

The background of the cover features a decorative grid pattern of squares in shades of purple and yellow. The pattern is partially obscured by a white rectangular area containing the title and subtitle. The top-left corner of the cover is a solid dark purple color.

Standarde de îngrijire pentru tulburările de identitate de gen

București, 2010

**Standarde de îngrijire pentru
tulburările de identitate de gen,
conform Asociației „Harry Benjamin
International Gender Dysphoria”,
ediția a șasea (februarie, 2001)**

Traducere de **Anca Liana Vaida**

București, 2010

Lucrare publicată în 2001 de The World Professional Association for Transgender Health, Inc – WPATH (fostă Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association- HBIGDA)
Site web: www.wpath.org

Titlul original:
*The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's,
Standards Of Care For Gender Identity Disorders,
Sixth Version,
February, 2001*

Traducere: Anca Liana Vaida

Coordonare: Irina Niță

Adaptare și corectură: Laura Constantinescu, Iulia Molnar, Delia Stan

Grafică: Lucian David

ISBN 978-973-0-08055-1

Copyright © The World Professional Association for Transgender Health, Inc, 2001

Toate drepturile ediției în limba română revin Asociației ACCEPT prin copyright acordat de The World Professional Association for Transgender Health, Inc.

©Asociația ACCEPT, 2010
OP 34 - CP 56, București

Cuvânt înainte

Întâlnirea mea cu ACCEPT a avut loc acum câțiva ani, în cadrul unui proiect ce viza drepturile omului, și evident stigmatizarea și discriminarea minorităților sexuale, etnice sau a persoanelor cu dizabilități psihiatrice. Ulterior, în funcție de nevoile beneficiarilor organizației, am devenit unul dintre colaboratorii accesați pentru evaluări psihiatrice.

Termenul de transsexualitate a intrat în uzanța profesioniștilor și a publicului în anii '50, definind o persoană care prezintă anatomic un sex neconform cu identitatea personală și a rolului de gen asumat. Mai târziu profesioniștii au utilizat termenul de „Gender Dysphoria Syndrome” (sindrom disforic de gen) în încercarea de a defini prezența unei probleme de gen. În anii '80 este introdusă Transsexualitatea în DSM III (Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders, elaborat de Asociația Psihiatrică Americană), iar în anii '90, odată cu DSM IV este redefinită ca Gender Identity Disorder (tulburare de identitate de gen). Este în pregătire versiunea V a DSM-ului, care propune schimbarea denumirii în Gender Incongruence (incongruență de gen), termenul de incongruență reflectând mai corect nucleul problemei persoanelor transsexuale.

Incursiunea în terminologia și clasificările diagnostice psihiatrice arată dificultatea psihiatriei de a defini, și evident interveni, în problemele de identitate de gen, trebuind mai mult de 50 de ani pentru a identifica o terminologie adecvată. Problematika unei persoane cu incongruență de gen nu se rezumă numai la dificultățile psihologice, la dificultățile de expunere socială, eventual profesionale sau legale. La cele enumerate se adaugă nevoia de o abordare medicală multi-disciplinară coerentă.

În acest context, publicarea în România a *Standardelor de Îngrijire* pentru persoanele cu tulburare de identitate de gen, elaborate de „Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association” este o inițiativă salutară deoarece permite o abordare adecvată, bazată pe dovezi științifice, a nevoilor persoanelor cu tulburare de identitate de gen.

Adela Sălceanu, medic psihiatru

Standarde de îngrijire pentru tulburările de identitate de gen, conform Asociației „Harry Benjamin International Gender Dysphoria”, ediția a șasea februarie, 2001

Aceasta este cea de-a șasea ediție a Standardelor de Îngrijire, prima ediție fiind publicată în 1979. Reviziile anterioare ediției de față au avut loc în 1980, 1981, 1990 și 1998.

Cuprins

I. Concepte introductive	7
II. Considerații epidemiologice.....	9
III. Nomenclatura diagnostică	11
IV. Specialistul în sănătate mintală	15
V. Evaluarea și tratamentul copiilor și adolescenților	19
VI. Psihoterapia adulților.....	23
VII. Cerințele terapiei hormonale la adulți	27
VIII. Efectele terapiei hormonale la adulți.....	29
IX. Experiența în viața reală.....	33
X. Chirurgia.....	35
XI. Chirurgia mamară	37
XII. Chirurgia genitală	39
XIII. Urmărirea post-tranzițională	43

I. Concepte introductive

Scopul *Standardelor de îngrijire*. Scopul principal al acestor *Standarde de îngrijire* este de a stabili un consens profesional în ceea ce privește managementul psihiatric, psihologic, medical și chirurgical legat de tulburările de identitate de gen. Specialiștii pot folosi acest document pentru a înțelege parametrii în care pot oferi asistență celor aflați într-o astfel de situație. Persoanele cu tulburări de identitate de gen, familiile lor, și instituțiile sociale pot folosi *Standardele de îngrijire* pentru a înțelege poziția actuală a specialiștilor. Toți cititorii trebuie să fie conștienți de limitările cunoștințelor în acest domeniu și de speranța că unele nesiguranțe clinice vor fi rezolvate în viitor prin investigații științifice.

Scopul general al tratamentului. Scopul general al psihoterapiei, terapiei endocrinologice sau chirurgicale pentru persoanele cu tulburări de identitate de gen este obținerea unui confort personal de durată cu identitatea de gen interioară (*gendered self*) pentru a optimiza per total starea psihologică și împlinirea de sine.

„*Standardele de îngrijire*” sunt linii orientative clinice. *Standardele de îngrijire* au scopul de a oferi direcții flexibile pentru tratamentul persoanelor cu tulburări de identitate de gen. Criteriile de eligibilitate precizate în acest document trebuie privite drept cerințe minimale, acestea putând fi modificate de către specialiști sau alte structuri formale specializate în acest domeniu. Digresiunile clinice de la aceste linii orientative pot apărea datorită unei situații anatomice, sociale sau psihologice unice a pacientului, unei metode avansate de tratare a unei situații obișnuite de către un specialist experimentat, sau a unui protocol de cercetare. Aceste divagări de la *Standardele de îngrijire* trebuie considerate ca atare, explicate pacientului, și notate detaliat - pe de o parte cu scopul protecției legale, pe de alta pentru a permite ca rezultatele obținute pe termen scurt și lung să poată contribui la evoluția domeniului.

Pragul clinic. Un prag clinic este depășit atunci când îngrijorările, nesiguranța și întrebările despre identitatea de gen persistă în timpul dezvoltării unei persoane, acestea devenind atât de intense încât par cel mai important aspect al vieții sale, sau împiedică stabilirea unei identități de gen relativ neconflictuale. Dificultățile persoanei (lupta interioară) pot fi denumite informal în feluri variate: problemă de identitate de gen, disforie

de gen, problemă de gen, preocupare de gen, distres de gen, conflict de gen sau transsexualitate. Astfel de conflicte pot apărea oricând de la vârsta preșcolară până la vârsta a treia și prezintă multe forme alternative. Acestea reflectă grade diferite de insatisfacție personală în ceea ce privește identitatea sexuală, caracteristicile corporale demarcante de sex și gen, rolurile de gen, identitatea de gen și percepția celorlalți. Când persoanele cu insatisfacție legată de identitatea de gen întrunesc criteriile specifice precizate într-una din cele două nomenclaturi oficiale – Clasificarea internațională a bolilor - 10 (ICD-10) sau Manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mentale IV (DSM-IV), atunci ele sunt diagnosticate oficial ca având o tulburare de identitate de gen (GID- Gender Identity Disorder, în engleză). Unele persoane cu GID depășesc un alt prag – ele au o dorință persistentă de a-și transforma chirurgical propriul corp.

Există două tipuri de populații cu tulburări de identitate de gen – bărbații biologici și femeile biologice. Sexul unui pacient este întotdeauna un factor semnificativ în managementul tulburării de identitate de gen. Clinicienii trebuie să ia în considerare dilemele biologice, sociale, psihologice și economice separat pentru fiecare sex. Cu toate acestea, este recomandată urmărirea *Standardelor de îngrijire* pentru toți pacienții.

II. Considerații epidemiologice

Prevalența. Când tulburările de identitate de gen au intrat pentru prima dată în atenția specialiștilor, perspectivele clinice erau orientate în mare spre identificarea candidaților pentru intervențiile chirurgicale de reatribuire de sex. Pe măsură ce domeniul a avansat, specialiștii au realizat că unele persoane cu tulburări de identitate de gen bona fide fie nu își doreau, fie nu erau eligibile pentru operația de reatribuire de sex. Cele mai timpurii estimări în ceea ce privește prevalența transsexualismului erau de 1 la 37.000 la bărbați și 1 în 107.000 la femei. Cea mai recentă estimare din Olanda a prevalenței capătului spectrului tulburărilor de identitate de gen reprezentat de transsexualitate este de 1 în 11.900 la bărbați și 1 în 30.400 la femei. Patru observații, încă nesustținute ferm de studii sistematice, cresc probabilitatea unei prevalențe chiar și mai mari: 1) problemele nerecunoscute de gen ajung uneori să fie diagnosticate atunci când pacienții vin cu anxietate, depresie, tulburare bipolară, tulburări de comportament, abuz de substanțe, tulburări de identitate disociative, tulburare de personalitate borderline, alte tulburări sexuale și probleme intersexuale; 2) unii bărbați –nonpacienți- care se travestesc sau imită femei, unele persoane transgender și unii dintre bărbații sau femeile gay pot avea o formă de tulburare de identitate de gen; 3) intensitatea tulburării de identitate de gen a unor persoane fluctuează sub și deasupra pragului clinic; 4) variația de gen a unor persoane cu trup de femeie tinde să fie relativ invizibilă cultural, în special specialiștilor în sănătate mintală și oamenilor de știință.

Istoricul consemnat cu privire la tulburările de identitate de gen.

La nivel ideal, datele legate de istoricul dilemelor identității de gen ar trebui să fie luate în calcul în toate deciziile de tratament. Acestea lipsesc, cu excepția constatării că, fără terapie, majorității băieților și fetelor cu tulburări de identitate de gen li se amplifică dorința de a-și schimba sexul și genul. După ce se pune diagnosticul de GID abordarea terapeutică include de obicei 3 elemente sau faze (uneori etichetate ca terapie triadică): (1) experimentarea în viața reală a rolului dorit, (2) hormoni ai genului dorit și (3) chirurgia organelor genitale și a celorlalte caracteristici sexuale. Există cinci observații - mai puțin ferm dovedite științific- care îi împiedică pe clinicieni să prescrie terapia triadică bazându-se doar pe diagnostic: 1) unele persoane atent diagnosticate cu GID își schimbă spontan aspirațiile; 2) altele se simt mai confortabil cu identitățile lor de gen fără intervenție medicală;

3) altele renunță în timpul psihoterapiei la dorința de a urma integral secvența triadică; 4) unele clinici de identitate de gen au o rată inexplicabil de mare de renunțări; 5) procentul de persoane care nu beneficiază de terapia triadică variază semnificativ de la un studiu la altul. Multe persoane cu GID vor dori toate cele trei elemente ale terapiei triadice. Tipic, terapia triadică are loc în ordinea: hormoni → experimentarea în viața reală → chirurgie sau, uneori: experimentarea în viața reală → hormoni → chirurgie. Pentru unele femei biologice, ordinea preferată poate fi: hormoni → chirurgia sânelui → experimentarea în viața reală. Totuși, diagnosticul de GID invită la luarea în considerare a unei varietăți de opțiuni terapeutice, terapia triadică completă fiind doar una dintre ele. Clinicienii au devenit din ce în ce mai conștienți de faptul că nu toate persoanele cu tulburări de identitate de gen au nevoie sau își doresc toate cele trei elemente ale terapiei triadice.

Diferențe culturale în variația identității de gen, în lume. Chiar dacă studiile epidemiologice au stabilit că peste tot în lume există o constanță a ratei tulburărilor de identitate de gen, este probabil ca diferențele culturale de la o țară la alta să afecteze expresia comportamentală a acestor tulburări. Mai mult decât atât, accesul la tratament, costul tratamentului, terapiile oferite și atitudinile sociale față de persoanele cu variații de gen și față de specialiștii care asigură îngrijirea necesară, diferă mult de la o zonă geografică la alta. În timp ce, în majoritatea țărilor, încălcarea granițelor de gen generează mai degrabă cenzură morală decât compasiune, există în anumite culturi exemple remarcabile de comportamente cross-gendered¹ care nu sunt stigmatizate (de ex. lideri spirituali selectați din rândul membrilor transgender ai comunității).

¹comportamente care traversează granița de gen (din engleză)

III. Nomenclatura diagnostică

Cele 5 elemente ale muncii clinice. Implicarea profesională cu pacienții cu tulburări de identitate de gen cuprinde oricare din următoarele: evaluare diagnostică, psihoterapie, experimentare în viața reală, terapie hormonală și terapie chirurgicală. Această secțiune oferă o bază în ceea ce privește evaluarea diagnostică.

Dezvoltarea unei nomenclaturi. Termenul „transsexual” a intrat în folosirea profesională și publică în anii 1950, desemnând o persoană care aspira la sau chiar trăia în rolul de gen contrar celui anatomic, indiferent dacă îi fuseseră administrați hormoni sau dacă îi fusese efectuată chirurgia de reatribuire de sex. În timpul anilor '60 și '70, clinicienii au folosit și termenul de „transsexual adevărat”. Un *transsexual adevărat* era persoana care urma un drum caracteristic de dezvoltare atipică a identității de gen, dezvoltare care anticipa o viață îmbunătățită de o secvență de tratament ce culmina cu operația genitală. Transsexualii adevărați erau considerați a avea: 1) identificări cu celălalt gen (cross-gender) care erau exprimate comportamental în mod consecvent, în copilărie, adolescență și în viața adultă; 2) excitație minimă sau deloc în cazul travestiului; 3) lipsa unui interes heterosexual, relativ la sexul lor anatomic. Transsexualii adevărați puteau avea orice sex. Transsexualii adevărați bărbați erau diferențiați de bărbații care ajungeau la dorința de a-și schimba sexul și genul printr-o cale de dezvoltare comportamentală relativ masculină. Credința în conceptul de transsexual adevărat pentru bărbați a fost disipată în momentul în care s-a constatat că astfel de pacienți erau rar întâlniți și că unii dintre transsexualii adevărați originari și-au falsificat istoricul pentru a-și potrivi poveștile cu teoriile acelei perioade. Conceptul de transsexual adevărat femeie nu a creat niciodată nesiguranțe diagnostice, în mare parte pentru că istoricul pacienților era relativ constant și comportamentele variante de gen, precum travestiul feminin, au rămas neobservate de clinicieni. Termenul „sindromul disforiei de gen” a fost adoptat mai târziu pentru a desemna prezența unei probleme de gen la oricare din sexe până când psihiatria a dezvoltat o nomenclatură oficială.

Diagnosticul de *Transsexualism* a fost introdus în DSM-III în 1980 pentru persoanele cu disforie de gen care au demonstrat cel puțin doi ani de interes continuu pentru transformarea sexului propriului corp și a statusului social de gen. Alții cu disforie de gen au putut fi diagnosticați cu *Tulburare de*

identitate de gen a adolescentului sau adultului, tipul ne-transsexual; sau Tulburare de identitate de gen nespecifică (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified - GIDNOS). Acești termeni diagnostici au fost de obicei ignorați de media, care au folosit termenul de transsexual pentru orice persoană care dorea să își schimbe sexul și genul.

DSM-IV. În 1994, comitetul DSM-IV a înlocuit diagnosticul de *Transsexualism* cu cel de *Tulburare de identitate de gen* (Gender Identity Disorder- GID).² În funcție de vârsta lor, cei cu o identificare persistentă și puternică cu sexul opus și cu un disconfort persistent cu propriul sex sau cu o senzație de inadecvare în rolurile de gen ale aceluia sex trebuie diagnosticați cu *Tulburare de identitate de gen a copilului (302.6), adolescentului sau adultului (302.85)*. Pentru persoanele care nu întrunesc aceste criterii, trebuie folosit diagnosticul de *Tulburare de identitate de gen nespecifică*³ (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified -GIDNOS) (302.6). Această categorie include o varietate de persoane, inclusiv cele care doresc doar castrare sau penectomie fără dorința de a dezvolta sâni, cele care doresc terapie hormonală și mastectomie fără chirurgie genitală, cele cu o stare intersexuală congenitală, cele cu travesti tranzitoriu în legătură cu stresul, și cele cu o ambivalență considerabilă în ceea ce privește renunțarea la statutul lor de gen. Pacienții diagnosticați cu GID și GIDNOS sunt subclasați în funcție de orientarea sexuală: atrași de bărbați, atrași de femei, atrași de ambele sau de niciunul. Această subclasificare avea intenția de a ajuta în a determina, de-a lungul timpului, dacă persoanele cu o orientare sexuală sau alta aveau rezultate mai bune folosind diferite abordări terapeutice; **nu** era intenționată a ghida deciziile terapeutice.

Între publicarea DSM-III și DSM-IV, termenul „transgender” a început să fie folosit în modalități variate. Unii îl foloseau pentru a-i descrie pe cei cu identități de gen neobișnuite într-o manieră fără judecăți de valoare (value-free) – adică fără conotații psihopatologice. Unele persoane îl foloseau informal pentru a se referi la persoane cu orice fel de tip de dileme de identitate de gen. „Transgender” nu e un diagnostic formal, dar mulți specialiști și membri ai publicului îl consideră mai ușor de folosit decât *Tulburare de identitate de gen nespecifică*, care e diagnosticul formal.

ICD-10. ICD-10 oferă acum 5 diagnostice pentru tulburările de identitate de gen (F64):

² În ediția în limba română a DSM IV-TR (București, 2003, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi), *Gender Identity Disorder* a fost tradus prin *Tulburare de Identitate Sexuală*. În lucrarea de față am optat pentru *Tulburare de identitate de gen*, varianta pe care o considerăm a fi mai apropiată de sensul terminologiei originale.

³ *Tulburare de Identitate Sexuală Fără Altă Specificație*, în ediția în limba română a DSM IV.

Transsexualism (F64.0) are 3 criterii:

1. dorința de a trăi și a fi acceptat ca membru al sexului opus, de obicei acompaniată și de dorința de a-și face corpul cât mai congruent posibil cu cel al sexului preferat prin terapie hormonală și chirurgie;
2. identitatea transexuală a fost prezentă constant cel puțin 2 ani;
3. tulburarea nu e un simptom al altei boli mintale sau a unei anormalități cromozomiale.

Travestiul⁴ cu rol dual (Dual-Role Transvestism) (F64.1) are 3 criterii:

1. persoana poartă haine ale sexului opus cu scopul de a simți apartenența temporară la sexul opus;
2. nu există nici o motivație sexuală a travestiului;
3. persoana nu are nici o dorință pentru o trecere permanentă la celălalt sex.

Tulburarea de identitate de gen a copilului⁵ (F64.2) are criterii separate pentru fete și pentru băieți:

Pentru fete:

1. persoana are un distres persistent și intens referitor la faptul că e fată și are o dorință afirmată de a fi băiat (nu doar o dorință pentru anumite avantaje culturale care provin din a fi băiat) sau insistă că este băiat;
2. oricare din următoarele trebuie să fie prezent:
 - a. aversiune persistentă față de îmbrăcămintea normativă feminină și insistența de a purta îmbrăcămintă tipic masculină;
 - b. respingere persistentă a structurilor anatomice feminine, evidențiată prin cel puțin una din următoarele:
 1. afirmarea că are sau va avea penis;
 2. respingerea urinării din șezând;
 3. afirmarea că nu vrea să îi apară sâni sau să menstrueze.
3. fata nu a ajuns încă la pubertate;
4. tulburarea trebuie să fie prezentă de cel puțin 6 luni.

Pentru băieți:

1. persoana are un distres persistent și intens referitor la faptul că e băiat și are dorința de a fi fată sau, mai rar, insistă că este fată;
2. oricare din următoarele situații trebuie să fie prezentă:
 - a. preocupare pentru activități tipic feminine, evidențiate de o preferință fie pentru travesti, fie pentru a simula îmbrăcămintea

⁴*Transvestism cu rol dual*, conform ediției în limba română a Clasificării ICD-10 a tulburărilor mentale și de comportament (București, 1998, Editura ALL).

⁵*Tulburare de identitate cu propriul sex în copilărie*, conform ediției în română a ICD-10.

feminină, sau de o dorință intensă de a participa în jocuri și activități de fete și respingerea jocurilor, jucăriilor și activităților tipic masculine;

- b. respingere persistentă a structurilor anatomice masculine, evidențiată prin repetarea a cel puțin una dintre afirmațiile următoare:
 1. că va deveni femeie când crește (nu doar în roluri);
 2. că penisul sau testiculele sale sunt dezgustătoare sau vor dispărea;
 3. că ar fi mai bine să nu aibă penis sau testicule.
3. băiatul nu a ajuns încă la pubertate;
4. tulburarea trebuie să fie prezentă cel puțin 6 luni.

Alte tulburări de identitate de gen⁶ (F64.8) - nu are criterii specifice.

Tulburare de identitate de gen nespecifică⁷ - nu are criterii specifice.

Oricare din cele 2 diagnostice anterioare poate fi folosit pentru cei cu stare intersexuală.

Scopul DSM-IV și ICD-10 este de a ghida tratamentul și cercetarea în domeniu. Echipe diferite de specialiști au creat aceste nomenclaturi prin procese consensuale, la momente diferite. Este de așteptat ca diferențele dintre sisteme să fie eliminate în viitor. În acest moment, diagnosticele specifice sunt bazate mai mult pe rațiuni clinice decât pe investigații științifice.

Tulburările de identitate de gen sunt boli mintale? Pentru a se califica drept tulburare mintală, un pattern de comportament trebuie să aducă un dezavantaj adaptativ semnificativ persoanei sau să cauzeze suferință mintală personală. DSM-IV și ICD-10 au definit sute de boli mintale care variază prin debut, durată, patogeneză, dizabilitate funcțională și tratabilitate. Desemnarea tulburărilor de identitate de gen ca tulburări mintale nu oferă temeiul pentru stigmatizare sau pentru privarea de drepturi civile a pacienților. Folosirea unui diagnostic formal este adesea o modalitate importantă prin care se poate oferi pacientului alinare și acoperire de către asigurarea medicală, și care poate ghida cercetarea pentru tratamente mai eficiente pe viitor.

⁶Alte tulburări de identitate cu propriul sex, cf. ediției în română a ICD-10

⁷Tulburare de identitate cu propriul sex, nespecificată, cf. ediției în română a ICD-10

IV. Specialistul în sănătate mintală

Cele 10 atribuții ale specialistului în sănătate mintală. Specialiștii în sănătate mintală care lucrează cu persoane cu tulburare de identitate de gen pot fi frecvent solicitați să își asume unele din următoarele responsabilități:

1. să diagnosticheze cu acuratețe tulburarea de identitate de gen;
2. să diagnosticheze cu acuratețe orice comorbiditate psihiatrică și să o trateze adecvat;
3. să consilieze persoana în ceea ce privește opțiunile de tratament și implicațiile lor;
4. să se angajeze în psihoterapie;
5. să asigure calificarea și pregătirea pentru terapia hormonală sau chirurgicală;
6. să facă recomandări formale pentru colegii medici și chirurghi;
7. să documenteze istoricul relevant al pacientului într-o scrisoare de recomandare;
8. să fie parte a unei echipe de specialiști cu interes în tulburările de identitate de gen;
9. să educe membrii familiei, angajatorii și instituțiile cu privire la tulburările de identitate de gen;
10. să fie disponibili pentru urmărirea pacienților văzuți anterior.

Specialistul pentru adulți. Pregătirea profesională a specialistului în sănătate mintală care se axează pe tulburările de identitate de gen ale adultului se bazează pe competența clinică generală în diagnosticarea și tratamentul tulburărilor mintale sau emoționale. Pregătirea clinică poate fi obținută în cadrul oricărei discipline formale credențiale – de ex. psihologie, psihiatrie, asistență socială, consiliere sau asistență medicală. Următoarele sunt credențialele minime recomandate pentru competență specială în cadrul tulburărilor de identitate de gen:

1. Diploma de masterat sau echivalentul ei în domeniul clinic al științelor comportamentale. Aceasta (sau o diplomă mai avansată) trebuie să fie acordată de o instituție acreditată de o comisie de acreditare națională sau regională. Specialistul în sănătate mintală trebuie să aibă credențiale documentate de la o instituție adecvată de pregătire și de la o comisie de licențiere;
2. Pregătire de specialitate și competență în evaluarea tulburărilor sexuale după DSM-IV/ICD-10 (nu doar tulburări de identitate de gen)

3. Formare supervizată și competență în psihoterapie;
4. Educație continuă în tratamentul tulburărilor de identitate de gen, care poate să includă participarea la întâlniri profesionale, workshop-uri și seminarii sau participarea în cercetarea referitoare la domeniul identității de gen.

Specialistul pentru copii. Profesionistul care evaluează și oferă tratament timpuriu pentru un copil sau adolescent cu GID trebuie să aibă pregătire în psihopatologia dezvoltării copilului și adolescentului. Specialistul trebuie să aibă competență în diagnosticarea și tratamentul problemelor obișnuite ale copiilor și adolescenților. Aceste cerințe sunt suplimentare cerințelor enunțate în cazul specialistului pentru adulți.

Diferența dintre eligibilitate și oportunitate⁸. *Standardele de îngrijire* conțin recomandări privind cerințele de eligibilitate pentru terapia hormonală și chirurgicală. Pacientul și terapeutul nu ar trebui să ceară terapie hormonală sau chirurgie decât după ce, într-o primă fază, au fost îndeplinite cerințele de eligibilitate recomandate. Un exemplu de cerință de eligibilitate este: o persoană trebuie să trăiască permanent în genul preferat timp de 12 luni înainte de chirurgia genitală. Pentru a întruni acest criteriu, specialistul trebuie să certifice că experimentarea genului dorit în viața reală a avut loc pe această durată. Întrunirea criteriilor de oportunitate – continuarea consolidării identității de gen care evoluează sau îmbunătățirea sănătății mintale în rolul de gen nou sau confirmat – e mai complicată deoarece se bazează pe aprecierea clinicianului și a pacientului.

Relația specialistului în sănătate mintală cu medicul internist (endocrinolog) și cu chirurgul. Specialiștii în sănătate mintală care recomandă terapia hormonală și chirurgicală împart responsabilitatea legală și etică pentru această decizie cu doctorul care furnizează tratamentul. Tratamentul hormonal poate frecvent ameliora anxietatea și depresia, fără folosirea unei medicații psihotrope adiționale. Totuși unele persoane necesită medicație psihotropă înainte sau în timpul tratamentului hormonal sau chirurgiei. Specialistul în sănătate mintală este așteptat să facă această evaluare și să se asigure că pacientului îi este oferită medicația psihotropă adecvată. Existența unei comorbidități psihiatrice nu exclude neapărat tratamentul hormonal sau chirurgical, dar unele diagnostice ridică dileme dificile în tratament și pot întârzia sau exclude folosirea oricăruia din tratamente.

⁸ *readiness*, în engleză, în original.

Scrisoarea de documentare pentru terapia hormonală sau chirurgie a specialistului de sănătate mintală trebuie să specifice succint:

1. caracteristicile generale de identificare ale pacientului;
2. diagnosticele genului inițial și evolutiv, sexului și alte diagnostice psihiatrice;
3. durata relației lor profesionale, inclusiv tipul de psihoterapie sau evaluare la care pacientul a fost supus;
4. criteriile de eligibilitate care au fost întrunite și argumentarea profesionistului în sănătate mintală pentru terapia hormonală și chirurgie;
5. măsura în care pacientul a urmat standardele de îngrijire până în prezent și probabilitatea complianței pe viitor;
6. dacă autorul raportului face parte dintr-o echipă multidisciplinară axată pe tulburări de identitate de gen;
7. faptul că expeditorul este disponibil pentru a fi contactat telefonic, dacă este necesar să confirme personal că este autorul acestei scrisori.

Modalitatea în care este structurată și cât de completă e această scrisoare sunt aspecte care pot asigura medicului care prescrie terapia hormonală și chirurgului un nivel ridicat al încrederii că specialistul în sănătate mintală are cunoștințele necesare și este competent în ceea ce privește tulburarea de identitate de gen.

Pentru instituirea terapiei hormonale sau pentru chirurgia sânilor este necesară o singură scrisoare. Pentru instituirea terapiei hormonale sau pentru o referință pentru chirurgia sânilor (de ex.: mastectomie, reconstrucția pieptului sau mamoplastie augmentativă) este suficientă o singură scrisoare de la specialistul de sănătate mintală, scrisoare care să cuprindă cele 7 puncte de mai sus, și care să fie adresată medicului care va fi responsabil de tratamentul medicamentos al pacientului.

Pentru chirurgia genitală sunt necesare, de obicei, două scrisori. Chirurgia genitală pentru bărbații biologici poate include orhiectomie, penectomie, clitoroplastie, labioplastie sau crearea unui neovagin; pentru femeile biologice poate include histerectomie, salpingo-ooforectomie, vaginectomie, metoidioplastie, scrotoplastie, uretroplastie, amplasarea de proteze testiculare sau crearea unui neofalus.

Ideal ar fi ca specialiștii în sănătate mintală să își conducă intervențiile și să raporteze periodic felul în care decurg acestea- ca parte a unei echipe formate din mai mulți profesioniști în sănătate mintală și medici care nu sunt

psihiatri. În astfel de situații poate fi suficientă o singură scrisoare către medicul care efectuează chirurgia genitală, scrisoare care să fie semnată de doi specialiști în sănătate mintală.

Totuși, mai frecvent, scrisorile de recomandare provin de la specialiști în sănătate mintală care lucrează independent, fără colegi experimentați în tulburările de identitate de gen. Deoarece specialiștii care lucrează independent pot să nu aibă beneficiile intervizării profesionale constante în domeniul problematicii de gen, în acest caz sunt necesare două scrisori de recomandare pentru inițierea chirurgiei genitale. Dacă prima scrisoare provine de la o persoană cu diplomă de masterat, a doua ar trebui să fie de la un psihiatru sau psiholog clinic cu Ph.D., care este de așteptat să evalueze adecvat comorbiditățile psihiatrice. Dacă prima scrisoare este de la psihoterapeutul pacientului, a doua scrisoare trebuie să fie de la o persoană care a jucat doar un rol evaluativ pentru pacient. Oricum, fiecare scrisoare trebuie să acopere aceleași teme. Cel puțin una dintre scrisori trebuie să reprezinte un raport extensiv. Persoana care scrie a doua scrisoare, după ce a citit-o pe prima, poate să aleagă să scrie un rezumat mai scurt și un acord cu prima recomandare.

V. Evaluarea și tratamentul copiilor și adolescenților

Fenomenologie. Tulburările de identitate de gen la copii și adolescenți diferă de cele ale adultului prin faptul că este implicat un proces de dezvoltare rapid și dramatic (fizic, psihologic și sexual). Tulburările de identitate de gen la copii și adolescenți sunt afecțiuni complexe. Persoana tânără poate să își resimtă sexul fenotipic ca inconsistent cu propriul său simț al identității de gen. Frecvent se resimte un disconfort intens, în special în adolescență, și sunt frecvent asociate dificultăți emoționale și de comportament. Există o flexibilitate și o variabilitate mult mai mare la nivel de rezultate, în special la copii în faza de pre-pubertate. Doar câțiva din tinerii cu variații de gen devin transsexuali, deși mulți dezvoltă o orientare homosexuală.

Trăsături ale conflictelor de identitate de gen frecvent observate la copii și adolescenți includ dorința afirmată de a aparține celuilalt sex; travestiul; jocuri și jucării asociate de obicei cu genul cu care copilul se identifică; evitarea îmbrăcăminții, comportamentului și jocului asociate în mod obișnuit cu sexul și genul desemnat copilului; preferința pentru parteneri de joacă sau prieteni de sexul și genul cu care copilul se identifică; și aversiunea față de caracteristicile și funcțiile sexuale ale corpului. Tulburările de identitate de gen sunt mai frecvent diagnosticate la băieți.

Fenomenologic, există o diferență calitativă între felul în care copiii și adolescenții își prezintă nemulțumirea referitoare la sexul și genul lor și prezentarea delirului sau a altor simptome psihotice. Credințele delirante despre propriul corp sau gen pot apărea în afecțiunile psihotice dar ele pot fi diferențiate de fenomenul de tulburare de identitate de gen. Tulburările de identitate de gen în copilărie nu sunt echivalente cu cele ale adultului și primele nu duc inevitabil la tulburări în viața adultă. Cu cât e mai tânăr copilul, cu atât e mai puțin sigur și, probabil, mai maleabil rezultatul.

Intervențiile psihologice și sociale. Sarcina profesionistului specializat în sănătatea mintală a copilului este de a furniza evaluare și tratament care să se conformeze în linii largi următoarelor norme:

1. Specialistul trebuie să recunoască și să accepte problema de identitate de gen. Discutarea cu specialistul a ceea ce, anterior, era un secret al pacientului și acceptarea exprimată de specialist pot oferi un confort considerabil.

2. Evaluarea trebuie să exploreze natura și caracteristicile identității de gen ale copilului sau adolescentului. Este necesar să fie efectuate un psihodiagnostic și o evaluare psihiatrică complete. O evaluare completă trebuie să includă evaluarea familiei, deoarece existența altor probleme emoționale și de comportament e foarte comună, problemele nerezolvate în mediul copilului fiind frecvente.
3. Terapia trebuie să se centreze pe ameliorarea oricăror comorbidități din viața copilului și pe reducerea distresului trăit de copil din cauza problemei de identitate de gen și altor dificultăți. Copilul și familia trebuie ajutați în luarea deciziilor dificile cu privire la gradul în care să i se permită copilului să își asume un rol de gen în concordanță cu identitatea sa de gen. Acestea includ decizia despre măsura în care este necesar ca alte persoane să fie informate de situația copilului, și cum ar trebui să răspundă la această situație alte persoane din viața copilului; sau, de exemplu, dacă ar fi preferabil pentru copil ca acesta să meargă la școală folosind un nume și îmbrăcăminte opuse sexului atribuit lui. Familia și copilul trebuie de asemenea ajutați în a tolera nesiguranța și anxietatea în relație cu expresia de gen a copilului și în a găsi modalitatea cea mai bună de a o manageria. Pentru găsirea soluțiilor adecvate în aceste situații, pot fi foarte folositoare întâlnirile și consultările profesionale cu alți specialiști.

Intervențiile fizice. Înainte de a fi luată în considerare orice intervenție fizică, trebuie efectuate explorări extensive ale situațiilor psihologice, familiale și sociale. Intervențiile fizice trebuie adresate în contextul dezvoltării adolescenței. Dezvoltarea identității de gen a adolescentului poate evolua rapid și neașteptat. E posibil ca într-o primă fază să se producă o schimbare către conformitatea de gen, din dorința adolescentului de a face pe plac familiei, fără ca această situație să persiste sau să reflecte o schimbare permanentă în identitatea de gen. Sau se poate întâmpla ca adolescentul să-și susțină ferm și să-și exprime puternic credințele referitoare la identitate, dând o falsă impresie de ireversibilitate; apoi, într-o fază ulterioară, poate să revină mai multă fluiditate a acestor credințe. Din aceste motive, intervențiile fizice ireversibile ar trebui amânate pe cât este adecvat clinic. Presiunea pentru intervențiile fizice poate fi mare datorită gradului de disconfort al adolescentului și în astfel de circumstanțe ar trebui luată în considerare o trimitere către un serviciu de specialitate multidisciplinar pentru copii și adolescenți, acolo unde acesta există.

Intervențiile fizice sunt cuprinse în 3 categorii sau etape:

1. Intervenții complet reversibile. Acestea implică folosirea agoniștilor de LHRH sau medroxiprogesteron pentru a suprima producția de estrogeni sau testosteron și în consecință amânarea schimbărilor fizice ale pubertății.
2. Intervenții parțial reversibile. Acestea includ intervenții hormonale care masculinizează sau feminizează corpul, precum administrarea de testosteron la femeile biologice și estrogen la bărbații biologici. Reversibilitatea poate să implice intervenția chirurgicală.
3. Intervenții ireversibile. Acestea sunt procedurile chirurgicale. Este recomandat un proces treptat, pentru a ține opțiunile deschise în timpul primelor două etape. Trecerea de la o etapă la alta trebuie să se producă doar după ce a trecut timpul necesar pentru ca tânărul și familia să asimileze total efectele intervențiilor mai timpurii.

Intervențiile complet reversibile. Adolescenții pot fi eligibili pentru hormonii care întârzie pubertatea din momentul în care au început schimbările pubertății. Pentru ca adolescentul și părinții săi să ia o decizie informată despre amânarea pubertății, este recomandat ca adolescentul să experimenteze instalarea pubertății în sexul său biologic, cel puțin până în stagiul doi Tanner. Dacă din motive clinice este considerat a fi în interesul pacientului a se interveni mai devreme, această intervenție trebuie efectuată cu sfatul endocrinologului pediatru și cu mai mult de o părere psihiatrică.

Două scopuri justifică această intervenție: a) pentru a câștiga timp pentru a explora mai departe în psihoterapie identitatea de gen și alte probleme de dezvoltare și b) pentru a face trecerea mai ușoară în cazul în care adolescentul continuă să urmărească schimbarea de sex și gen. Pentru a furniza hormoni care amână pubertatea la un adolescent, trebuie îndeplinite următoarele criterii:

1. de-a lungul copilăriei, adolescentul a demonstrat o tendință considerabilă de trecere la cealaltă identitatea de gen și sex decât cea atribuită la naștere și o aversiune față de comportamentele de rol de gen așteptate;
2. disconfortul de sex și de gen a crescut semnificativ odată cu instalarea pubertății;
3. familia își dă consimțământul și participă la terapie.

Bărbații biologici trebuie tratați cu agoniști de LHRH (care opresc secreția de LH și, în consecință, secreția de testosteron) sau cu progestine sau cu antiandrogeni (care blochează secreția de testosteron sau neutralizează acțiunea testosteronului). Femeile biologice trebuie tratate cu agoniști de

LHRH sau cu suficiente progestine (care opresc producția de estrogeni și progesteron) pentru a opri menstruația.

Intervențiile parțial reversibile. Adolescenții pot fi eligibili pentru începerea terapiei hormonale de masculinizare sau feminizare de la vârsta de 16 ani, preferabil cu consimțământul părinților. În multe țări, persoanele de 16 ani sunt considerate adulți cu drept legal pentru deciziile medicale și nu necesită consimțământul parental.

Implicarea specialistului în sănătate mintală e o cerință de eligibilitate pentru terapia triadică din timpul adolescenței. Pentru implementarea experienței din viața reală sau a terapiei hormonale, specialistul în sănătate mintală trebuie să fi lucrat cu pacientul și cu familia acestuia cel puțin 6 luni. Numărul de ședințe din timpul celor 6 luni se bazează pe judecata clinicianului, intenția fiind aceea ca hormonii și experimentarea în viața reală să fie reconsiderate cu grijă și recurent de-a lungul acestei perioade. În cazul pacienților care au început experiența în viața reală înainte să fie luați în evidență de un specialist, profesionistul trebuie să lucreze îndeaproape cu pacienții și familiile acestora pentru considerarea atentă și repetată a ceea ce se întâmplă/s-a întâmplat de-a lungul timpului.

Intervențiile ireversibile. Nici o intervenție chirurgicală nu ar trebui efectuată înainte de maturitate sau înainte de o experimentare în viața reală de cel puțin 2 ani, în rolul genului cu care adolescentul se identifică. Pragul de 18 ani trebuie considerat un criteriu de eligibilitate și nu un indicator în sine pentru intervenție activă.

VI. Psihoterapia adulților

O observație de bază. Mulți adulți cu tulburare de identitate de gen găsesc modalități de conviețuire confortabile și eficiente care nu includ toate componentele tratamentului triadic. Chiar dacă unii reușesc să facă singuri acest demers, psihoterapia poate fi foarte folositoare în procesul de descoperire și acceptare, oferind acestora confortul cu sinele.

Psihoterapia nu e o cerință absolută pentru terapia triadică. Nu toți adulții pacienți cu dileme de gen necesită psihoterapie ca o condiție prealabilă inițierii terapiei hormonale, experimentării în viața reală sau chirurgiei. Programele individuale variază în privința gradului în care identifică o necesitate pentru psihoterapie. Când evaluarea inițială a specialistului în sănătate mintală duce la recomandarea psihoterapiei, clinicianul trebuie să specifice scopul tratamentului și să îi estimeze frecvența și durata. Nu există un număr minim recomandat de ședințe de psihoterapie înainte de terapia hormonală, experiența în viața reală sau chirurgie, din trei motive: 1) pacienții diferă mult în abilitățile lor de a obține scopuri similare într-un timp specificat; 2) precizarea explicită a unui număr minim de ședințe face ca acesta să fie considerat o piedică, ce descurajează oportunitatea adevărată pentru creștere personală; 3) specialistul în sănătate mintală poate fi un sprijin important pentru pacient de-a lungul tuturor fazelor tranziției de gen. Programele individuale pot să fixeze criteriile de eligibilitate la un anumit număr minim de ședințe sau luni de psihoterapie.

Nu este obligatoriu ca specialistul în sănătate mintală care face prima evaluare să fie psihoterapeut. Dacă membrii echipei specializate în problematica de gen nu fac psihoterapie, psihoterapeutul către care este referit pacientul trebuie informat că este posibil, pentru ca pacientul să poată trece la etapa următoare a tratamentului, să fie necesară o scrisoare care să descrie psihoterapia urmată.

Scopurile psihoterapiei. Psihoterapia oferă frecvent informații despre o serie de opțiuni care înainte nu erau luate în considerare de pacient. Psihoterapia pune în evidență pentru pacient necesitatea de a-și fixa scopuri de viață realiste în privința muncii și a relațiilor, și încearcă să definească și să abordeze conflictele care e posibil ca anterior să îi fi subminat pacientului un stil de viață stabil.

Relația terapeutică. Stabilirea unei relații de încredere cu pacientul este primul pas necesar pentru o activitate de succes ca specialist în sănătate mintală. Aceasta e realizată de obicei prin explorarea responsabilă și neutră a problemelor de gen cu pacientul în timpul evaluării diagnostice inițiale. Este recomandat ca adresarea altor probleme să fie lăsată pentru mai târziu, după ce persoana simte că clinicianul este interesat de și înțelege preocupările referitoare la identitatea de gen.

În mod ideal, munca clinicianului se referă la întreaga complexitate a persoanei. Scopurile terapiei sunt de a ajuta persoana să ducă o viață cât mai confortabilă în relație cu identitatea de gen și să facă față eficient problemelor nelegate de gen. Clinicianul încearcă frecvent să faciliteze capacitatea de muncă și de a stabili sau susține relații suportive. Chiar și când aceste scopuri inițiale sunt obținute, profesionistul în sănătate mintală trebuie să discute probabilitatea ca educația, psihoterapia, tratamentul medicamentos sau chirurgical să nu poată eradica permanent toate vestigiile sexului originar al persoanei și experiențele anterioare de gen.

Procesul psihoterapiei. Psihoterapia se bazează pe o serie de comunicări interactive între un terapeut care are cunoștințe despre suferințele emoționale și despre modalitățile de alinare ale acestora, și un pacient care prezintă o suferință. Tipic, psihoterapia este formată din ședințe de 50 de minute ținute regulat. Ședințele de psihoterapie inițiază un proces de dezvoltare. Ele permit aprecierea istoricului pacientului, înțelegerea dilemelor curente și identificarea ideilor nerealiste și a comportamentelor dezadaptative. Psihoterapia nu are scopul de a vindeca tulburările de identitate de gen. Scopul ei obișnuit este obținerea unui stil de viață stabil pe termen lung, cu șanse realiste de succes în relații, educație, muncă și expresie a identității de gen. Distresul referitor la gen intensifică frecvent dilemele din relații, muncă și educație.

Terapeutul trebuie să clarifice faptul că e dreptul pacientului să aleagă din multiplele opțiuni. Pacientul poate să experimenteze de-a lungul timpului diferite modalități de abordare. În mod ideal, psihoterapia e un efort comun, de colaborare. Terapeutul trebuie să se asigure că pacientul înțelege conceptele de eligibilitate și oportunitate, pentru că terapeutul și pacientul trebuie să coopereze în a defini problemele pacientului și în a evalua progresul în confruntarea lor. Colaborarea poate preveni impasul care poate apărea atunci când terapeutul pare că are rețineri nejustificate în a face o recomandare, iar pacientul pare că este profund suspicios în a-și împărtăși liber gândurile, sentimentele, evenimentele și relațiile.

Pacienții pot beneficia în urma psihoterapiei în oricare din stadiile evoluției de gen. Aceasta include și perioada post-chirurgicală, când obstacolele

anatomice ale genului vor fi fost depășite, dar persoana continuă să simtă o lipsă de confort și abilități în a trăi în noul rol de gen.

Opțiuni pentru adaptarea de gen. Activitățile și procesele enumerate mai jos au ajutat, în combinații variate, persoanele cu tulburări de identitate de gen în a-și găsi mai mult confort personal. Aceste adaptări pot evolua spontan sau în timpul psihoterapiei. Găsirea unor noi adaptări la gen nu înseamnă că persoana nu poate alege în viitor să urmeze terapia hormonală, experiența în viața reală sau chirurgia genitală.

Activități:

Bărbații biologici:

1. purtarea hainelor celuilalt gen: discret, la nivelul lenjeriei intime; haine unisex; sau vestimentație feminină;
2. schimbări la nivelul corpului: îndepărtarea părului prin electroliză sau epilare cu ceară; operații minore de chirurgie plastică;
3. creșterea abilităților de îngrijire corporală, garderobă și expresie vocală.

Femeile biologice:

1. purtarea hainelor celuilalt gen: discret, la nivelul lenjeriei intime; haine unisex; sau vestimentație masculină;
2. schimbări la nivelul corpului: legarea sânilor, ridicarea de greutate, aplicarea de păr facial fals;
3. punerea unui material de umplutură în lenjeria intimă sau purtatul de proteză peniană.

Ambele genuri:

1. educarea despre fenomenul transgender: grupuri de suport și rețele de gen, comunicarea cu alte persoane transgender prin internet, studierea acestor *Standarde de îngrijire*, consultarea literaturii relevante de specialitate sau de popularizare, despre drepturile legale referitoare la muncă, relații și purtarea hainelor celuilalt gen în public;
2. implicarea în activități recreaționale ale genului dorit;
3. pendulări în exprimarea identității de gen.

Procese:

1. acceptarea fanteziilor și comportamentelor (orientării) personale homosexuale sau bisexuale ca fiind distincte de identitatea de gen sau aspirațiile de rol de gen;

2. acceptarea nevoii de a avea o slujbă, de a face față nevoilor emoționale ale copiilor; de a-și onora angajamentele de căsătorie; sau de a nu deranja un membru al familiei având o prioritate mai importantă decât dorința personală de exprimare constantă cross-gender;
3. integrarea conștiinței de gen masculin și feminin în viața de zi cu zi;
4. identificarea declanșatorilor pentru dorințele crescute de cross-gender și managementul lor eficient; de exemplu, dezvoltarea unor aptitudini mai bune de autoprotecție, autoafirmare și vocaționale pentru a avansa la muncă și rezolvarea conflictelor interpersonale pentru a întări relațiile cheie.

VII. Cerințele terapiei hormonale la adulți

Motive pentru terapie hormonală. Tratamentele hormonale cross-sex pentru adulții cu tulburare de identitate de gen selectați adecvat joacă un rol important în procesul tranziției anatomice și psihologice de gen. Hormonii sunt necesari frecvent pentru adaptarea cu succes la noul gen. Ei îmbunătățesc calitatea vieții și limitează comorbiditățile psihiatrice care acompaniază frecvent lipsa tratamentului. Când medicii administrează androgeni femeilor biologice și estrogeni, progesteron și blocanți de testosteron bărbaților biologici, pacienții se simt și arată mai mult ca membrii genului lor preferat.

Criterii de eligibilitate. Decizia de administrare a hormonilor nu trebuie luată cu ușurință, din cauza riscurilor lor medicale și sociale. Există 3 criterii:

1. vârsta de 18 ani;
2. cunoștințe demonstrabile despre ce pot sau nu pot face hormonii din punct de vedere medical și despre beneficiile și riscurile lor sociale;
3. oricare dintre următoarele:
 - a. experimentarea în viață reală a genului dorit, documentată cel puțin 3 luni înainte de administrarea hormonilor;
 - b. o perioadă de psihoterapie a cărei durată va fi precizată de specialistul în sănătate mintală, după o evaluare inițială (de obicei minim 3 luni).

În anumite circumstanțe specifice, se poate accepta furnizarea de hormoni la pacienții care nu au îndeplinit criteriul 3 – de ex., pentru a facilita asigurarea unei terapii monitorizate folosind hormoni de calitate cunoscută ca alternativă la folosirea hormonilor de pe piața neagră sau nesupervizată.

Criterii de oportunitate. Există 3 criterii:

1. pacientul a experimentat o consolidare mai profundă a identității de gen în timpul experienței în viața reală sau psihoterapiei;
2. pacientul a făcut progrese în a-și ține sub control alte probleme identificate, ceea ce a dus la îmbunătățirea sau păstrarea stabilă a sănătății mintale (aceasta implică un control satisfăcător al unor probleme precum sociopatie, abuz de substanțe, psihoză și suicid);
3. este probabil că pacientul va lua hormonii într-o manieră responsabilă.

Pot fi hormonii administrați acelor persoane care nu își doresc chirurgie sau experiență în viața reală? Da, dar după un diagnostic și psihoterapie cu un specialist în sănătate mintală calificat, urmând standardele minime enumerate mai sus. Terapia hormonală poate furniza un confort semnificativ pacienților cu probleme de gen care nu își doresc să trăiască ca și celălalt sex sau intervenții chirurgicale, sau care nu au posibilitatea să recurgă la acestea. La unii pacienți, terapia hormonală singură poate să fie suficientă pentru atingerea unui confort simptomatic, astfel încât să înlăture nevoia de a trăi complet ca celălalt gen sau de chirurgie.

Terapia hormonală și îngrijirile medicale pentru pacienții privați de libertate. Persoanele care primesc tratament pentru tulburări de identitate de gen trebuie să continue să primească tratament adecvat conform acestor *Standarde de îngrijire* și în timpul privării de libertate. De exemplu, celor care fac psihoterapie și/sau tratamente cu hormoni ai sexului opus ar trebui să li se permită să își continue acest tratament medical necesar pentru a preveni sau limita labilitatea emoțională, regresia nedorită a efectelor fizice induse hormonal și senzația de disperare care poate duce la depresie, anxietate și sinucidere. Persoanele private de libertate supuse unui sevrăj rapid al hormonilor sexului opus sunt în mod particular expuse riscului de simptome psihiatrice și comportamente autoagresive. De asemenea, trebuie furnizată o monitorizare medicală a tratamentului hormonal, precum cea descrisă în aceste *Standarde*. Cazarea deținuților transgender ar trebui să ia în considerare statusul tranzițional și propria lor siguranță.

VIII. Efectele terapiei hormonale la adulți

Efectul fizic maxim al hormonilor poate să nu fie evident decât după 2 ani de tratament continuu. Ereditatea limitează răspunsul țesuturilor la hormoni și această limitare nu poate fi depășită prin creșterea dozei. Nivelul efectelor obținute variază de la pacient la pacient.

Efectele dorite ale hormonilor. Bărbații biologici tratați cu estrogeni pot să se aștepte la următoarele rezultate: creșterea sânilor, redistribuirea grăsimii corporale pentru a aproxima o structură de corp de femeie, scăderea forței în partea superioară a corpului, o piele mai moale, scăderea pilozității corporale, încetinirea sau oprirea pierderii părului capilar, scăderea fertilității și a mărimii testiculare și, mai rar, erecții mai puțin ferme. Majoritatea acestor schimbări sunt reversibile, deși mărirea sânilor nu își revine în totalitate după oprirea tratamentului.

Femeile biologice tratate cu testosteron pot să se aștepte la următoarele schimbări permanente: îngroșarea vocii, mărirea clitorisului, ușoară atrofie a sânilor, creșterea pilozității faciale și corporale și chelire după tipar masculin. Schimbările reversibile includ creșterea forței în partea superioară a corpului, creștere în greutate, interes social și sexual și excitabilitate crescute, și scăderea grăsimii pe șolduri.

Posibile efecte secundare medicale negative. Pacienții cu probleme medicale sau cu risc pentru boli cardiovasculare sunt mai predispuși să sufere consecințe grave sau fatale ale tratamentului cu hormoni de sex opus. De exemplu, fumatul, obezitatea, vârsta avansată, bolile de inimă, hipertensiunea, anormalitățile de coagulare, tumorile maligne și unele anormalități endocrine pot favoriza apariția efectelor secundare și a riscurilor tratamentului hormonal. În consecință, unii pacienți nu pot tolera hormonii *cross-sex*. Totuși, pe lângă riscuri, hormonii pot aduce beneficii sănătății. Raportul risc-beneficiu trebuie luat în considerare printr-o colaborare între pacient și doctorul care îi prescrie.

Efectele secundare la bărbații biologici tratați cu estrogeni și progestine pot include tendința crescută de coagulare (tromboză venoasă cu risc de embolism pulmonar fatal), apariția de prolactinoame pituitare benigne, infertilitate, creștere în greutate, labilitate emoțională, boală hepatică, litiază biliară, somnolență, hipertensiune și diabet zaharat.

Efectele secundare la femeile biologice tratate cu testosteron pot include infertilitate, acnee, labilitate emoțională, creșterea dorinței sexuale, schimbarea profilului lipidic către tipare masculine, ceea ce crește riscul de boli cardiovasculare și potențialul de a dezvolta tumori hepatice benigne și maligne și disfuncție hepatică.

Responsabilitățile medicului care prescrie. Hormonii trebuie să fie prescriși de către un medic și nu trebuie administrați fără o evaluare psihologică și medicală înainte și în timpul tratamentului. Pacienții care nu înțeleg cerințele de eligibilitate și oportunitate și care nu cunosc *Standardele de îngrijire* trebuie informați despre ele. Această necunoaștere este un bun indicator pentru o trimitere către un specialist de sănătate mintală cu experiență în domeniul tulburărilor de identitate de gen. Medicul care asigură tratamentul hormonal și monitorizarea medicală nu trebuie să fie specialist endocrinolog, dar trebuie să devină experimentat în aspectele relevante medicale și psihologice ale tratamentului persoanelor cu tulburări de identitate de gen.

După un istoric medical amănunțit, examen fizic și examene de laborator, medicul trebuie să recapituleze din nou efectele probabile și efectele secundare ale terapiei hormonale, inclusiv posibilitatea unor consecințe grave, care amenință viața. Pacientul trebuie să aibă capacitatea de a aprecia riscurile și beneficiile tratamentului, să i se răspundă la întrebări, și să fie de acord cu monitorizarea medicală a tratamentului. Dosarul medical trebuie să conțină un document în scris de consimțământ informat care să reflecte o conversație despre riscurile și beneficiile terapiei hormonale.

Medicii au o gamă largă de preparate hormonale pe care le pot prescrie și de modalități de administrare pe care să le aleagă pentru pacienți individuali. Opțiuni viabile includ sisteme de administrare orală, injectabilă și transdermală. Folosirea pachetelor de estrogen transdermale trebuie luată în considerare pentru bărbații de peste 40 de ani sau cei care au anormalități de coagulare sau cu un istoric de tromboză venoasă. Testosteronul transdermal este folositor la femeile care nu vor să li se administreze injecții. În absența altor probleme medicale, chirurgicale sau psihiatrice, monitorizarea medicală de bază include: examinări fizice seriate relevante vizând efectele tratamentului și efectele secundare, măsurarea semnelor vitale înainte și în timpul tratamentului, măsurarea greutateii și evaluări de laborator. Pacienții cu probleme de gen, cu sau fără tratament hormonal, trebuie cercetați pentru tumori maligne pelvice la fel ca și restul persoanelor. Pentru cei care primesc estrogeni, evaluarea de laborator minimă constă în nivelul de testosteron liber înainte de tratament, glucoza de post, testele

funcției hepatice și frotiu periferic complet cu reevaluare la 6 și 12 luni și apoi anual. Trebuie măsurat nivelul prolactinei înainte de tratament și apoi repetat la 1, 2 și 3 ani. Dacă nu se obține hiperprolactinemie în acest timp, nu mai sunt necesare alte măsurători. Bărbații biologici care iau tratament cu estrogen trebuie monitorizați pentru cancer de sân și încurajați să se examineze regulat. Pe măsură ce îmbătrânesc, ei trebuie monitorizați pentru cancer de prostată.

Pentru cei ce primesc androgeni, evaluarea de laborator minimă trebuie să conțină teste de funcție hepatică pre tratament și frotiu periferic complet cu reevaluare la 6 luni, 12 luni și apoi anual. Trebuie luată în considerare palparea anuală a ficatului. Femeile cărora li s-a efectuat mastectomie și care au istorie familială de cancer de sân trebuie monitorizate.

Medicii pot să furnizeze pacienților lor o scurtă declarație (în scris) care să ateste faptul că persoana e sub îngrijire medicală care include și terapie cu hormoni de sex opus. În timpul fazelor timpurii ale tratamentului hormonal, pacientul e încurajat să poarte cu el tot timpul această declarație ca să îl ajute în a preveni dificultățile cu poliția și alte autorități.

Reducerea dozelor hormonale după gonadectomie. Dozele de estrogeni post-orhiectomie pot fi reduse cu $\frac{1}{3}$ până la $\frac{1}{2}$, ele menținând feminizarea. Reducerea dozelor de testosteron post-ooforectomie trebuie luată în considerare, având în vedere riscul pentru osteoporoză. Tratamentul de întreținere pe toată durata vieții este de obicei obligatoriu la toți pacienții.

Folosirea neadecvată a hormonilor. Unele persoane obțin hormoni fără prescriere, de la prieteni, membri ai familiei sau farmacii din alte țări. Folosirea hormonilor fără monitorizare medicală expune persoana la riscuri medicale grave. Se știe că sunt persoane care pe lângă tratamentul hormonal monitorizat medical mai iau și doze adiționale de hormoni obținuți ilicit, fără știrea medicului lor. Specialiștii în sănătate mintală și medicii care prescriu tratamentul trebuie să facă un efort în a încuraja complianța la dozele recomandate, pentru a scădea astfel morbiditatea. Este etic ca medicii să întrerupă tratamentul pacienților noncomplanți cu regimurile de tratament prescrise.

Alte beneficii potențiale ale hormonilor. Tratamentul hormonal, când e tolerat medical, ar trebui să preceadă orice intervenție chirurgicală genitală. Satisfacția cu efectele hormonale consolidează identitatea persoanei ca membru al sexului și genului preferențial și întărește convingerea de a merge mai departe. Insatisfacția cu efectele hormonale poate semnala ambivalența în a merge mai departe cu intervențiile

chirurgicale. La bărbații biologici, administrarea de hormoni generează frecvent o creștere adecvată a sânilor, înlăturând necesitatea de mamoplastie augmentativă. Unii pacienți care primesc tratament hormonal nu vor dori chirurgie genitală sau alte tipuri de intervenții chirurgicale.

Folosirea antiandrogenilor și a terapiei secvențiale. Antiandrogenii pot fi folosiți ca tratament adjuvant la bărbații biologici care primesc estrogeni, deși nu sunt întotdeauna necesari pentru a obține feminizarea. La unii pacienți, antiandrogenii pot să suprime mai profund producția de testosteron, permițând să fie folosită o doză mai scăzută de estrogen atunci când sunt anticipate efecte adverse la estrogen.

Feminizarea nu necesită terapie secvențială. Încercările de a mima ciclul menstrual prin prescrierea terapiei întrerupte cu estrogen sau substituirea progesteronului cu estrogen în timpul unei părți din lună nu sunt necesare pentru a obține feminizarea.

Consimțământul informat. Tratamentul hormonal trebuie furnizat doar celor care sunt legal capabili de a-și oferi consimțământul informat. Sunt incluse aici persoanele care au fost declarate de o instanță a fi minori emancipați și persoanele private de libertate care sunt considerate competente pentru a participa la propriile decizii medicale. Pentru adolescenți, consimțământul informat trebuie să includă acordul pacientului minor și consimțământul informat, în scris, al părintelui sau guardianului legal.

Opțiuni de reproducere. Consimțământul informat implică faptul că pacientul înțelege că administrarea de hormoni limitează fertilitatea și că îndepărtarea organelor sexuale îi împiedică capacitatea de reproducere. Sunt cunoscute cazuri de persoane care au trecut prin terapie hormonală și intervenție chirurgicală de reatribuire de gen și care apoi au regretat incapacitatea lor de a parenta copii înrudiți genetic. Specialistul în sănătate mintală care recomandă terapia hormonală și medicul care o prescrie trebuie să discute opțiunile de reproducere cu pacienții, înainte de a începe terapia hormonală. Bărbații biologici, mai ales cei care nu s-au reprodus încă, trebuie informați despre opțiunile de preservare a spermei și încurajați să ia în considerare băncile de spermă înainte de terapia hormonală. Femeile biologice nu au în prezent opțiuni disponibile pentru preservarea gameților altele decât crioprezervarea embrionilor fertilizați. Totuși, ele trebuie informate despre aspectele legate de reproducere, inclusiv această opțiune. Pe măsură ce apar alte opțiuni, acestea trebuie prezentate.

IX. Experimentarea în viața reală

Actul de a adopta în totalitate un rol nou (sau în evoluție) de gen sau o nouă prezentare de gen în viața de zi cu zi se numește experimentare/experiență în viața reală⁹. Experimentarea în viața reală este esențială tranziției la rolul de gen care este congruent cu identitatea de gen a pacientului. Din moment ce schimbarea prezentării de gen a unei persoane are consecințe personale și sociale profunde imediate, decizia de a o face trebuie precedată de cunoașterea consecințelor familiale, vocaționale, interpersonale, educaționale, economice și legale. Specialiștii au responsabilitatea de a discuta cu pacienții lor aceste consecințe predictibile. Schimbarea rolului de gen și a prezentării pot fi factori importanți în discriminarea la muncă, divorț, probleme maritale și restricția sau pierderea drepturilor de vizitare a copiilor. Acestea reprezintă probleme reale externe cu care pacientul trebuie să se confrunte pentru a avea succes în noua prezentare de gen. Aceste consecințe pot fi destul de diferite față de ce și-a imaginat pacientul înainte de a începe experimentarea în viața reală. Totuși, nu toate schimbările sunt negative.

Parametrii experimentării în viața reală. Când clinicienii evaluează calitatea experienței în viața reală a persoanei în rolul dorit, următoarele abilități sunt luate în considerare:

1. să își păstreze un loc de muncă (fie cu normă întreagă, fie cu normă parțială);
2. să funcționeze ca student;
3. să funcționeze într-o activitate voluntară, în comunitate;
4. să aleagă o combinație dintre itemii 1-3;
5. să obțină un nume mic adecvat identității de gen (legal);
6. să aducă documentație că și alte persoane în afară de terapeut știu că pacientul trăiește în rolul de gen dorit.

Experiența în viața reală contra testul în viața reală. Cu toate că profesioniștii recomandă traiul în cadrul genului dorit, decizia de când și cum să înceapă experimentarea în viața reală rămâne responsabilitatea persoanei. Unii încep experiența în viața reală și decid că această direcție de viață imaginată frecvent nu este în cel mai bun interes personal. Specialiștii

⁹The real-life experience în limba engleză

uneori interpretează experiența în viața reală ca fiind testul în viața reală al diagnosticului final. Dacă pacienții prosperă în genul preferat, atunci ei sunt confirmați ca „transsexuali”, dar dacă ei se hotărăsc să nu mai continue, „înseamnă că nu sunt”. Această rațiune e o confuzie a forțelor care permit o adaptare de succes la prezența unei tulburări de identitate de gen. Experiența în viața reală testează hotărârea persoanei, capacitatea de a funcționa în genul preferat și cât de adecvat e sprijinul social, economic și psihologic. Îi asistă atât pe pacient, cât și pe specialistul în sănătate mintală în judecata lor despre cum să continue. Diagnosticul, deși oricând deschis reconsiderării, precede recomandarea pacientului de a se implica într-o experiență în viața reală. Când pacientul are succes în experiența de viață reală, atât profesionistul în sănătate mintală cât și pacientul câștigă încredere referitoare la pașii următori.

Îndepărtarea bărbii și restului de păr nedorit la pacienții bărbat-spre-femeie. Administrarea hormonilor de sex opus nu micșorează semnificativ densitatea bărbii. Îndepărtarea părului facial prin electroliză este în general un proces sigur, consumator de timp, care facilitează frecvent experiența în viața reală a bărbaților biologici. Efectele secundare includ disconfort în timpul și imediat după procedură și mai rar hipo- sau hiperpigmentare, cicatrizare sau foliculită. Nu e necesară aprobarea medicală formală pentru îndepărtarea părului; electroliza poate fi începută oricând pacientul consideră adecvat. Este în general recomandată înainte de începerea experienței în viața reală deoarece barba trebuie să crească la lungimi vizibile pentru a putea fi îndepărtată. Mulți pacienți necesită 2 ani de tratament regulat pentru a eradica eficient părul facial. Îndepărtarea părului cu ajutorul laserului este o nouă abordare alternativă, dar experiența este limitată.

X. Chirurgia

Intervenția chirurgicală de reatribuire de sex este eficientă și indicată medical în tulburările severe de identitate de gen.

La persoanele diagnosticate cu transsexualism sau tulburare de identitate de gen severă, intervenția chirurgicală de reatribuire de gen, alături de terapia hormonală și experiența în viața reală, constituie un tratament care s-a dovedit a fi eficient. Un astfel de regim terapeutic, când este prescris sau recomandat de practicieni calificați, este medical indicat și necesar. Chirurgia pentru reatribuirea de sex nu este „experimentală”, „investigativă”, „electivă”, „cosmetică” sau opțională în orice alt sens. Chirurgia pentru reatribuire de sex constituie un tratament foarte eficient și adecvat pentru transsexualism sau tulburare de identitate de gen profundă.

Cum să facem față întrebărilor etice în ceea ce privește operația de reatribuire de sex. Multe persoane, inclusiv unii profesioniști medicali, obiectează din motive etice la chirurgia pentru tulburări de identitate de gen. În practica obișnuită chirurgicală sunt îndepărtate țesuturi patologice pentru a repara funcțiile disturbate sau sunt făcute modificări ale trăsăturilor corporale pentru a îmbunătăți imaginea de sine a pacientului. Aceste condiții sunt considerate a nu fi îndeplinite în cazul chirurgiei pentru persoanele cu tulburare de identitate de gen de către cei care se împotrivesc operației de reatribuire de sex. Este important ca specialiștii care au de-a face cu pacienți cu tulburări de identitate de gen să fie dispuși să schimbe structuri normale anatomic. Pentru a înțelege cum chirurgia poate să aline disconfortul psihologic al pacienților diagnosticați cu tulburare de identitate de gen, profesioniștii trebuie să își asculte pacienții discutând despre istoriile lor de viață și dilemele lor. Rezistența împotriva efectuării chirurgiei pe baza principiului etic „înainte de toate să nu faci rău” trebuie respectată, discutată și folosită pentru a învăța de la pacienții înșiși despre dilemele profunde prin care trec persoanele cu tulburări de identitate de gen.

Nu este etic a refuza disponibilitatea serviciilor medicale și eligibilitatea pentru operații de reatribuire de sex sau terapie hormonală doar pe baza seropozitivității sanguine a infecțiilor de sânge precum HIV, sau hepatită B sau C etc.

Relația chirurgului cu medicul care prescrie hormonii și cu specialistul în sănătate mintală. Chirurgul nu e doar un tehnician angajat să facă o procedură. Chirurgul este parte a unei echipe de clinicieni ce participă la un proces de tratament pe termen lung. Frecvent, pacientul îl investește pozitiv pe chirurg, ceea ce în mod ideal facilitează îngrijirile postoperatorii pe termen lung. Datorită responsabilității sale față de pacient, chirurgul trebuie să înțeleagă diagnosticul care a dus la recomandarea pentru chirurgie genitală. Chirurgul trebuie să aibă ocazia de a vorbi pe larg cu pacienții lui pentru a se convinge că pacientul va profita de pe urma procedurilor. În mod ideal, chirurgul trebuie să aibă o relație profesională apropiată cu ceilalți specialiști care au fost implicați activ în îngrijirea psihologică și medicală a pacientului. Aceasta se realizează cel mai bine prin participarea la o echipă interdisciplinară de profesioniști care se specializează în tulburări de identitate de gen. Totuși, aceste echipe specializate în identitatea de gen nu există pretutindeni. În orice caz, chirurgul trebuie să aibă certitudinea că specialistul în sănătate mintală și medicul care prescrie hormoni sunt profesioniști cu reputație bună, și cu experiență specializată în tulburările de identitate de gen. Aceste cerințe minimale sunt frecvent reflectate de calitatea scrisorilor de documentare. Deoarece ocazional au existat situații în care au fost folosite scrisori fictive sau falsificate, chirurgul ar trebui să comunice personal cu cel puțin unul dintre specialiștii în sănătate mintală semnatari ai documentelor de recomandare, pentru a verifica autenticitatea scrisorilor lor.

Înainte de a efectua orice procedură chirurgicală, chirurgul trebuie să aibă monitorizate adecvat toate situațiile medicale și investigate efectele tratamentului hormonal asupra ficatului și altor sisteme de organe. Acestea pot fi realizate individual sau în conjuncție cu colegii din ramura medicală. Deoarece condițiile preexistente pot complica chirurgia genitală, chirurgii trebuie să aibă de asemenea competență în diagnosticul urologic. Dosarul medical trebuie să conțină consimțământul informat, în scris, pentru efectuarea chirurgiei particulare.

XI. Chirurgia mamară

Mărirea sânilor sau îndepărtarea lor sunt operații comune, ușor de obținut de publicul larg într-o largă varietate de situații. Motivele pentru aceste operații cuprind de la indicații cosmetice la cancer. Deși aspectul sânilor este cu siguranță important ca și caracteristică secundară de sex, mărirea sânilor sau prezența lor nu sunt implicate în definițiile legale ale sexului sau genului și nu sunt importante pentru reproducere. Efectuarea operațiilor de sân trebuie luată în considerare cu aceeași rezervă ca și începerea terapiei hormonale.

Metoda de abordare pentru pacienții bărbat-spre-femeie e diferită de cea pentru pacienții femeie-spre-bărbat. Pentru pacienții femeie-spre-bărbat, o procedură de mastectomie este de obicei prima operație efectuată pentru succesul prezentării de gen ca bărbat, și pentru unii pacienții este și singura procedură efectuată. Când cantitatea de țesut mamar îndepărtată necesită îndepărtarea pielii, va rezulta o cicatrice și pacienții trebuie informați de această posibilitate. Pacienților femeie-spre-bărbat li se poate efectua chirurgia în același timp cu începerea terapiei hormonale. Pentru pacienții bărbat-spre-femeie, mamoplastia augmentativă poate fi efectuată dacă medicul care prescrie hormonii și chirurgul au documentat faptul că mărirea sânilor după o terapie hormonală de 18 luni nu este suficientă pentru confortul în rolul de gen social.

XII. Chirurgia genitală

Criterii de eligibilitate. Aceste criterii minime de eligibilitate pentru diferite operații genitale se aplică în mod egal și bărbaților, și femeilor biologice care doresc chirurgie genitală. Ele sunt:

1. vârsta legală de majorat în țara pacientului;
2. de obicei, 12 luni de terapie hormonală continuă pentru cei fără o contraindicație medicală (vezi mai jos, „poate fi efectuată chirurgia fără hormoni sau experiență în viața reală”);
3. 12 luni de experiență în viața reală, în respectivul gen. Perioadele de întoarcere la genul original pot indica ambivalență referitoare la a merge mai departe și, în general, nu trebuie contorizate când se evaluează îndeplinirea acestui criteriu;
4. dacă e cerută de specialistul în sănătate mintală - participarea regulată și responsabilă la psihoterapie de-a lungul experienței în viața reală, cu o frecvență determinată în comun de către pacient și specialistul în sănătate mintală. Psihoterapia în sine nu este un criteriu absolut de eligibilitate pentru chirurgie.
5. cunoștințe demonstrabile referitoare la costuri, durata obligatorie de spitalizare, complicațiile probabile și cerințele de reabilitare postchirurgicală ale variatelor abordări chirurgicale;
6. cunoașterea diferiților chirurghi competenți.

Criterii de oportunitate. Criteriile de oportunitate includ:

1. progres demonstrabil în consolidarea identității de gen;
2. progres demonstrabil în abordarea problemelor de serviciu, familie și interpersonale rezultând într-o semnificativ mai bună stare a sănătății mintale; aceasta implică un control satisfăcător al problemelor precum sociopatie, abuz de substanțe, psihoză, suicid.

Poate fi efectuată chirurgia fără tratament hormonal sau experimentare în viața reală? Persoanele nu pot fi operate genital fără a îndeplini criteriile de eligibilitate. Chirurgia genitală este un tratament pentru tulburările de identitate de gen diagnosticate și trebuie efectuată doar după o evaluare atentă. Chirurgia genitală nu e un drept care trebuie acordat la cerere. *Standardele de îngrijire* oferă o abordare individuală pentru fiecare pacient; dar asta nu înseamnă că liniile generale, care specifică tratamentul ce este constituit din evaluare diagnostică, psihoterapie

posibilă, hormoni și experiență în viața reală pot fi ignorate. Totuși, dacă o persoană a trăit convingător ca membru al genului preferat pentru o perioadă lungă de timp și este evaluat a fi psihologic sănătos după o perioadă obligatorie de psihoterapie, nu este nici un motiv intrinsec pentru care el/ea să trebuiască să ia hormoni înainte de operația genitală.

Condițiile sub care se poate desfășura operația. Tratamentele chirurgicale genitale pentru persoane cu diagnosticul de tulburare de identitate de gen nu sunt doar un alt set de proceduri de elecție. Procedurile de elecție tipice implică doar un contract privat de acord mutual între pacient și chirurg. Operațiile genitale pentru persoanele diagnosticate cu tulburare de identitate de gen trebuie efectuate doar după o evaluare comprehensivă de către un specialist de sănătate mintală calificat. Chirurgia genitală poate fi efectuată odată ce există documentație scrisă că a fost făcută o evaluare comprehensivă și că persoana a îndeplinit criteriile de eligibilitate și pregătire. În urma acestei proceduri, specialistul în sănătate mintală, chirurgul și pacientul împart responsabilitatea pentru luarea deciziei de a face modificări ireversibile corporale.

Cerințele pentru chirurgul care efectuează intervențiile din zona genitală. Chirurgul trebuie să fie un urolog, ginecolog, chirurg plastic sau chirurg generalist, și avizat ca atare de către o asociație profesională reputabilă și recunoscută național. Chirurgul trebuie să aibă competență specializată în tehnicile de chirurgie genitală precum e indicată de pregătirea supervizată documentată cu un chirurg mai experimentat. Chiar și chirurgii experimentați în acest domeniu trebuie să permită colegilor să le verifice aptitudinile terapeutice. Chirurgii trebuie să participe la întâlniri profesionale în care sunt prezentate noi tehnici.

În mod ideal, chirurgul trebuie să aibă cunoștințe despre mai mult de o tehnică chirurgicală pentru reatribuirea de sex astfel încât, în consultarea cu pacientul, să fie capabil să aleagă tehnica ideală pentru pacientul individual. Când chirurgii sunt pregătiți doar într-o singură tehnică, ei trebuie să își informeze pacienții asupra faptului și să îi recomande altui chirurg pe cei care nu vor sau cărora nu li se potrivește această procedură.

Chirurgia genitală pentru pacientul bărbat-spre-femeie. Procedurile de operație genitală pot include orhiectomie, penectomie, vaginoplastie, clitoroplastie și labiaplastie. Aceste proceduri necesită chirurgie competentă și îngrijiri postoperatorii. Tehnicile includ inversiunea tegumentului penian, transplant rectosigmoidian pediculat, sau graft de piele liberă pentru a alinia neovaginul. Senzația sexuală e un obiectiv

important în vaginoplastie, alături de crearea unui vagin funcțional și a unui aspect acceptabil.

Alte operații pentru pacientul bărbat-spre-femeie. Alte operații care pot fi efectuate pentru a ajuta feminizarea includ condroplastie tiroidiană reductivă, lipoplastia asistată prin sucțiune a taliei, rinoplastie, reducerea oaselor faciale, lifting facial și blefaroplastie. Acestea nu necesită scrisori de recomandare de la specialistul de sănătate mintală.

Există unele semne de întrebare în ceea ce privește siguranța și eficiența chirurgiei care modifică vocea și sunt necesare mai multe studii precum și investigații medicale înainte de răspândirea pe scară largă a acestei proceduri. Pentru a-și proteja corzile vocale, pacienții care aleg această procedură trebuie să o facă după ce restul operațiilor care necesită anestezie generală cu intubare sunt terminate.

Chirurgia genitală pentru pacientul femeie-spre-bărbat.

Procedurile de chirurgie genitală pot include histerectomie, salpingo-ooforectomie, vaginectomie, metoidioplastie, scrotoplastie, uretroplastie, amplasarea de proteze testiculare și faloplastie. Tehnicile operative curente pentru faloplastie sunt variate. Alegerea tehnicilor poate fi restricționată de considerații anatomice și chirurgicale. Dacă obiectivele faloplastiei sunt un neofalus cu aspect bun, micțiuni din stat, senzații sexuale și/sau capacitate coitală, pacientul trebuie informat clar că există diferite stagii separate de chirurgie și frecvente dificultăți tehnice care pot necesita operații adiționale. Chiar și metoidioplastia, care teoretic este o procedură de o etapă pentru construirea unui microfalus, de obicei necesită mai mult de o operație. Pletora de tehnici pentru construcția penisului indică faptul că este necesară în continuare o dezvoltare a tehnicii.

Alte operații pentru pacientul femeie-spre-bărbat. Alte operații care pot fi efectuate pentru a sprijini masculinizarea includ liposucția pentru a reduce grăsimea de pe șolduri, coapse și fese.

XIII. Urmărirea post-tranzițională

Urmărirea postoperatorie pe termen lung este încurajată, aceasta fiind unul din factorii asociați cu un bun rezultat psihosocial. Urmărirea este importantă pentru sănătatea ulterioară anatomică și medicală a pacientului și permite monitorizarea de către chirurg a beneficiilor și limitărilor operațiilor. Vizitele regulate la chirurg, după efectuarea intervenției chirurgicale, sunt recomandate tuturor pacienților, pentru a asigura un rezultat chirurgical optim. Chirurgii care operează pacienți din alte localități trebuie să includă urmărirea evoluției acestora în planul de îngrijire post operațională și să încerce să asigure îngrijirea post operatorie accesibilă și pe termen lung în regiunea geografică a pacientului. De asemenea, pacienții postoperativi pot uneori să se excludă urmării de către medicul care prescrie hormoni, fără să își dea seama că acești medici sunt cei mai buni în a preveni, diagnostica și trata posibilele afecțiuni medicale pe termen lung, care sunt unice la pacienții tratați hormonal și chirurgical. Pacienții postoperativi ar trebui să se supună unei evaluări medicale regulate conform normelor recomandate pentru vârsta lor. Necesitatea urmării se extinde și la specialistul în sănătate mintală care, după ce a petrecut cea mai lungă perioadă de timp cu pacientul decât oricare dintre specialiști, are o poziție excelentă pentru a ajuta în depășirea oricăror dificultăți de adaptare postoperatorii.



A s o c i a ț i a A C C E P T
OP 34 - CP 56, București
Tel./Fax: 021 252 90 00
E-mail: accept@accept-mail.ro
www.accept-romania.ro

www.transgen.ro



**Koninkrijk
der Nederlanden**

Material editat de Asociația ACCEPT cu sprijinul *Ambasadei Regatului Țărilor de Jos la București*, prin programul FSA-Human Rights Facility.
Acest material face parte din proiectul *Acces la drepturi, Acces la servicii*.

ISBN 978-973-0-08055-1