверджує, що цього недостатньо і повністю дискомфорт не проходить. Може жити в образі людини іншої статі тривалий період. Сексуальний потяг часто знижений. Висловлює зацікавленість в операції зі зміни статі, але активних дій для її проведення не приймає. На вибір гендерної ролі певний вплив роблять зовнішні обставини.*

- Пацієнт повністю ідентифікує себе як особу протилежної статі. Перевдягання і гормональна терапія не приносять полегшення. Активно домагаються оперативних втручань зі зміни статі.

- Ідентифікація себе як людини протилежної статі поєднується з неприйняттям наявного тіла аж до суїциду. Повністю веде спосіб життя протилежної статі.

Трансгендерні особи можуть мати широкий спектр сексуальної орієнтації, тому аспект сексуальної орієнтації та сексуальних вподобань має бути врахований для оцінки пацієнта із гендерною дисфорією, щоб розробити максимально ефективний план лікування. Але він не може бути підставою для відмови в наданні будь-яких медичних послуг чи при вирішенні питання щодо зміни статевої належності.

Прояв гендерної дисфорії може викликати розвиток інших психічних розладів, як правило депресивного характеру; сама гендерна дисфорія в окремих випадках також може бути вторинною щодо якого-небудь захворювання. Тому лікарю, який проводить діагностику, потрібно максимально точно оцінити психічний стан пацієнта. У разі, якщо стан спровокований психічним розладом чи захворюванням, необхідно прийняти заходи щодо його стабілізації і керованості, після чого надавати медичні послуги з лікування гендерної дисфорії. У випадках, коли розлади спровоковані впливом гендерної дисфорії, необхідно приймати заходи щодо їх лікування в процесі надання медичної допомоги з лікування гендерної дисфорії.

Можливі проблеми включають тривогу, депресію, заподіяння собі шкоди, образи і зневага в анамнезі, поведінкову персеверацію, зловживання алкоголем чи наркотиками, сексуальні проблеми, особистісні порушення, розлади харчової поведінки, психотичні розлади і розлади аутистичного характеру [Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, +2009]. Лікарі-психіатри повинні виявляти ці та інші проблеми психічного здоров'я і включати виявлені проблеми в загальний план лікування. Ці проблеми можуть бути суттєвими джерелами дистресу і, залишені без лікування, вони можуть утруднити процес дослідження статевої ідентичності та усунення гендерної дисфорії [Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, +2009]. Вирішення цих проблем може значно полегшити усунення гендерної дисфорії, можливі зміни гендерної ролі, прийняття обґрунтованих рішень про медичні втручання і поліпшення в якості життя.

Деякі пацієнти можуть виграти від застосування психотропних препаратів з метою полегшення симптомів або лікування супутніх проблем психічного здоров'я. Передбачається, що фахівці з психічного здоров'я усвідомлюють це і можуть або призначити медикаментозне лікування самостійно, або направити до колеги з відповідною кваліфікацією. Наявність супутніх проблем психічного здоров'я необов'язково перешкоджає можливим змінам у гендерній ролі або доступу до фемінізуючих/маскулінізуючих гормонів або операцій; радше, ці проблеми необхідно оптимально контролювати до або одночасно з лікуванням гендерної дисфорії. Крім того, потрібно оцінити здатність пацієнтів давати обґрунтовану й інформовану згоду на лікування.

Гендерна дисфорія може супроводжуватися іншими психологічними чи психіатричними проблемами. Тому важливо, щоб діагностуючий лікар міг диференціювати гендерну дисфорію і стани, що мають схожі ознаки, був здатний діагностувати психіатричні захворювання, а також підбирати алгоритм лікування в перерахованих випадках. Одне із симптоматично схожих з дисфорією станів – дисморфофобія, що виявляється в захопленні людини ідеями про власну кастрацію, пенектомію або клітородектомію.

Пацієнти повинні відчувати постійну гендерну дисфорію для того, щоб мати право на гормональну терапію. Психотерапевтична підтримка може продовжуватись під час приймання гормонів. У випадках, коли гормональне лікування допомагає пацієнтам справитися з гендерною дисфорією в довгостроковій перспективі, в ньому не може бути відмовлено, тому що фізична особа за будь-якої причини вибирає не змінювати статево роль протягом повного робочого дня або взагалі (Byne та ін., 2012).

При першому зверненні до лікаря деякі пацієнти, можливо, вже змінили власні соціальні гендерні ролі, почали гормонотерапію або здійснили деякі операції. Це необхідно врахувати, як і вказані індивідуальні обставини у загальній програмі лікування. Її здійснення буде залежати від пацієнтів, існуючих обставин, виконання окремих кроків лікування і наскільки успішними вони були в реалізації обраної гендерної ролі. Цілком можливо, що не потрібен контроль за проживанням в обраній гендерній ролі, тому що пацієнт в ній ефективно відбувся.

#### *Консультації/психотерапія*

Участь консультанта і радника з психотерапії, психотерапевта, психолога або психіатра в процесі лікування призначена для полегшення процесу соціалізації пацієнта. Психологічні методи лікування повинні бути доступними для використання в якості частини програми лікування пацієнта. Різноманітність підходів дозволить пацієнтам повніше усвідомити їх гендерну ідентичність, а також зрозуміти – чи хочуть вони почати, продовжити або відмінити лікування.

#### *Терапевтична підтримка*

У таких випадках бажано забезпечити психологічні чи психотерапевтичні заходи лікування для пацієнтів.

- Оцінка до зміни статі, гормонального та хірургічного лікування повинна включати в себе оцінку психологічного стану і формулювання, що включає історію розвитку стану, облік психологічних відносин до статі і сексуальності, розуміння інших психосоціальних проблем, які можуть вплинути на психологічні заходи.

- Пацієнти, які бажають розглянути можливість гендерного переходу, але не можуть прийняти рішення, повинні мати для психологічного дослідження своїх прагнень безпосередньо з фахівцем з гендерної ідентичності або самостійно через консультації у психологічного терапевта.

- Деякі пацієнти з гендерною дисфорією можуть мати психологічні проблеми через гендерну ідентичність. Такі особи можуть зажадати поглибленого дослідження цих більш широких питань. Якщо вони поєднані із супутньою психіатричною патологією, вони можуть потребувати її лікування до або, що більш вірогідно, паралельно з процесом гендерного лікування. Припинення або призупинення гендерного лікування лікарською командою може відбуватися тільки там, де є докази того, що стан психічного здоров'я породжує неправильний діагноз гендерної дисфорії або надання медичних послуг пацієнту до стабілізації їх стану неможливе.

- У ході гендерного лікування пацієнти можуть впадати у депресії або їм доведеться зіткнутися із психосоціальними проблемами в реакції на зовнішні чинники. Як і будь-які інші особи, вони можуть отримати вигоду від психологічних втручань з будь-яких різних моделей психотерапії.

- На будь-якому етапі лікування пацієнти можуть потребувати, щоб дослідили їх проблеми гендерної ідентичності в рамках психотерапевтичного процесу. Це може проводитись поза клінікою з гендерної ідентичності, і це особливо цінується, коли вони можуть бути доступні локально на частій, регулярній основі. Клініка з гендерної ідентичності може просити у лікаря загальної практики локальне направлення.

- Після операції пацієнти можуть забажати отримати психологічну підтримку або психотерапію. Деякі люди відчувають депресію після операції. При цих обставинах підтримка повинна бути запропонована і надана в рамках служби гендерної ідентичності або в іншому психотерапевтичному закладі.

#### **Зміна гендерної ролі**

Перехід від однієї гендерної ролі до іншої, як правило, вимагає супроводження спеціалізованими службами для підтримки змін у соціальному, сімейному, внутрішньому житті і роботі.

Значний період часу, що складає, як правило, 12 місяців, життя в гендерних ролях, порівнянних з гендерною ідентичністю, є необхідною умовою для тих, хто прагне операції на геніталіях.

Деякі люди змінюють свої гендерні ролі до звернення за медичною допомогою. Інші можуть почекати, поки вони не пройдуть курс гормонального лікування протягом декількох місяців, а іноді років (Вупе та ін., 2012). Лікарям необхідно брати до уваги ситуації, коли пацієнти можуть продемонструвати, що вони вже живуть в бажаній гендерній ролі.

Якість життя в новій ролі оцінюється за допомогою дискусій про здатність пацієнта функціонувати в таких областях, як зайнятість, волонтерство, освіта і навчання або за будь-яким іншим чинником стабільного, соціально-побутового способу життя і приймати ім'я відповідного гендеру.

Лікарі вимагають документального підтвердження або доказів зміни статевих ролей. Тим не менш, догляд має проводитись таким способом, щоб уникнути порушення конфіденційності у цьому відношенні.

Пацієнту повинна бути надана можливість обговорити, які хірургічні варіанти є кращим для нього. Це може бути досягнуто шляхом відповідного направлення протягом цього часу, щоб проконсультуватися з хірургом. Де це можливо, вибір пацієнта повинен бути прийнятим до уваги. Щоб уникнути непотрібних затримок, консультації можуть відбутися до необхідного періоду часу життя в новій ролі. Це також дає можливість визначити донорську ділянку видалення волосся, що сприяє добрим результатам. Деякі види хірургічних втручань, такі як фемінізуюча хірургія та видалення кадика, можуть здійснюватися в будь-який момент часу.

### **Використання медичних висновків**

#### ***Висновки та критерії для гендерного лікування***

Показання потрібні у вирішальній стадії, починаючи з призначення гормональної терапії і направлення для хірургічних процедур. Наступні показання є обов'язковими для всіх видів медичного та хірургічного втручання:

- стійка і задокументована гендерна дисфорія;
- здатність приймати обґрунтовані рішення і давати згоду на лікування;
- при наявності медичних або психічних проблем здоров'я – вони повинні досить добре контролюватися.

#### *Ендокринне лікування*

Рішення про проведення ендокринної терапії, як правило, пов'язано з висновком одного з членів команди гендерної ідентичності або мережі. Пацієнти повинні мати письмову копію цього рішення. Тим не менш, лікар загальної практики або інший спеціаліст, причетний до пацієнта, може наказати "затягнути" ендокринну процедуру в рамках стратегії по зменшенню шкоди, поки пацієнт чекає спеціалізованого ендокринологічного або іншого лікування гендерної ідентичності та/або підтвердження рецепту гормону в іншому місці.

#### *Хірургія*

Важливо, щоб хірурги, відповідальні за основні необоротні операції, не просто покладались на висновки попередніх спеціалістів, але, крім того, переконалися в тому, що запропонована процедура є доцільною для пацієнта (див. «Генітальна операція для чоловіків»).

Провідний досвід припускає, що висновки та рекомендації, надані в Клініці з гендерної ідентичності або консультантом в одному регіоні країни, є прийнятними для інших служб гендерної ідентичності, хірургів і консультантів в інших регіонах країни.

Якщо особа має проміжне або повне Свідоцтво про визнання статевої належності, вона за визначенням живе в гендерній ролі, яку можна порівняти з її гендерною ідентичністю, принаймні 2 роки, і Бюро визнання статевої належності підтверджує те, що вона має і далі проживати в обраній ролі. На цих підставах вона має право вимагати операції, в тому числі

статевої з урахуванням одного медичного висновку від лікаря, який протягом тривалого часу знає пацієнта, на основі інформованої згоди.

#### *Хірургічне втручання для чоловіків*

- Реконструкція грудей вимагає направлення до відповідного фахівця. Пацієнти повинні мати письмову копію листа направлення.

- Для гістеректомії та/або видалення придатків матки потрібно два висновки, як правило, членів команди гендерної клініки або мережі, при цьому другий висновок може бути від лікаря загальної практики з особливим інтересом або власне лікаря загальної практики, який веде пацієнта. Пацієнти повинні мати письмову копію рішення і листа(ів) направлення. Критерії включають *Критерії для гендерного лікування*, а також: 12 місяців безперервної ендокринної терапії за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або інших причин не приймати гормони). (Жоден з цих критеріїв не буде застосовуватися до медичних умов, що вимагають консультативної допомоги, висновку або лікування від гінеколога або онколога, де ці направлення застосовувати доречно.)

- Вагіноектомія, уретропластика, фаллопластика, метоїдопластика, протезування яєчок та/або скротопластика – потрібно два висновки, як правило, членів команди гендерної клініки або мережі, при цьому другий висновок може бути від лікаря загальної практики з особливим інтересом або власне лікаря загальної практики, який веде пацієнта. Пацієнти повинні мати письмову копію рішення і листа(ів) направлення. Критерії включають *Критерії для гендерного лікування*, а також: 12 місяців безперервної ендокринної терапії за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або інших причин не приймати гормони); принаймні, 12 місяців життя безперервно в гендерній ролі, яка збігається з гендерною ідентичністю.

#### *Хірургічне втручання для жінок*

- Маммопластика вимагає одного висновку від гендерного фахівця або власне лікаря загальної практики, який веде пацієнта. Пацієнти повинні мати письмову копію листа направлення. Критерії включають *Критерії для гендерного лікування*, а також рекомендується, щоб пацієнти мали 18 місячну терапію фемінізуючими гормонами (див. Додатки 2 і 4) до операції зі збільшення грудей, щоб максимізувати ріст грудей та отримати кращі естетичні результати.

- Пенектомія, орхідектомія, вагінопластика, кліторпластика та/або лабіопластика потрібно два висновки, як правило, членів команди гендерної клініки або мережі, при цьому другий висновок може бути від лікаря загальної практики з особливим інтересом або власне лікаря загальної практики, який веде пацієнта. Пацієнти повинні мати письмову копію рішення і листа(ів) направлення. Критерії включають *Критерії для гендерного лікування*, а також: 12 місяців безперервної ендокринної терапії за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або інших причин не приймати гормони); бажано, щоб циркулюючий рівень гормонів пацієнта був таким же, як перед операцією; принаймні, 12 місяців життя безперервно в гендерній ролі, яка збігається з гендерною ідентичністю.

### **Фактори, що сприяють успішним результатам**

#### *Підтримка та наставництво*

Суспільні забобони можуть погіршити загальний стан здоров'я і благополуччя пацієнта, а своєчасно надана підтримка може знизити соціальну ізоляцію і страждання. Однолітки можуть відігравати важливу роль у наданні підтримки і заохоченні використання корисних організацій і ресурсів. Багато людей можуть відчувати себе більш комфортно, розмовляючи з тими, хто пройшов через подібний досвід, вони, швидше за все, довіряться їх допомозі і приймуть їх поради. Практикуючі лікарі повинні надавати інформацію щодо місцевих і національних ресурсів.



*Сімейна підтримка*

Існують докази того, що для багатьох людей підтримка сім'ї має важливе значення для успішного переходу. Практикуючі лікарі повинні надати інформацію про доступ до сімейної підтримки. Регіональні клініки могли б сприяти проведенню сімейних семінарів (див. Додаток 5).

*Догляд за волоссям*

Видалення волосся на обличчі й тілі, пересадка волосся та використання шиньйонів та париків, де це буде доречно, може перешкоджати ризику заподіяння шкоди і допомогти транс-жінці жити більш успішно (див. Додаток 6).

*Зображення у новій соціальній гендерній ролі*

Це важливо для тих, хто відчуває гендерну дисфору, мати впевненість в їх здатності досягти успіху в новій соціальній гендерній ролі. Шанси на успіх, особливо на ранній стадії перебудови гендерних ролей, будуть значно скорочуватись там, де є низька самооцінка. Цей фактор може мати негативний вплив на рішення щодо майбутнього лікування. Постійний страх і схильність до ризику заподіяння шкоди впливає на самооцінку і повинні бути зведені до мінімуму.

*Мова та фоніатрія*

Логопеди і фоніатри, які працюють з пацієнтами, спрямовані на розвиток голосу та комунікативних навичок, які збігаються з віком, зовнішнім виглядом і, відповідно, з очікуванням як окремої людини, так і суспільства відповідно до гендерної ідентичності пацієнта. Логопеди і фоніатри можуть бути залучені до догляду як за жінками, так і чоловіками (див. Додаток 7).

**Коментар робочої групи:**

*Вказана послуга не надається у закладах охорони здоров'я України.*

*Фемінізуюча хірургія обличчя*

Фемінізуюча хірургія обличчя на думку деяких лікарів має бути невід'ємною частиною процесу переходу від чоловіків до жінок. Ця процедура включає в себе черепну хірургію і залежно від кількості роботи може зайняти від 5 до 12 годин. Хірургія може включати зниження лінії обволосіння, репозиціонування брів, видалення брів, зміну контуру орбітального краю скул, ринопластику, підтяжку верхньої губи і переформатування щелепи і підборіддя.

**Рекомендації з гормональних втручань**

Призначення гормонів цій області, у відповідності до наведених нижче принципів і під керівництвом спеціалізованої служби, як було доведено, є безпечними і може здійснюватися, головним чином, у закладах первинної медичної допомоги. Враховуючи побажання для настанови, щоб вона спиралась на фактичні дані, ми засвідчуємо, що на теперішній момент є брак таких даних. Гормональне втручання здійснюється на основі традиційних моделей лікування.

Тільки останнім часом програми лікування впроваджуються на основі догляду за хворими з ендокринними статевими розладами, не пов'язаними із гендерною дисфоруєю. У деяких людей із гендерною дисфоруєю змін, пов'язаних з ендокринною терапією, може бути достатньо і людина може не переходити до впровадження інших соціальних змін або вимагання будь-яких операцій.

Гормональна підтримка повинна здійснюватися в рамках допомоги від команди або мережі, яка включає в себе клінічного ендокринолога або за допомогою чітко розроблених протоколів (див. Додатки 2-4), з доступом до ендокринолога, якщо це необхідно. Ендокринологи, які беруть участь у лікуванні, повинні мати досвід з лікування пацієнтів зі

статевими розладами: не тільки гендерної дисфорії, а також таких, що зустрічаються у пацієнтів з хромосомними, гіпофізарними, адренкортикальними або статевими захворюваннями.

Повне обговорення питань зберігання фертильності та допоміжних репродуктивних технологій має передувати гормонотерапії. Не повинно існувати ніяких відмінностей між зберіганням гамет у даних пацієнтів та населення в цілому (див. Додаток 8).

Пацієнт має усвідомити можливі ускладнення та наслідки приймання гормонів, такі як надмірна і тривала заміна статевих стероїдів у жінок в менопаузі, особливо якщо в надмірних кількостях (Marjoribanks та ін., 2012). Де це можливо, фізіологічна відповідь та відповідь органу повинні бути метою будь-якого ендокринного лікування. Це повинно бути засноване на управлінні оборотними рівнями гормонів, щоб точно й індивідуально розрахувати дозу гормонів бажаного гендеру разом з придушенням ефекту гормонів, пов'язаних з небажаною статтю. Лікування повинне бути гнучким та орієнтованим на пацієнта, наскільки це узгоджується з клінічною безпекою, і за згодою законодавця, у супроводі повного пояснення принципів, закладених в схему лікування, а також беручи до уваги думки пацієнтів про свої потреби.

Тісна взаємодія між ендокринологом і лікарем загальної практики має постійно підтримуватись. Фізична оцінка і постійний гематологічний, ендокринологічний і біохімічний моніторинг є важливим, особливо при узгодженні протоколів про співпрацю з догляду за пацієнтом. Як і всім жінками, пацієнтам, які здійснюють естрогенну терапію, слід рекомендувати обстеження молочної залози.

Всі пацієнти, які отримують гормональні методи лікування, повинні регулярно оглядатися для гарантій, що клінічне благополуччя підтримується.

Вибір гормонального препарату, способу його вживання і дозування, повинні відповідати сучасному розумінню мінімальних ризиків для здоров'я і максимальній ефективності. Протоколи ендокринної терапії, викладені в Додатках 2-4, призначені для досягнення оптимальних результатів у безпечний спосіб, і повинні бути придатні для більшості пацієнтів. Крім того, дослідження в цій області обмежені, і з метою досягнення більшого комфорту для пацієнта лікарі повинні гнучко реагувати на реакції індивіда до лікування, і для цього може бути необхідно варіювати препарати і дозування відповідним чином. Якщо необхідно, це може проводитись під наглядом фахівця.

Деякі пацієнти можуть отримати дані гормони через Інтернет або з інших джерел. Лікар повинен попереджувати пацієнта про небезпечність використання таких джерел, але він може запропонувати моніторинг та консультації про наслідки застосування таких даних. Лікар повинен допомогти пацієнтові в отриманні гормонів від належним чином авторизованих джерел. Підхід зменшення шкоди повинен бути прийнятним. Приймання гормонів не повинно бути припинено. Може бути доцільним корегування рецепту, а аналізи крові та медичні огляди проводяться для дослідження та запобігання протипоказань.

При переміщенні пацієнта між клінічними службами ендокринне лікування не повинно перериватися.

Для жінок основою є естрогенна терапія та придушення залоз секреції андрогенів і їх дії (див. Додаток 2). Для чоловіків основою лікування є андрогенна терапія і придушення залоз секреції естрогену і їх дії (див. Додаток 3).

У випадках, коли ендокринні результати лікування під впливом андрогенів показують високий рівень гематокриту та/або високий рівень гемоглобіну або еритроцитів у крові – так звана «вторинна і поліцитемія», пацієнт не повинен бути позбавлений андрогенного лікування. Це особливо важливо, коли пацієнту було здійснено гістеректомію або сальпінгоофероктомію. Поліцитемія, як правило, легко знімається кровопусканням або титруванням та зменшенням дозування вживаного андрогену та/або піків андрогену за допомогою короткої дії для місцевого андрогену.

*Догляд за одужуючим*

Довгостроковий моніторинг повинен бути запропонований, якщо стан пацієнта стабілізувався та він погодився на кінцеву стадію гендерного переходу. Моніторинг ендокринного лікування має бути безпосередньо доступним для пацієнта, без психіатричної або психологічної частини, якщо не потрібно. Зазвичай використовуються препарати, перераховані в Додатку 4.

**Хірургічні втручання***Генітальна реконструктивна хірургія*

Це також називається «хірургія зміни статі», «операції зі зміни статі», «статева хірургічна перебудова» і «статева реконструктивна хірургія».

Хірург відповідальний за визначення того, чи фізичне і психічне благополуччя пацієнта є достатньо міцним, щоб пройти такі основні незворотні процедури. Хірург повинен побачити копію висновку, який підтверджує, що генітальна або грудна хірургія повинні бути запропоновані в обставинах, зазначених в «Думках і критеріях придатності для статевого лікування». Однозначної думки може бути достатньо для людини зі Свідомством про визнання гендерної належності або аналогічним положенням. Якщо хірурги сумніваються в доцільності операції, вони повинні консультуватися з членами міждисциплінарної групи перш ніж робити які-небудь дії.

**Коментар робочої групи**

*В Україні вживається термін «статево-реконструктивна хірургія».*

*Роль команди молодшого медичного персоналу*

Медсестри працюють з пацієнтами з гендерною дисфорією в до- і післяопераційний період. В ідеалі, контакт має бути зроблений до операції, щоб встановити професійні відносини між обома сторонами. Це потрібно для післяопераційного догляду.

Післяопераційний догляд складається з первинної обробки ран та фізичної допомоги. Може бути запропонована підтримка хворого, родичів, друзів та доглядальників. Це може бути необхідно тільки протягом короткого періоду часу, поки пацієнт не одужає розумово і фізично та не буде спроможний повернутися до нормального життя.

Важливо, щоб медсестра знала про потреби пацієнтів з гендерною дисфорією та операції, які вони отримують. Бажано, щоб медсестра мала можливість підтримувати зв'язок з іншими фахівцями.

Дуже важливо, щоб на базі лікарень сестринська команда робила відповідні направлення до команди громади перед випискою пацієнта.

*Генітальна хірургія для жінок*

У Великобританії фемінізуюча вагінопластика (пенектомія і двостороння орхідектомія з відбудовою чуттєвого клітора, статевих губ і формуванням піхви) в більшості випадків виконується як одноступінчата процедура, із використанням тканин пеніса і мошонки. При недостатності шкіри (наприклад мікропеніс, що виникає внаслідок довготривалого ендокринного лікування), піхва може бути сформована із сегментів кишечника, як правило, сигмовидної кишки. Пацієнти, які не мають достатньо функціональної глибини після інверсії статевого члена та шкіри мошонки (вагінопластика), можуть також бути кандидатами на проведення вищеозначеної операції (див. Додаток 9).

Епіляція волосся з донорської тканини може бути необхідною в багатьох типах гендерної реконструктивної хірургії і проходження цієї процедури слід проводити до хірургічного втручання.

*Генітальна хірургія для чоловіків*

Пацієнти можуть зажадати статевої хірургії в якості кінцевої стадії перевтілення. Є багато варіантів втручань, які можуть бути адаптовані відповідно до віку пацієнта. Пацієнти,

які хочуть займатися проникаючим сексом, потребують фаллопластики із розміщенням протезу. Деякі хворі не хочуть робити продовження та релокацію уретри, це зведе до зниження ускладнень і кількості потрібних операцій.

Пацієнти повинні пройти поглиблене обговорення з лікарем стосовно методу операції та її проходження. Вони повинні бути ознайомлені із фотографіями типових результатів і, якщо буде можливо, провести розмову з особами, які пройшли відповідну операцію. Пацієнти повинні мати можливість вибирати будь-який з клінічно відповідних методів, навіть якщо це означає направлення до іншого центру в Європі чи в іншому місці (див. Додаток 10). На теперішній час, бельгійська техніка фаллопластики, для якої береться тканина передпліччя, є одноступінчатим методом, в той час як англійська техніка вимагає два коротких втручання з часовим перебігом у декілька місяців один від одного. Обидва методи відкладають додаткову стадію імплантації протезів на термін близько року після первинної фаллопластики.

Видалення волосся з донорської тканини може бути необхідним в багатьох типах статевої хірургії. Хірургічна бригада буде консультивати стосовно тих місць, в яких необхідно буде зробити епіляцію, це буде залежати від хірургічної практики і доступної тканини. Це займе час і повинне бути проведене до запропонованої операції.

#### *Пластика грудей для жінок*

Хірургія зазвичай проводиться в один день під загальним наркозом. Розріз розташовують або в субмаммарній, або в пахвовій западині і протез із гелю натрію хлориду або силіконового гелю вставляється в кишені під м'язи, а іноді підм'язово, якщо груди мали зростання під впливом гормональної терапії. Імплантати призначені для жіночих грудей і тому, як правило, є досить вузькими для широкої чоловічої грудної клітини. Крім того, у чоловіків, як правило, соски мають іншу форму і положення в порівнянні з жінками.

Основним ускладненням є інкапсуляція або затвердіння навколо протезу, яке відбувається в одному з десяти випадків.

#### *Пластика грудей для чоловіків*

У пацієнтів з маленькими грудьми, які мають хорошу товсту шкіру на грудях, мастектомія може бути досягнута через періареолярний розріз. Використовуючи цю процедуру, важко досягти гарного результату. У деяких випадках досягається надмірне зменшення грудей, але в більшості випадків це не може бути виправлено вторинними процедурами.

Для більшості пацієнтів вимагається видалення грудей у вигляді еліпса із розміщенням шраму в субмаммарному пазі – сосок відтворюється в якості вільного трансплантата. Хоча це дає більш очевидний шрам – це простіше зробити і це має більш передбачуваний результат. Пацієнти, в цілому, більш задоволені таким підходом.

Операції зазвичай робляться протягом однієї ночі перебування під післяопераційним наглядом лікарів, так як є невеликий ризик гематоми, а потім пацієнти контролюються амбулаторно. Доробки зазвичай виконуються протягом 6 місяців, коли буде прийнято рішення щодо того, які невеликі зміни необхідні. Вони зазвичай робляться під місцевою анестезією. Якщо пацієнт потребує фаллопластики, доцільно проводити мастектомію в момент фаллопластики, оскільки матеріал грудей може бути використаний для відновлення передпліччя, коли використовується вільний лоскут радіального передпліччя.

#### **Подальші заходи та загальна медична допомога**

Чоловікам і жінкам повинна бути запропонована інформація щодо проходження обстежень молочної залози, як то передбачено поточними національними настановами.

Жінкам повинні бути запропоновані рекомендації по мірі необхідності, в залежності від захворювань передміхурової залози, оскільки простатектомія не є частиною статевої реконструктивної хірургії.

Чоловікам повинні бути запропоновані постійне обстеження захворювань шийки матки відповідно до рекомендацій діючих національних настанов таі аналізи на цитологію шийки матки.

Ризик розвитку карциноми яєчників при андрогенній терапії, якщо яєчники не видалені, навряд чи відрізнятиметься від жінок, які не народжували, у яких ризик дещо більший, ніж у жінок, які були вагітні. Рак ендометрію матки має високий ризик для чоловіків, у яких залишилася матка, а їхнє тіло отримує ароматизовані "естрогени" внаслідок переробки тестостерону залозами внутрішньої секреції. У цьому випадку передбачається, що вони будуть мати таку же негативну відповідь, як і вроджені жінки з маткою, які мають "безальтернативний" вплив естрогену. Як правило, рекомендується, щоб пацієнти проводили гістеректомію після 4-5 років вживання тестостерону саме через цей підвищений ризик. Деякі чоловіки в цій ситуації, а також ті, які мають генетичну схильність, можуть зажадати гістеректомії набагато раніше через фактор підвищеного ризику.

У зв'язку з підвищеним ризиком зменшення кісткової маси внаслідок лікування, кісткова денситометрія повинна бути запропонована в разі необхідності, відповідно до рекомендацій поточних національних настанов.

Доступ до всіх інших медичних послуг повинен бути рівноправним для усіх інших пацієнтів у подібних обставинах.

Пацієнти повинні продовжувати бути під наглядом психологічних та хірургічних фахівців так довго, як це буде необхідно.

## **Додаток 1. Потреби людей з обмеженими інтелектуальними можливостями, які страждають на гендерну дисфорію**

У цьому розділі будуть визначені потреби пацієнтів з додаткової діагностики розладів розумового розвитку. Для уточнення, інтелектуальної інвалідності будуть визначені як такі, що мають IQ 70 або нижче, як це зазначено в МКХ-10 (World Health Organization, 1994), або якщо визнана необхідність участі спеціалізованої служб медичної або соціальної допомоги інвалідам.

Цей документ чітко позначив процес, необхідний для оцінки і доступу до лікування для людей, які потребують гендерного лікування. Тим не менш, визначити потреби людей з обмеженими інтелектуальними можливостями часто в цілому, і не тільки в доступі до послуг, з врахуванням того, що стан, лікування і наслідки можуть бути важко дослідити, як це викладено Департаментом охорони здоров'я (2001), і такі пацієнти часто потребують додаткової підтримки при доступі до лікування, то вивчаючи обслуговування інвалідів. Такі особи повинні мати можливість для наступних:

- орієнтований на пацієнта план, затверджений службою по інвалідності, яка дослідила потреби пацієнта, в тому рахунку гендерні.

- Доступ до консультування/психотерапії до направлення на гендерної клініці, з подальшим консультуванням/психотерапією за умови, якщо не приймається рішення про гендерне лікування.

- Доступ до консультування/психотерапії буде необхідний, якщо приймаються до лікування. Це не можливо повинно бути в постійному обслуговуванні. Тим не менш, це будуть необхідні до і під час реального досвіду, перед і на початку гормонального лікування, і до і після будь-якого хірургічного лікування.

- Консультації/психотерапія повинна надаватися, якщо це можливо, професіоналом, який має досвід як в розладах розумовому розвитку, так і в питаннях гендерної ідентичності. Там, де це неможливо, соціальна служба повинна шукати відповідного спеціаліста або службу, де такий досвід є.

- Мережа підтримки буде необхідна для пацієнта, яка могла б бути визначені з групи планування особистісно-орієнтованої підтримки пацієнта протягом усього процесу надання медичних послуг гендерної ідентичності. Ця мережа підтримки повинна включати в себе на базі громад наступних фахівців: медсестра з догляду за інвалідами та /або соціальний працівник чи помічник адвоката. Ця підтримка повинна надаватися протягом всього процесу по зміні статі.

- Якщо мова йде про освітні послуги з інвалідності, здатність людини давати згоду на лікування повинна бути розглянута та оцінена багатопрофільною командою. Відсутність можливостей для згоди не причина, щоб зупинити процес лікування. Тим не менш, рішення діяти в найкращих інтересах пацієнта повинно бути розглянуто.

- Якщо гендерна клініка має заклопотаність з приводу розумового розвитку пацієнта та його здатність розуміти і давати усвідомлену згоду, то слід звернутися в місцеву службу допомоги інвалідам для оцінка інтелектуальної інвалідності. Якщо діагноз інтелектуальної інвалідності буде підтверджено, то послуги, описані раніше повинні бути виконані.

## **Додаток 2. Рекомендації для гормональної терапії при гендерній дисфорії в транс-жінок, в тому числі для тих, хто пройшов генітальні операції, або для жінок, які мають сертифікат про визнання статевої належності**

### *Пригнічення секреції тестостерону та надання естрогенної терапії*

Традиційними для використання блокаторами рецепторів андрогенів є препарат – ципротерону ацетат або сечогінний спіронолактон калій-зберігаючий, який має подібні ефекти, щоб придушити дію циркулюючих андрогенів, таких як тестостерон, дигідротестостерон, андростендіон і дегідроепіандростерон (ДГЕА). Виникаючі проблеми, з використання ципротерону ацетату, частково залежать від дози. Високі дози ципротерону ацетату, пов'язані з глюкокортикоїдними ефектам, хоча це є більш очевидним для дітей і підлітків, ніж у дорослих. Гепатоксія визнається в тваринних моделях на довгостроковій терапії і справді пухлини печінки виникають у щурів. Хоча це не явно видно на людині, печінкова дисфункція виникає рідко. Національна агенція з регулювання ліків та медпрепаратів видала попередження про потенційний ризик менінгіоми (кілька випадків). Ципротерону ацетат також може призвести до депресії. Спіронолактон викликає підвищений рівень калію і низький рівень натрію в крові. Це альтернативні і переважні способи придушення секреції ендогенних андрогенів і їх ефектів.

Замість використання ципротерону ацетату, більш ефективною альтернативою є використання депо ін'єкції аналогів гонадотропін-релізінг-гормону. Прикладами цього можуть бути депо гозереліна або лейпрорелін. Звичайна доза гозереліна при використанні підшкірної ін'єкції складає 3,6 мг кожні 4 тижні або 10,8 мг кожні 3 місяці. Це призведе до так званого ефекту зворотньої "хімічної кастрації". Супер-стимуляції гіпофіза, при впливі гонадотропін-релізінг-гормону на рецептори гіпофізу виражається у пригніченні функцій гіпофізу та останній швидко перестає відповідати на запити організму, що призводить до припинення секреції гонадотропінів. Лютеїнізуючий гормон та фолікулостимулюючий гормон падає на мінімальні рівні, рівень тестостерону і дигідротестостерон знижуватися до дуже низького, що еквівалентно стану після кастрації. Якщо обробка припиняється, рецептори регенерації і секреція гонадотропіну поновлюється. Тому існує стан оборотної гіпогонадізма. Гонадотропін-релізінг-гормональна терапія продовжується до гонадоектомії. Секреція циркулюючих андрогенів – андростендіон і ДГЕА наднирковими залозами повністю не пригнічується, вони мають низьку андрогенну активність, тому виконують функції з перетворення тестостерону у дигідротестостерон. При необхідності, їх наслідки можуть бути пом'якшені використанням фінастериду – лікарського засобу, який пригнічує перетворення тестостерону в набагато більш активний дигідротестостерон. У рідкісних випадках зберігаються ефекти виробки андрогенів організмом, низька доза ципротерону ацетату або спіронолактону може бути введена, так як ці препарати блокують рецептори андрогенів. Придушення рівня андрогенів та їх наслідків дозволяє отримати максимальний ефект від споживання естрадіолу без використання надлишкової дози. Циркулюючі рівні тестостерону і в ідеалі, рівень дигідротестостерону повинні бути перевірені, щоб гарантувати, що їх пригнічення значно нижче нормального чоловічого діапазону.

Терапію естрадіолом слід використовувати у поєднанні з придушенням секреції андрогенів.

Потрібно вживати, як правило, пероральні дози естрадіолу 1-6 мг на день. Циркуляційний рівні естрадіолу слід контролювати, щоб переконатися, що відповідні рівні досягаються і що доза, яку вживають не є надмірною. Через 24 години після вживання дози естрадіолу показники повинні бути у верхній половині нормальної фолікулярної фази сироваткового рівня естрадіолу у жінок. Має сенс перевірити рівень циркулюючих ліпідів і печінкові проби, так як деякі пацієнти відчувають обструктивні гепатотоксичні ефекти естрадіолу. Артеріальний тиск повинен контролюватися. Якщо планується операція, потрібно зупинити естрогену замісну терапію за 4 тижні до операції.

Замісна терапія естрогенами традиційно була поділена на вживання препаратів зі змістом естрогену або етинілестрадіолу. Жоден з них є фізіологічним для людини і існує серйозна

проблема в тому, що вони не може бути ефективно виміряні по відношенню до фізіологічного циркулюючого рівня естрогену у людини. Для уникнення побічних ефектів використовується естрадіол. Естрадіол є фізіологічним гормоном жінок і наслідки його дії добре відомі. Різні пацієнти вимагають різні дози для досягнення жіночого фізіологічного рівня циркулюючого естрадіолу. У верхній половині нормальної фолікулярної фази нормального менструального циклу (наприклад, при прийманні від 1 мг до 6 мг на добу). Інші лабораторії повідомляють про різні нормальні діапазони для гормональних аналізів в залежності від використовуваних методів. Практикуючі лікарі повинні використовувати дані їх місцевих лабораторій з врахуванням нормального діапазону фолікулярних рівнів фази сироватки естрадіолу – для верхньої половини фолікулярного діапазону 300-400 пмоль/л або 80-140 пг/мл. Рівні вище, ніж ці показники можуть бути пов'язано з встановленими побічними ефектами надмірного вживання естрогенів, що викликають зокрема, тромбоемболію, артеріальний гіпертензійний інфаркт міокарда. Фізіологічні рівні повинні викликати фенотипічні зміни, особливо якщо циркулюючі рівні андрогені та їх ефекти пригнічені. ДERMальне введення естрадіолу за допомогою 50-150 мкг патчів два або три рази на тиждень можна використовувати і контролювати сироваткові рівні естрадіолу через 48 годин після застосування пластиру, вони повинні бути у верхній половині нормального фолікулярного діапазону. Естрадіол гель (два або три вживання на добу) також може бути використаним і контроль сироватки повинен відбуватися після 24 годин.

***Коментар робочої групи:***

*Станом на 01.06.2016 Етинілестрадіол зареєстрований в Україні як комбінований лікарський засіб. Ципротерону ацетат – це хімічна назва, МНН – ципротерон.*

*Біохімічні та гематологічні маркери*

Див. Додаток 4.

*Фізичні оцінки*

Перед початком гормональної терапії, проводиться повне фізичне обстеження, яке має бути проведене за направленням лікаря загальної практики або клініки, що призначає гормональне лікування. Лікуючий лікар повинен переконатися в тому, що недавнє клінічне обстеження було записано в медичні нотатки. Обстеження статевих органів може призвести до індивідуального стресу і може бути відхилено пацієнтом: подібні відмови повинні дотримуватися у всіх випадках. Регулярне обстеження на злоякісні пухлини простати повинні бути запропоновані відповідно до чинних керівних настанов і повідомляється про наявність відповідних симптомів. Моніторинг раку молочної залози повинен проводитися не рідше ніж один раз на п'ять років. Після гонадоектомії, використання гонадотропін-релізінг-гормону повинно припинитися.



**Додаток 3. Рекомендації з гормональної терапії для лікування гендерної дисфорії у транс-чоловіків, а також тих, хто пройшов гендерно реконструктивну хірургію, або чоловіків, які мають Сертифікат про визнання їх чоловіками**

*Пригнічення секреції естрогенів та надання терапії препаратами тестостерону*

Використання аналогу гонадотропін-релізінг гормону, наприклад гозереліна, як це описано у Додатку 2, швидко, але оборотно придушує ЛГ, ФГ, а також функцію яєчників.

Замісна терапія тестостероном може бути розпочата в той же час. Для цього зазвичай використовують Депо ін'єкції тестостерону, такі як тестостерона єнантат або Sustanon® 250 мг внутрішньом'язово кожні 2-3 тижні. Sustanon® 250 мг був схвалений для підтримуючого лікування чоловіків. Цю дозу може знадобитися збільшити і більшість пацієнтів добре відчують себе при прийманні 500 мг кожні 3-6 тижні. Зовсім недавно з'явився депо препарат тестостерону для внутрішньом'язового вживання (Nebido® 1 г кожні 3 місяці). Основою режиму дозування є дані вимірювання рівня циркулюючого тестостерону безпосередньо перед ін'єкцією. Ідея полягає в тому, щоб домогтися циркуляції рівню тестостерону безпосередньо перед ін'єкцією на рівні нижче нижнього рівня нормального діапазону дорослого чоловіка.

Альтернативний захід включає використання трансдермального гелю, який застосовується щодня в дозі 5 г, як правило, нанесенням в район плеча або живота після ранкового душу або ванни. Трансдермальні пластирі тестостерону можуть використовуватися, але часто погано переносяться і може викликати реакцію на лікування в патчі. Іншою альтернативою є пероральне приймання тестостерону ундеканоату, але дозування не може ефективно контролюватися за допомогою тестостерону в сироватці крові. Це тому, що цей препарат поглинається кишечником в лімфатичну систему і не піддається первісній обробці в печінці. Оскільки стінки кишечника містить високі рівні ферменту 5-альфародуктази, тестостерон перетворюється в більш біологічно активний дигідротестостерон саме в кишечнику. Циркулюючі рівні тестостерону часто знаходяться на рівні або нижче нормального чоловічого діапазону, в той час як рівень дигідротестостерона є супрафізіологічним для чоловіків на цій стадії. Іноді відбувається вживання пероральних препаратів переважно трансдермальним або ін'єкційним застосуванням і якщо це так, моніторинг дозування повинен бути заснований на циркулюючому рівні дигідротестостерону в крові, отриманою через 3-4 год після приймання препарату. Дози тестостерону ундеканоату варіюються від 40 мг три рази на день до 80 мг два рази на день.

Чоловіки, які вживають андрогени повинні мати контроль гемоглобіну і гематокриту, з причини, що високі рівні гемоглобіну можуть бути викликані високими дозами препаратів. Це може викликати дисфункції печінки на ці препарати.

Після гонадоектомії, використання гонадотропін-релізінг-гормону повинно припинитися.

*Біохімічні та гематологічні маркери*

див. Додаток 4.

*Фізичні оцінки*

Перед початком гормональної терапії, проводиться повне фізичне обстеження, яке має проводитись за направленням лікаря загальної практики, який призначає гормональне лікування. Лікуючий лікар повинен переконатися в тому, що недавнє клінічне обстеження було записано в медичні нотатки.

Обстеження статевих органів не потрібно, якщо зроблено УЗД органів малого таза. Це в ідеалі повинно бути зроблено трансвагінально, але може бути зроблено трансабдомінально, якщо пацієнт заперечує проти трансвагінального.

Моніторинг молочних залоз має тривати відповідно до чинної настанови

***Коментар робочої групи:***

*Sustanon® 250, Nebido® – торгові назви, МНН – тестостерон, тестостерону єнантат, тестостерону ундеканоат є хімічними назвами, МНН – тестостерон. Станом на 01.06.2016 Трансдермальні пластирі тестостерону не зареєстровані в Україні як лікарський засіб.*

#### **Додаток 4. Гормональне лікування: запропонований протокол спільного догляду**

Нормальні ендокринні діапазони відрізняються між різними лабораторіями через різні методики аналізу, які не завжди відповідають одне одній. Практикуючі лікарі повинні використовувати дані своєї місцевої лабораторії при інтерпретації результатів, як повідомляються. Рівні зазначені тут тільки для ознайомлення. Моніторинг зазвичай займає місце в наданні первинної медичної допомоги.

#### **ЖІНКИ**

##### ***Контрольні випробування***

Пацієнтів слід заохочувати, щоб вони кинули палити, регулярно займалися спортом, знаходились на розумній дієті і споживали не більше 14 одиниць алкоголю в тиждень.

##### ***Базові показники***

Артеріальний тиск, повний аналіз крові, сечі та електролітів, печінкові проби, рівень глюкози в крові, ліпідний профіль, сироватка вільна від тироксину Т4, рівень тиротригліцеридів, тестостерону, естрадіолу (менше 100 пмоль/л) і пролактину (50-400 мУ/л).

##### ***Моніторинг***

Раз в 6 місяців протягом 3 років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів. Надання рецепту пацієнтам відбувається після розуміння останніми ризиків і наслідків, які можуть виникнути. У зв'язку з чим проводяться наступні аналізи: кров'яний тиск, повний аналіз крові, сечі та електролітів, печінкові проби, рівня глюкози, ліпідний профіль, тестостерон, сироватка естрадіолу протягом 24 годин після таблетки або 48 годин після трансдермального вживання (рівні повинні бути в верхній половині нормального фолікулярного діапазону, 300-400 пмоль/л) і пролактину (менше ніж 400 мУ/л).

##### ***Лікування***

У першій інстанції, фахівець-лікар дає рецепт, або, якщо лікар загальної практики знаходиться у згоді з призначенням спільної допомоги і пацієнт відвідує фахівця служби з гендерних питань, це буде контролюватися гендерним фахівцем, який надав згоду. Типові рецепти для:

- естрадіол (1-6 мг перорально)

Або

- естрадіол гель (3-4 рази на добу) або патчі (50-150 мкг, 2-4 рази на тиждень), зокрема, для пацієнтів старше 40 років (зменшує ризик тромбозу). Дозування естрогенів залежить від результатів контролю рівнів циркулюючого естрадіолу

- гозерелін – 3,6 мг ін'єкція підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг ін'єкція підшкірно кожні 12 тижнів, або альтернативні гонадотропін-релізінг-гормони – що інгібують секрецію гіпофізом гонадотропіну і секрецію тестостерону

Додаткові методи лікування, які можуть бути корисні, включають в себе:

- ципротерону ацетат (50-100 мг перорально) – цей препарат є набагато менше задовільним, ніж гозерелін;

- Діане® (1 таблетка на день протягом 21 днів, із повтором після 7 днів паузи), який містить ацетат ципротерону та естроген;

- спіронолактон 11 (100-400 мг перорально) може знадобитися для блокади додаткових рецепторів андрогену – тривале застосування пов'язано з порушення функції печінки і, можливо, ризику гепатоми (дані про тварин);

- прогестерон зазвичай не показаний, оскільки відсутні біологічно активні рецептори прогестерону у біологічних чоловіків. Медроксипрогестерону ацетат (100 мг перорально двічі на день) або дидрогестерон (10 мг усно двічі на день) може бути використаним.

- фінастерид (5 мг перорально) – блокатор перетворення тестостерону (який може впливати з надниркових андрогенів при відсутності секреції яєчка) до більш активного дигідротестостерону. Це може перешкоджати втраті волосся на голові і тестостерон-залежному росту волосся на тілі.

### **Хірургія**

- Зупинення приймання гормонів за 4 тижні до операції і вживання однієї дози гозерелін 3,6 мг підшкірно. Відростання волосся може статися, якщо ефекти гозереліну припиняться після приблизно 4 тижнів.

- приймання гормонів не повинно бути відновлено протягом 4 тижнів після операції, якщо немає ускладнення, а саме таблетки естрадіолу або патчі для пацієнтів старше 40 років (дивись вище)

- Продовження вживання антиандрогенів, як правило, не потрібно, але андрогени все ще може бути значно отримані з надниркових залоз – може бути призначений фінастерид приблизно через 6 місяців, якщо андрогені ефекти і раніше викликали стурбованість.

- потрібно спостереження за остеопорозом, раком молочної та передміхурової залози.

- Ендокринологічні лабораторні дослідження, проводяться один раз на 6 місяців протягом 3 років, потім щорічно, якщо немає ускладнень (див. 39).

## **ЧОЛОВІКИ**

### **Контрольні випробування**

Пацієнтів слід заохочувати, щоб вони кинули палити, регулярно займалися спортом, знаходились на розумній дієті і споживали не більше 14 одиниць алкоголю в тиждень.

### **Базові показники**

Артеріальний тиск, повний аналіз крові, сечі та електролітів, печінкові проби, рівень глюкози в крові, ліпідний профіль, сироватка вільна від тироксину T4, рівень тиротригліцеридного гормону, пролактин (рівень нижче 400 мУ/л), рівень естрадіолу у сироватці крові та рівень тестостерону.

### **Моніторинг**

Раз в 6 місяців протягом 3 років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів. Надання рецепту пацієнтам відбувається після розуміння останніми ризиків і наслідків, які можуть виникнути. У зв'язку з чим проводяться наступні аналізи: кров'яний тиск, повний аналіз крові, сечі та електролітів, печінкові проби, рівня глюкози, ліпідний профіль, тестостерон, сироватка естрадіолу (рівень нижче 70 Пмоль/л) та пролактину (рівень нижче 400 мУ/ л)

Тестостерон в сироватці крові повинен бути на рівні або нижче нижнього основного діапазону (<10 нмоль/л) безпосередньо перед наступною дозою, це потрібно для уникнення накопичення або неадекватного дозування. Якщо тестостерон приймається перорально, потрібно виміряти рівень дигідротестостерону протягом 3-4 годин після приймання препарату.

### **Лікування:**

- гозерелін – 3,6 мг ін'єкція підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг ін'єкція підшкірно кожні 12 тижнів, або альтернативні гонадотропін-релізінг-гормони, що інгібують секрецію гіпофізом гонадотропіну і секрецію тестостерону

- Тестостерон енантат або Сустанон – 250-500 мг внутрішньом'язово 2-6 разів на тиждень в залежності від показань рівня тестостерону у сироватці крові

Або

- Тестостерон у вигляді гелю (50 мг/5 г гелю один раз на день – іноді необхідна подвійна доза) – втирати в плечах або в груди після душу або ванни.

- Або

- Тестостерону ундеканоат 120-160 мг/добу перорально або 1 г внутрішньом'язово кожні 3 місяці.

### **Хірургія**

- Гормональна терапія не повинна бути зупинена до операції.
- Андрогенів (тестостерон) не повинно бути продовжене протягом життя, якщо немає протипоказання.
- Необхідно динамічне спостереження за остеопорозом, раком шийки матки і раком молочної залози
- Ендокринологічні лабораторні дослідження, проводяться один раз на 6-місяців протягом 3 років, потім щорічно, якщо немає ускладнень.

### **Коментар робочої групи:**

*Сустанон – торговима назва, МНН – тестостерон; Діане® – торговима назва, це комбінований лікарський засіб, що містить ципротерон + естроген; Тестостерон енантат, Тестостерону ундеканоат є хімічними назвами, МНН – тестостерон; Медроксипрогестерону ацетат – хімічна назва, МНН – медроксипрогестерон.*

## Додаток 5. Сімейна підтримка

Явище транссексуалізму в родині часто викликає величезне навантаження на відносини, що створює високий ризик відторгнення пацієнта, саме тоді, коли підтримка найбільш необхідна. Слабка підтримка з боку родини визнається прогностичним фактором для **досвіду** людини, що перешкоджає гендерній реконструктивній хірургії.

Члени сім'ї відчувають складні почуття: шок, горе, гнів, здивування, страх, почуття провини, заперечення і збентеження. Партнерам та подружжям, крім того, доведеться зіткнутися з проблемами в їх сексуальних відносинах. Там можуть бути взаємні звинувачення в егоїзмі, коли особа, іноді після декількох років затримки, спрямована на досягнення мети зміни статі якомога швидше, в той час як сім'я стикається з повністю непередбаченою ситуацією, і може шукати, щоб затримати або навіть запобігти переходу з однією статтю в іншу. Позбавлення контактів між пацієнтами і їх діти причиняють величезні страждання, але такі випадки не рідкість, незважаючи на дослідження, які вказують, що такий контакт не є шкідливим для дитини, натомість втрата батька наносить їй більшу шкоду.

Підтримкою та навчанням для сімей на ранніх стадіях переходу часто можна запобігти погіршенню, або привести до значних поліпшень в відносинах, з пом'якшення досвіду болю і втрати. Прийняття сім'єю гендерної ідентичності пацієнта є важливим, іноді має життєво важливе значення, як інгредієнт в успішній реабілітації особи в новій гендерній ролі. Взаємодія з сім'єю є таким чином, частиною догляду в пакеті рекомендацій для пацієнтів. Тим не менш, це повинно здійснюватися тільки тоді, коли особі цілком комфортно із залученням сім'ї, і це не повинно бути умовою для лікування.

Підтримка сім'ї може бути краще забезпечуватись кимось іншим, ніж лікарями. Підґрунтям можуть бути семінари, що проводяться з тематики Суспільством з вивчення гендерної ідентичності ([www.gires.org.uk](http://www.gires.org.uk)) за сприянням Громадської організації «Depend» та Громадської організації «mermaid» ([www.mermaidsuk.org.uk](http://www.mermaidsuk.org.uk)). У складі учасників особа, яка проводить семінар, може включати батьків, партнерів, подружжя пацієнта.

Сімейна терапія на семінарах здійснює неофіційний догляд і абсолютно конфіденційну настройку для пацієнта і членів його сім'ї, він може вивчати свій стан, ділитися своїми емоціями і страхами з іншими, що опинились в аналогічних ситуаціях. Метою цих семінарів є заохочення оптимізму з приводу майбутнього, з метою сприяння відкритого обговорення багатьох труднощів, з якими стикаються пацієнт, щоб зменшити напруженість у відносинах між ним та його сім'єю, а також допомогти сім'ям, щоб вони підтримували пацієнта.

## Додаток 6. Терапія волосся

Андрогени стимулюють перетворення тонкого волоссяного пушка на обширне оволошіння в багатьох шкіри після статевого дозрівання. Ріст і лобкового і пахвого волосся стимулюється низьким рівнем андрогенів, ймовірно, що виробляються наднирниками. Більш високий рівень статевих андрогенів необхідний для стимулювання зростання волосся в області підборіддя, торсу і кінцівок, з огляду на це, збільшення оволошіння залежить від потужного андрогену – дигідротестостерону, який походить від циркулюючих андрогенів головним чином тестостерона) по дії ферменту типу II 5-альфа-редуктази. Ці зміни є найбільш вираженими у чоловіків, але вони також може виникати в деяких жінок, особливо тих, хто страждає на гіперандрогенію. Як це не парадоксально, андрогени також несуть відповідальність за прогресивну мініатюризацію волоссяних фолікулів на шкірі голови, які викликають облісіння.

Чоловіки кастровані до статевого дозрівання не показували цієї андроген-залежної зміни в рості волосся. У чоловіків кастрованих після статевого дозрівання, частково зберігалась тенденція до оволошіння за чоловічим типом. Ступінь інверсії мабуть, залежить від віку, при припиненні дії андрогенів – у молодих чоловіків ріст волосся на тілі може бути повністю зупинено внаслідок кастрації, але з віком ступінь зупинення росту волосся стає все менше і менше (Hamilton, 1958). Обмежені дослідження кастрованих чоловіків припускають, що припинення дії андрогенів у чоловіків у віці старше 30 знижує рівень оволошіння тіла не менше ніж на 50%. Ті ж міркування застосовні і до чоловічого облісіння (Гамільтон, 1942). Ці спостереження показують, що андрогени стимулюють клітини росту в андроген-залежних волоссяних фолікулах, які не повністю активні за відсутності андрогенів. Ця точка зору підтверджується численними дослідженнями при лікуванні гірсутизму за жіночим типом з застосуванням анти-андрогенів.

Ми можемо очікувати, що припинення дії андрогенів, зроблено хімічним або хірургічним шляхом, припинятиме значний ступінь андрогенозалежного волосся у молодих чоловіків, хоча, ймовірно, це буде інтеріндивідуальне.

Зміна у відповідь. Жінки також можуть приймати естрогени. За окремими дослідженнями, естрогени інгібують ріст волосся, але дуже мало відомо про вплив естрогенів на зростання людського волосся, і ми не можемо припустити, що терапія естрогенами впливає на ріст волосся на тілі. Де зростання волосся на тілі добре видно, то припинення дії андрогенів, в кращому випадку, лише призведе до часткового ефекту та інші методи видалення волосся можуть бути необхідні. Такі методи як гоління і видалення воском широко використовуються, але їх ефект, звичайно має тимчасовий характер. На сьогоднішній день є тільки два способи видалення волосся, які несуть постійний ефект – електроепіляція (електроліз) і лазерна епіляція, кожен з них є легко доступним у закладах NHS.

### *Електроепіляція*

Цей метод використовується в основному косметологами. Він включає в себе вставлення тонкої голки в окремий волоссяний фолікул; фолікул потім знищуються за допомогою теплових та/або електролітичних сил при проходженні електричного струму через голку. Електроепіляція є повільною і виснажливою процедурою, та як правило, вимагає повторних курсів лікування протягом багатьох місяців або років, але хороші результати можуть місце, якщо її робить фахівець. Це найбільш підходить для лікування невеликих ділянок небажаного волосся, таких як області підборіддя або вус. Це не є придатним методом для лікування росту волосся на великих ділянках шкіри, наприклад грудях або кінцівках.

### *Лазерна епіляція*

Світлова енергія від лазерного джерела поглинається меланіном у волоссі, коріння і перетворюється в тепло, яке потім руйнує волоссяний фолікул. Лазерне джерело застосовується до поверхні шкіри і кількох фолікулів одночасно, і це означає набагато більш

швидке лікування, ніж електроепіляція. Лазерна епіляція є найбільш ефективним в тих пацієнтів, щякію має темне волосся і світлу шкіра, але сучасні лазери здатні також застосовуватись до тих, хто має темну шкіру. Цей метод не підходить для лікування непігментованого волосся. Видалення волосся лазером є дорогим і лікування великих ділянок шкіри все ще є основним використанням цього методу. Сталість не гарантовано, і, як внаслідок електроепіляції, повторні курси лікування можуть бути необхідні. Побічні ефекти включають рубці, пігментні зміни в шкірі і, рідко – посилений ріст волосся. Для ефективного лікування може знадобитися доступ до більш ніж одного типу лазера.

*Препарати для зовнішнього застосування*

Окремі препарати, що містять орнітин інгібітор декарбоксилази називаються ефлорнітин. Нещодавно вони була ліцензовані у Великобританії для лікування гірсутизму у жінок. Там немає опублікованих рецензованих досліджень, але дані, представлені на наукових нарадах припускають, що це зменшує ріст волосся близько 20%. Так немає інформації про його використання у чоловіків. Продовження лікування необхідне для підтримки ефекту.

## Додаток 7. Терапія мови та мовлення

### *Направлення*

Логопеди і фоніатри в ідеалі повинні працювати в рамках багатопрофільної групи, за направленням психотерапевта.

Тільки після підтвердженого діагнозу гендерної дисфорії пацієнт має бути оцінений на предмет придатності для терапії мови та мовлення.

Звернення до логопеда чи фоніатра має бути прийняте тільки якщо вони клінічно компетентні в цій спеціалізованій області.

### *Оцінка і готовність до терапії*

При терапевтичному втручанні не слід забувати про фізичні обмеження голосової анатомії пацієнта, які дозволяють змінити голос, не викликаючи пошкодження вокалу (Dacakis, 2002; Adler та ін, 2006).

Втручання повинно бути своєчасним і враховувати здатність людини до участі у терапії (Söderpalm ін, 2004).

Воно буде відповідати загальноприйнятій думці експертного погодження.

Будь-які існуючі проблеми із голосом повинні розглядатися до модифікації голосу (Taylor-Го, 2005).

Регулярне лікування, як правило, починається, коли пацієнт живе у бажаній гендерній ролі або коли «перехід» є неминучим для того, щоб максимізувати зміни голосових зв'язок.

Історія хвороби включатиме детальну оцінку стану голосу, щоб отримати дані як сприймається пацієнт і розробити об'єктивні заходи.

### *Терапевтичне втручання (загальне)*

- обсяги необхідної терапії будуть змінюватися з урахуванням очікувань пацієнтів, їх природних вокальних здібностей і їх прихильності до терапії.
- терапевтичні контракти між лікарем і пацієнтом є звичайним явищем і можуть укладатись будь-який момент «переходу» пацієнта.
- терапія може бути запропонована на індивідуальній основі або в групах (Chaloner, 2000), з використанням біологічного зворотного зв'язку для підтримки терапії. Інший стилі спілкування і ситуації будуть вирішуватися.
- лікарі будуть регулярно оцінювати прогрес у відповідності з клінічною практикою цієї настанови.
- слід визнати, що в деяких місцях фоніатр дає поради по стилю і зовнішньому вигляду. Консультації/психотерапія повинна бути забезпечена кваліфікованими членами команди.

### *Терапія з жінками*

Приймання жіночих статевих гормонів не матиме ніякого впливу на чоловічий голос у пацієнта. Таким чином, інші чинники, що можуть встановити відмінність між чоловічими та жіночими голосами повинні бути посилені, щоб дати індивіду більш жіночними голос. Дослідження виявило (Оутс і Dacakis, 1997; Гельфер і Тайс, 2013) – ключові галузі комунікації, де чоловіки і жінки відрізняються, наприклад, голосом – якість, крок, інтонація, просодія, швидкість, артикуляція, резонанс, вербальна і невербальна комунікація.

### *Терапія з чоловіками*

Приймання чоловічих гормонів у чоловіків знизить висоту голосу, хоча ступінь і швидкість зміни розрізняються в залежності від якостей пацієнта (Van Borsel та ін, 2000). Терапія може бути запропонована в цей час, щоб допомогти стабілізувати голос і розвинути гортанну мускулатуру, що буде фізично змінена чоловічими гормонами. Тим не менш, це не просто зниження тону, які зроблять голос більш чоловічим (див вище). Інші аспекти голосу /комунікації повинні визначити "мужність" для слухача, і вони повинні бути розглянуті в ході оцінки.



### *Хірургічне втручання*

#### *Жінки*

Крок хірургічного втручання може бути запропонованим, але це має відбуватися тільки після втручання фахівців фоніатрів і повинно бути прийнято спільно: ЛОР, хірург, психіатр, фоніатр і пацієнт (Матай та ін, 2003; Parker, 2008). Існують різні процедури, які в даний час, найбільш кращим для жінок scicthyroid наближення. Це може передувати або слідувати за іншими типами гендерної реконструктивної хірургії, і повинні дотримуватися до подальшого розгляду голосової терапії для оптимізації результату хірургічного (Antoni,2007). Об'єктивні результати є змінними (Вагнер та ін, 2003), хоча особистий ступінь задоволеності у пацієнтів високий (Kanagalingam та ін,2005).

Видалення кадику також може бути запропонованим для косметичного виду (Санду, 2007).

#### *Чоловіки*

Голосова хірургія для чоловіків не так добре розвинена. Застосовується у випадках, коли пацієнт намагається знизити висоту звучання далі (наприклад, типу Isshiki Ithyoplasty), але її суб'єктивні та об'єктивні результати не є сприятливими для пацієнтів.

### *Механізми підтримки та безперервний професійний розвиток*

- Дорослі з гендерною дисфорією, швидше за все, сформують невелику частину голосу без допомоги терапевту, якщо останній приєднається до гендерної клініки. Тому дуже важливо, щоб був доступ до фахівців і національних мереж.
- Регулярне оновлення клінічних навичок рекомендується через призначені курси, навчальні дні та індивідуальне навчання.

### *Завершення лікування*

Завершення лікування відбувається на розсуд фоніатра після обговорення з пацієнтом. Причини завершення лікування можуть включати в себе:

Успішне завершення цілей і завдань терапії, ніякого подальшого прогресу не представляється можливим для пацієнту для здійснення терапії, необхідної для досягнення цілей терапії.

## Додаток 8. Зберігання гамет

Якщо пацієнт звертається за порадою щодо зберігання статевих клітин, то він повинен бути направлений в Fertility Center (репродуктивний центр), який може надавати такі послуги, згідно з ліцензією. Перелік центрів у Великобританії може бути знайдений на веб-сайті із запліднення й ембріології людини ([www.hfea.gov.uk](http://www.hfea.gov.uk)).

Статеві клітини можна зберігати тільки якщо постачальник дав відповідну інформовану згоду. Наслідки зберігання сперми або яйцеклітин вимагають ретельного консультування/психотерапії. Постачальнику доведеться пройти тестування на наявність вірусів, включаючи ВІЛ, гепатит В і С. Інфраструктура підтримки, в тому числі гепатології послуг, повинні бути доступним для виявлення інфікованих осіб.

Статеві клітини можуть зберігатися тільки після відповідної згоди з боку пацієнта. Центр зберігання зобов'язаний переконатись, що сперма та яйцеклітини будуть збережені відповідно до вимог закону.

Статеві клітини можуть бути збережені для використання в лікуванні від імені індивіда, в лікуванні інших (сперма/донорство яйцеклітин) або для наукових досліджень. Якщо зразок повинен бути використаний для лікування згодом, потім додатково консультації/психотерапія та злагоди питання повинні бути розглянуті до

Гормональна терапія має потенціал, щоб порушити ендокринний контроль гаметогенезу. Бажано для людей, які хочуть зберегти гамети – припинити терапію, для надання зразків сперми або для збереження яйцеклітин.

### *Зберігання сперми*

Постачальники сперми повинні будуть виробляти від двох до десяти порцій сперми протягом певного періоду, що становить декілька тижнів. Якщо якість сперми є задовільним це дозволить розділити зразки і зберігати в окремих ємностях, що дозволяє протягом 10-15 циклів можливості для зачаття через штучне осіменіння в майбутньому. Якщо якість сперми залишає бажати кращого, то обговорення може бути потрібно відносно застосування допоміжних процедур відтворення наприклад, екстракорпоральне запліднення в майбутньому. Якщо фізична особа не зможе еякулювати, клініка може бути в змозі запропонувати альтернативні способи отримання сперми – хірургічним шляхом вилучення сперми або електроеякуляції.

### *Зберігання яйцеклітин*

Якість яйцеклітин, на відміну від якості сперми, в значній мірі залежить від віку жінки. Жіночий народжуваності в кінці 30-х років і за її межами хвостів різко і навіть у пробірці методи запліднення пов'язані з незадовільними результатами ставки. У молодих осіб використання допоміжних репродуктивних технологій методи можуть бути розглянуті. Постачальникам яйцеклітин необхідно буде пройти цикл контрольованої стимуляції яєчників, для того, щоб отримати достатню кількість яйцеклітин для зберігання. Процес стимуляції може зайняти до 5 тижнів, та включає в себе ін'єкції гонадотропінів для стимуляції яєчників для створення декількох розвинутих фолікулів. Під контролем УЗД і з седації, вагінальний ооцитів можуть бути виконані. У середньому, від 8 і до 12 яйцеклітин можуть бути отримані таким чином. Зберігання яйцеклітин як технологія не є такою надійною, як для зберігання сперми, і шанси на вагітність шляхом передачі ембріонів, отриманих з кріоконсервованих яєць, становить 2% на одне заморожене яйце. Якщо постачальник яйцеклітин має партнера-чоловіка, можна розглянути для внесення добрив яйця з його спермою. Генерування ембріонів в цьому так би запропонувати можливість передачі ембріонів в сурогатну хоста. Кріо-зберігання ембріонів є більш надійним, ніж зберігання яєць і вагітності ставки до 20% в перенесення ембріонів циклу можна очікувати з заморожені ембріони. Згода постачальника сперми для зберігання чи використання ембріони, отримані від його сперми обов'язкове. Сурогатне материнство викликає далі складні етичні

питання, які вимагають введення і досвід консультанти, які пройшли підготовку в цій області.

#### *Зберігання тканин яєчників*

Заморожування тканини яєчників є експериментальним в даний час і малоімовірно, що це буде доступно в якості клінічного обслуговування в найближчому майбутньому.

#### *Зміна або відкликання згоди*

Будь-яка згода стосовно використання та зберігання статевих клітин або ембріонів може бути змінена або відкликана в будь-який час людиною, яка її дала, до тих пір, поки гамети або ембріони вже не будуть використовуватися в лікуванні або дослідженні. Право змінити або відкликати згоду є важливою частиною ефективної згоди в тому, щоб клініки дотримувались побажань пацієнта. Будь-яка згода на зберігання, яка дається в клініці, повинна містити заяву про те, що має статися, щоб гамети або ембріони знищувались у випадках, коли людина стає психічно недієздатною або вмирає.

#### ***Коментар робочої групи***

*Доступ до допоміжних репродуктивних технологій відбувається у закладах охорони здоров'я вторинної та третинної медичної допомоги за направленням лікуючого лікаря відповідно до Наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» № 787 від 09 вересня 2013 р.*

## Додаток 9. Генітальна хірургія для транс-жінок або сертифікованих жінок

Не існує доказів 1 або 2 рівня (рівні Оксфорду), що підтримують використання фемінізаційної кольпопластики у жінок, але це і слід було очікувати, так як рандомізоване контрольоване дослідження для цього сценарію буде неможливо виконати. Корисний огляд доказів користі і несприятливих результатів з фемінізації вагінопластики в жінок-транссексуалів повідомляє Дей Петра. У її доповіді «були виявлені 593, можливо, відповідні статті в абстрактній формі, з яких 70 статей були витягнуті в повному тексті. Десять досліджень були відібрані оцінка після застосування критеріїв включення і виключення. Дизайн досліджень включених досліджень входили один систематичний огляд, одне проспективне контрольоване дослідження, одне ретроспективне дослідження когорти і сім квазі-експериментальних досліджень» (Day, 2002: стр. 6). Вона прийшла до висновку, що «операції зі зміни статі можуть скористатися деякі ретельно оцінюються і відбираються транссексуали, які задовольняють визнаним діагностичним і вимогам Критерії та отримали визнані стандарти медичної допомоги для хірургії. Більше дослідження для вдосконалення бази фактичних даних, що ідентифікує підгрупи з транссексуалів, швидше за все, вигоду від операції зі зміни статі "(стор. 7).

Позитивні результати в неконтрольованих дослідженнях були представлені в області косметичної зовнішності, сексуальної функції, самоповаги, образ тіла, соціально-економічного регулювання, сімейного життя, стосунків, психологічного статусу і задоволень. Тим не менш, ці «вигоди» не були підтвержені. Значні ускладнення можуть включати в себе стеноз уретри або пухлину з нерозподіленого корпусу губчастого тіла, вагінальний стеноз або втрату вагінальної глибини через некроз клапотя шкіри статевого члена, випадіння піхві, відсутність чутливості клітора або хворобливі кліторальні відчуття, некроз губних клаптів, відноситься пацієнта відносно косметична

Результати тромбоемболії, включаючи тромбоз глибоких вен і легеневої емболію, яка може призвести до летального результату, кровотеча, и пошкодження прямої кишки вимагаючи фекальних виток (Годдарда та ін, 2007). Рідко, пацієнт може зробити реверсування генітопластики.

Поточні ретроспективні коротко- і середньострокові подальші дослідження пропонують близько 80% пацієнтів, які перенесли фемінізуючу вагінопластику і яким сподобалася функціональність і косметичний результат їх роботи (Крейги та ін, 2001; Годдард ін, 2007; Tugnet та ін, 2007). Решта раді, що вони зробили операцію, але повідомляють, що їх очікування не співпали з післяопераційною реальністю. Більшість з цих пацієнтів можуть отримати вигоду від вторинного хірургічного втручання. Тому ясно, що переважна більшість пацієнтів, принаймні в короткостроковий и проміжний термін, отримали значні вигоди з фемінізаційної кольпопластики при низьких ризиках серйозних ускладнень (Р. Крейги та ін 2001; Lawrence, 2003). Інший Дослідник повідомив про відмінні результати від фемінізуючої кольпопластики, коли використовують суворі Критерії відбору і отриманий добрий хірургічний результат (Зелений & Fleming, 1990; Eldh ін, 1997). Тим не менше, в довгостроковій перспективі – хірургічні, психологічні, соціальні та сексуальні посібники вказують на залишення ризиків. Таким чином, важливо провести якісне багаточентрові проспективні довгострокові дослідження для визначення ризиків/вигод фемінізуючої кольпопластики.

Такі дослідження мають бути проведені спеціалізованими центрами з перевіреною репутацією ведення записів в протоколах для пацієнта з хірургії зміни статі та стандартизувати вибір.

## Додаток 10. Генітальна хірургія транс-чоловіків або сертифікованих чоловіків

Поточні параметри, доступні у Великобританії, перераховані нижче. Пацієнти повинні бути попереджені, що всі операції мають включати кілька стадій і можуть статися ускладнення. Форма згоди та інформаційних листків повинні пояснювати про очікувані результати, у тому числі потенційні ускладнення і ризики, це повинно бути забезпечено за кілька тижнів до операції.

### *Метатоїдопластика*

Вона включає в себе видалення клітору і перенос уретри на його кінчик, таким чином, формування мікропенісу. Мошонка і протези яєчок імплантуються на другому етапі. Пацієнти будуть мати можливість стоячи писати, але тільки 50% зможуть використовувати чоловічий пісуар, так як мікропеніс занадто малий. В іншому випадку це проста операція в один або два етапи, але проникнення для сексу, як правило, неможливо через розмір фалоса.

### *Загальна фаллопластика*

#### *Лобкова фаллопластика*

Хороший розмір фалоса зробленого з нижньої частини шкіри стіни живота, який мав лазерне видалення волосся до початкової операції. Крім того, пацієнти можуть використовувати крем для видалення волосся або гоління фалосу. Уретра формується з губних залишків шкіри в два етапи, але часто отвір 1-2 в від кінчика фалосу. Всі шрами низько на животі і нижче лінії поясу.

### *Фаллопластика з матеріалів шкіри передпліччя*

Фалос виробляється з депільованої шкіри передпліччя з уретри. Судини і нерви шкіри передпліччя розділені і приєднані до судин і нервів в області статевих органів. Основним недоліком є непривабливий шрам на місці донорської шкіри. Після того, як загальна фаллопластика була завершена і безперервність уретри встановлено, пацієнтам пропонують ендпротезування яєчок і статевого члена. Часто гістеректомія та оваріектомія можуть бути виконані одночасно або як один з етапів відкритою або лапароскопічною технікою.

## Література

- Asscheman H, Gooren L (2009) Long term mortality in hormone-treated transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, **6** (suppl 5), 403–20.
- Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, et al (2011) A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, **164**, 635–42.
- Barker H, Wylie K (2008) Are the criteria for the ‘Real-Life Experience’ (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, **10**, 3–4.
- Barrett J (ed.) (2007) *Transsexual and Other Disorders of Gender Identity: A Practical Guide to Management*. Radcliffe Publishing.
- Bockting WO (2008) Psychotherapy and the real life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, **17**, 211–24.
- Bockting WO, Knudson G, Goldberg J (2006) Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, **9**, 35–82.
- Bower H (2001) The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **35**, 1–8.
- Burri A, Cherkas L, Spector T, et al (2011) Genetic and environmental influences on female sexual orientation, childhood gender typicality and adult gender identity. *PLoS One*, **6**, e21982.
- Canonica M, Oger E, Plu-Bureau G, et al (2007) Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of oestrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*, **115**, 840–5.
- Cassela R, Bubendorf L, Schaefer DJ, et al (2005) Does the prostate need androgens to grow? Transurethral resection of the prostate in a male-to-female transsexual 25 years after sex-changing operation. *Urologia Internationalis*, **75**, 288–90.
- Clayton WJ, Lipton M, Elford J, et al (2005) A randomized controlled trial of laser treatment among hirsute women with polycystic ovary syndrome. *British Journal of Dermatology*, **152**, 986–92.
- Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F (2010) The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, **39**, 499–513.
- Cole CM, O’Boyle M, Emory LE, et al (1997) Co-morbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, **26**, 13–26.
- Cole JA, Norman H, Doherty M, et al (2007) Venous thromboembolism, myocardial infarction and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics and Gynecology*, **109**, 339–46.
- Dahl M, Feldman JL, Goldberg JM, et al (2006) Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, **9**, 111–34.
- De Cuypere G, Vercruyse H (2009) Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: recommendations for revision of the WPATH Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, **11**, 194–205.
- De Cuypere G, T’Sjoen G, Beerter R, et al (2004) Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, **34**, 679–90.
- Di Ceglie D (2000) Gender identity disorder in young people. *Advances in Psychiatric Treatment*, **6**, 458–66.
- Diamond M, Beh HG (2008) Changes in the management of children with intersex conditions. *Nature Clinical Practice: Endocrinology and Metabolism*, **4**, 4–5.
- Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, et al (2008) A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, **44**, 34–45.
- Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, et al (2010) Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systemic review and meta-analysis. *Clinical Endocrinology*, **72**, 1–10.
- Feldman JL, Safer J (2009) Hormone therapy in adults: suggested revisions to the sixth version of the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, **11**, 146–82.
- Freedman D, Tasker F, Di Ceglie D (2002) Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: a brief report of key development features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **7**, 423–32.
- 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.
- Gillott S, Wylie K (2008) The clinical value and cost effectiveness of using psychometric scales in the assessment of patients with gender dysphoria. *Sexologies*, **17**, 238–44.
- Giltay EJ, Gooren LJG, Cohen-Kettenis PT, et al (2004) Co-morbidity of gender identity disorders. *American Journal of Psychiatry*, **161**, 934.

- Gooren LJ, Giltay EJ (2007) Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effect and risks of administration of androgens to females. *Journal of Sexual Medicine*, **5**, 765–76.
- Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC (2008) Long term treatment of transsexuals with cross sex hormones: extensive personal experience. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, **93**, 19–25.
- Gorin-Lazard A, Bonierbale M, Magaud-Vouland N, et al (2008) Gender identity disorder: what is the role of the psychiatrist? *Sexologies*, **17**, 225–37.
- Grabellus F, Worm K, Willruth A, et al (2005) ETV6-NTRK3 gene fusion in a secretory carcinoma of the breast of a male-to-female transsexual. *Breast*, **14**, 71–4.
- Green R (1997) *The 'Sissy' Boy Syndrome' and the Development of Homosexuality*. Yale University Press.
- Green R (1998) Transsexuals' children. *International Journal of Transgenderism*, **2**, 4.
- Green R (2008) Potholes in the interview road with gender dysphoric patients: contentious areas in clinical practice. *Sexologies*, **17**, 245–57.
- Hale CJ (2007) Ethical problems with the mental health evaluation standards of care for adult gender variant prospective patients. *Perspectives in Biology and Medicine*, **50**, 491–505.
- Heinemann K, Heinemann LAJ (2011) Comparative risks of venous thromboembolism among users of oral contraceptives containing drospirenone and levonorgestrel. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, **37**, 132–5.
- Istar Lev A (2004) *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families*. Haworth Press.
- Jean-Jacques A, Tripathi V (2009) Contraception for women: an evidence based overview. *BMJ*, **339**, 563–8.
- Kitzinger C, Willmott J (2002) 'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science and Medicine*, **54**, 349–61.
- Kruijver FPM, Zhou JN, Pool CW, et al (2000) Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Endocrinology and Metabolism*, **85**, 2034–41.
- Lawrence AA (2001) Sex reassignment surgery without a one-year real life experience: still no regrets. Paper presented at the XVII Harry Benjamin International Symposium on Gender Dysphoria, Galveston, Texas, USA. Available at: <http://www.annelawrence.com/2001hbigda2.html>.
- Lev AI (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**, 74–99.
- Levine SB, Solomon A (2009) Meanings and political Implications of 'psychopathology' in a gender identity clinic: a report of 10 cases. *Journal of Sex and Marital Therapy*, **35**, 50–7.
- Levy A, Crown A, Reid R (2003) Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology (Oxford)*, **59**, 409–18.
- Lobato MII, Koff WJ, Manenti C, et al (2006) Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Archives of Sexual Behavior*, **35**, 711–5.
- Loewenberg H, Krege S (2007) Follow-up of 107 male-to-female transsexuals after sexreassignment surgery. In *The World Professional Association for Transgender Health: Abstract Book ~ 2007. 20th Biennial Symposium*: pp. 54–5 (<http://www.wpath.org/documents/Abstract%20Book%20-%202007%20Final%20Version.pdf>).
- Lombardi E (2007) Substance use treatment experiences of transgender/transsexual men and women. *Journal of LGBT Health Research*, **3**, 37–47.
- Louis JG, Erik JG, Mathijs CB (2008) Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *Journal of Clinical Endocrinology*, **93**, 19–25.
- Manieri C, Godano A, Lanfranco F, et al (2008) Hormone treatment in gender dysphoria. *Sexologies*, **17**, 265–70.
- Mate-Kole C, Freschi M, Robin A (1990) A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *British Journal of Psychiatry*, **157**, 261–4.
- Meriggiola MC, Armillotta F, Costantino A, et al (2008) Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, **5**, 2442–53.
- Michel A, Mormont C, Legros JJ (2001) A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, **145**, 365–76.
- Money J, Russo AJ (1979) Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, **4**, 29–41.
- Ott J, Kaufmann U, Bentz E-K, et al (2010) Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility and Sterility*, **93**, 1267–72.

- Ott J, van Trotsenburg M, Kaufmann U, et al (2010) Combined hysterectomy/salpingo-oophorectomy and mastectomy is a safe and valuable procedure for female-to-male transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, **7**, 2130–8.
- Parkin L, Sharples K, Hernandez RH, et al (2011) Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*, **340**, d2139.
- Rachlin K, Hansbury G, Pardo ST (2010) Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, **12**, 155–66.
- Rametti G, Carrillo B, Gomex-Gill E, et al (2011) The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of Psychiatric Research*, **45**, 949–54.
- Reed T (2005) *Family and Transsexualism – A Better Understanding*. Gender Identity Research and Education Society (<http://www.gires.org.uk/assets/family-matters.pdf>).
- Reed BWD, Cohen-Kettenis PT, Reed T, et al (2008) Medical care for gender variant young people: dealing with the practical problems. *Sexologies*, **17**, 258–64.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011) *Venous Thromboembolism and Hormone Replacement Therapy* (Green-top Guideline No.19, 3rd edn, May 2011). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Saunders K, Bass C (2011) Gender reassignment: 5 years of referrals in Oxfordshire. *The Psychiatrist*, **35**, 325–7.
- Savic I, Arver S (2011) Sex dimorphism of the brain in male-to-female transsexuals. *Cerebral Cortex*, **21**, 2525–33.
- Seal LJ, Franklin S, Richards C, et al (2012) Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, **97**, 4422–8.
- Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, et al (2005) Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, **116**, e135–45.
- Slater CC, Hodis HN, Mack WJ, et al (2001) Markedly elevated levels of estrone sulphate after long-term oral, but not transdermal, administration of oestradiol in postmenopausal women. *Journal of American Menopause*, **8**, 200–3.
- Sohn MHH, Exner K (2008) Genital reassignment surgery for transsexual people. *Sexologies*, **17**, 283–90.
- Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL, et al (2008) Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, **62**, 294–306.
- Thornton J (2008) Working with the transgender voice: the role of the speech and language therapist. *Sexologies*, **17**, 271–6.
- Traish AM, Gooren LJ (2010) Safety of physiological testosterone therapy in women: lessons from female-to-male transsexuals (FMT) treated with pharmacological testosterone therapy. *Journal of Sexual Medicine*, **7**, 3758–64.
- van de Ven BFML (2008) Facial feminisation, why and how? *Sexologies*, **17**, 291–8.
- Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA (1996) An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, **25**, 589–600.
- Vardi Y, Wylie KR, Moser C, et al (2008) Is physical examination required before prescribing hormones to patients with gender dysphoria? *Journal of Sexual Medicine*, **5**, 21–6.
- Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT (2008) Psychosexual outcome of gender dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **47**, 1413–23.
- Wassersug RJ, Gray R (2011) The health and well-being of prostate cancer patients and male-to-female transsexuals on androgen deprivation therapy: a qualitative study with comments on expectations and oestrogen. *Psychology, Health and Medicine*, **16**, 39–52.
- Wierckx K, Mueller S, Weyers S, et al (2012) Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, **9**, 2641–51.
- Wilson P, Sharp C, Carr S (1999) The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *British Journal of General Practice*, **49**, 991–2.
- Wylie KR (2004) Gender related disorders. *BMJ*, **329**, 615–7.
- Wylie KR (2008a) Gender identity issues. *Sexologies*, **17**, 210.
- Wylie KR (2008b) New standards of care for people with gender dysphoria. *Mental Health in Family Medicine*, **5**, 71–3.



- Wylie KR, Steward D (2008) A consecutive series of 52 transsexual people presenting for assessment and chromosomal analysis at a gender identity clinic. *International Journal of Transgenderism*, **10**, 147–8.
- Wylie KR, Fitter J, Bragg A (2009) The experience of patients with regard to satisfaction with clinical services. *Sexual and Relationship Therapy*, **24**, 163–74.
- Wylie KR, Ng EML, Chambers L, et al (2008) Sexual disorders, paraphilias, and gender dysphoria. *International Journal of Sexual Health*, **20**, 109–32.
- Wylie K, Fung R, Boshier C, et al (2009) Recommendations of endocrine treatment for patients with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, **24**, 175–87.
- Zhou J-N, Swaab DF, Gooren LJ, et al (1995) A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, **378**, 68–70.
- Zucker KJ, Bradley SJ (1995) Gender identity disorder and psychosexual problems in children. *Archives of Sexual Behaviour*, **39**, 477–98.
- Zuger B (1984) Early effeminate behavior in boys. Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **172**, 90–7.