

ზრუნვის სტანდარტები

ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და
გენდერულად არაკონფორმული
პირების ჯანმრთელობისთვის

მსოფლიოს პროფესიული ასოციაცია ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობისთვის



WPATH WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH

ზრუნვის სტანდარტები

ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი
და გენდერულად არაკონფორმული
პირების ჯანმრთელობისთვის

მსოფლიოს პროფესიული ასოციაცია ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობისთვის

მე-7 ვერსია¹ | www.wpat.org

¹ მართვის სტანდარტების მე-7 ვერსია. პირველი ვერსია გამოიცა 1979 წელს. წინა ვერსიები გამოიცა 1980, 1981, 1990, 1998, 2001 წლებში.

მოცემული პუბლიკაცია წარმოადგენს ორგანიზაცია WPATH-ის მიერ შემუშავებული „ზრუნვის სტანდარტების“ ქართულ თარგმანს, რომელიც შესრულებულია „ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფის“ მიერ, ორგანიზაცია ILGA-Europe, ASTRAEA და CoC Netherlands-ის ფინანსური მხარდაჭერით.

მოცემული თარგმანის მიზანია საქართველოში დაინერგოს ტრანს სპეციფიკური ჯანდაცვის სტანდარტები, რომელიც ერთიანი იქნება სამედიცინო სერვისების ყველა მიმწოდებლისთვის და აღიარებული იქნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

თარგმანი: მაია მგალობლიშვილი – რაიანი

რედაქტორები: მაია ჭავჭავანიძე და ანდრო კანდელაკი

სარჩევი

I. სამედიცინო დახმარების სტანდარტების დანიშნულება და გამოყენება	1
II. დახმარების სტანდარტების გლობალური გამოყენების შესაძლებლობა	3
III. განსხვავება გენდერულ არაკონფორმულობასა და გენდერულ დისფორიას შორის	4
IV. ეპიდემიოლოგიის საკითხები	6
V. გენდერულ დისფორიასთან თერაპიული მიდგომების მიმოხილვა	9
VI. გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვების და მოზარდების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა	11
VII. ფსიქიკური ჯანმრთელობა	23
VIII. ჰორმონული თერაპია	36
IX. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	54
X. ხმა და კომუნიკაციური თერაპია	55
XI. ქირურგია	58
XII. პოსტოპერაციული სამედიცინო მომსახურება და შემდგომი მეთვალყურეობა	69
XIII. პროფილაქტიკური და პირველადი ჯანდაცვა სიცოცხლის განმავლობაში	70
XIV. სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გამოყენების შესაძლებლობა ინსტიტუციონიზირებულ გარემოში მცხოვრები ადამიანებისთვის	72
XV. სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გამოყენების შესაძლებლობა სქესის განვითარების დარღვევის მქონე ადამიანებისთვის	74

გამოყენებული ლიტერატურა

დანართები:

A. ტერმინები	92
B. ჰორმონული თერაპიის სამედიცინო რისკების მიმოხილვა	95
C. ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიული ჩარევის კრიტერიუმების შეჯამება	101
D. თერაპიული მიდგომების კლინიკური შედეგების მონაცემები	103
E. ზრუნვის სტანდარტების მე-7 ვერსიის შემუშავების პროცესი	106

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების დანიშნულება და გამოყენება

მსოფლიოს პროფესიული ორგანიზაცია ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობისთვის (WPATH) საერთაშორისო, მულტიდისციპლინური, პროფესიული ასოციაციაა, რომლის მისიაა, ხელი შეუწყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო დახმარების განვითარებას, განათლებას, კვლევას, ადვოკატირებას, სახელმწიფო პოლიტიკის და ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის მიმართ პატივისცემის ჩამოყალიბებას. WPATH-ის ხედვაა განსხვავებული სპეციალობის პროფესიონალების თავმოყრა, რომლებიც ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის მქონე პირებისათვის საუკეთესო მომსახურებისა და მხარდამჭერი პოლიტიკის შემუშავებისთვის საქმიანობენ მთელს მსოფლიოში, რაც ემსახურება ყველა კულტურაში ამ პირების ჯანმრთელობის, კვლევის, განათლების, პატივისცემის, ღირსებისა და თანასწორობის განვითარებას.

WPATH-ის ერთ-ერთი მთავარი ფუნქციაა „ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის პირებისათვის სამედიცინო დახმარების სტანდარტების (SOC)“ ჩამოყალიბების საშუალებით ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი სტანდარტების განვითარების ხელშეწყობა. SOC კონსენსუსზე დაფუძნებულ მაღალი ხარისხის სამეცნიერო და პროფესიულ გამოცდილებას ეყრდნობა. ამ სფეროში გამოკვლევების და გამოცდილების უდიდესი ნაწილი ჩრდილოეთ ამერიკის და დასავლეთ ევროპიდან მოდის, ამის გამო, მსოფლიოს სხვა ქვეყნებისათვის აუცილებელია SOC-ის ადაპტაცია. მოსაზრებები, თუ რა საშუალებებით შეიძლება მის კულტურულ შეთავსებადობასა და კულტურულ ქმედითუნარიანობაზე ფიქრი, მოყვანილია SOC-ის ამ ვერსიაში.

SOC-ის მთავარი მიზანია ჯანმრთელობის სფეროს პროფესიონალებისათვის კლინიკური გზამკვლევის შექმნა, ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის ადამიანებისათვის უსაფრთხო და ეფექტიანი საფეხურებრივი დახმარების მიწოდება მათთვის სტაბილური პირადი და გენდერული კეთილდღეობის მისაღწევად – მათი ჯანმრთელობის, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის და თვითრეალიზაციის მაქსიმალიზაციის მიზნით. ეს დახმარება შეიძლება მოიცავდეს პირველად ჯანდაცვას, გინეკოლოგიურ და უროლოგიურ ზრუნვას, რეპროდუქციის ვერსიებს, ხმის და კომუნიკაციურ თერაპიას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებას (მაგ. დიაგნოსტიკას, კონსულტაციას, ფსიქოთერაპიას), აგრეთვე, ჰორმონულ და ქირურგიულ მკურნალობას. მიუხედავად იმისა, რომ ეს დოკუმენტი, პირველ რიგში, ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალებისთვისაა, SOC შეიძლება გამოიყენონ იქნეს პიროვნებებმა, მათმა ოჯახებმა და სოციალურმა დაწესებულებებმა იმის გასაგებად, თუ როგორ შეიძლება ხელი შეუწყონ ამ მრავალფეროვანი პოპულაციის წევრების ჯანმრთელობისათვის ოპტიმალური პირობების შექმნას.

WPATH აღიარებს, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობა დამოკიდებულია არა მარტო კარგი ხარისხის კლინიკურ დახმარებაზე, არამედ – სოციალურ და პოლიტიკურ კლიმატზეც, რომელიც სოციალურ ტოლერანტობას, თანასწორობას და მოქალაქეობის სრულ

უფლებებს განაპირობებს და უზრუნველყოფს. ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას სჭირდება სახელმწიფო პოლიტიკის და სამართლებრივი რეფორმები, რომლებიც გენდერული და სქესობრივი მრავალფეროვნების მიმართ ტოლერანტობას და თანასწორობას ავითარებს და წინასწარგანწყობას, დისკრიმინაციას და სტიგმას აღმოფხვრის. სახელმწიფო პოლიტიკაში და სამართლებრივ რეფორმებში ამ ცვლილებების ადვოკატირება WPATH-ის ერთ-ერთი მიზანია.

სამედიცინო დახმარების სტანდარტები (SOC) – მოქნილი კლინიკური გაიდლაინი

SOC შეიქმნა როგორც მოქნილი სახელმძღვანელო იმისთვის, რომ ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის ადამიანების ჯანმრთელობის დაცვის განსხვავებულ საჭიროებებს უპასუხოს. ამ მოქნილობის ფარგლებში ის წარმოაჩენს ოპტიმალური ჯანდაცვის განვითარების სტანდარტებს და არის გენდერული დისფორიის მქონე ადამიანების მკურნალობის გზამკვლევი. გენდერული დისფორია, ფართო გაგებით, განისაზღვრება, როგორც დისკომფორტი ან დისტრესი, რომელიც გამოწვეულია პიროვნების გენდერულ იდენტობასა და ამ პირისათვის დაბადებისას მიკუთვნებულ სქესს (და მასთან ასოცირებულ გენდერულ როლსა და/ან პირველად და მეორად სასქესო მახასიათებლებს) შორის შეუსაბამობით (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

ისევე, როგორც სტანდარტების წინა ვერსიებში, ამ დოკუმენტში წარმოდგენილი გენდერული დისფორიის ჰორმონული თერაპიისა და ქირურგიული მკურნალობის კრიტერიუმებიც კლინიკური გაიდლაინებია. ჯანდაცვის ცალკეულ პროფესიონალებს და პროგრამებს მათი მოდიფიცირება შეუძლიათ. სტანდარტიდან კლინიკური გადახვევა დასაშვებია, როცა/თუ: პაციენტის ინდივიდუალური ანატომიური, სოციალური ან ფსიქოლოგიური მდგომარეობა განსაკუთრებულია; დროთა განმავლობაში ჯანდაცვის გამოცდილი სპეციალისტის მიერ ხდება მართვის სტანდარტული მიდგომის სრულყოფა; კვლევის პროტოკოლის საფუძველზე; მსოფლიოს სხვადასხვა წერტილში ზრუნვის შეზღუდული რესურსების გამო; ან ზიანის შემამცირებელი განსაკუთრებული სტრატეგიის საჭიროების გამო. დახმარების სტანდარტის მიდგომებიდან გადახვევის ფაქტი უნდა იყოს ხაზგასმული, განემარტოს პაციენტს და ინფორმირებული თანხმობის თანხლებით გაფორმდეს პაციენტთა ხარისხიანი მომსახურებისა და მათი უფლებების დაცვის მიზნით. შემთხვევების აღწერა მნიშვნელოვანია ახალი მონაცემების დაგროვებისათვის, რომელთა რეტროსპექტული შესწავლაც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის და SOC-ის შემდგომი სრულყოფის საშუალებას იძლევა.

SOC აყალიბებს მომსახურების სტანდარტებს, მაგრამ, ამავე დროს, აცნობიერებს ინფორმირებული არჩევანის გაკეთების აუცილებლობას და ზიანის შემცირების მიდგომების მნიშვნელობას. ამავე დროს, სტანდარტების ეს ვერსია აღიარებს და საფუძვლის მქონედ თვლის გენდერის თვითგამოხატვის სხვადასხვა ვარიაციას, რომლისთვისაც, შესაძლოა, აუცილებელი არ იყოს ფსიქოლოგიური, ჰორმონული ან ქირურგიული მკურნალობა. ზოგიერთი პაციენტისთვის, რომელიც დახმარებას მიმართავს, შესაძლებელი ხდება სასურველი გენდერული როლის დამოუკიდებლად მორგება, ასევე, ტრანზიციასთან ან გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებით დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებების მიღება. სხვა პაციენტს შესაძლოა უფრო ინტენსიური სამედიცინო დახმარება დასჭირდეს. SOC ჯანდაცვის სპეციალისტებს უადვილებს, დაეხმარონ პაციენტს, გაეცნონ მათთვის ხელმისაწვდომი სერვისების სრულ დიაპაზონს, რა თქმა უნდა, მათი კლინიკური საჭიროებებიდან და გენდერული თვითგამოხატვის საბოლოო მიზნიდან გამომდინარე.

დახმარების სტანდარტების გლობალურად გამოყენების შესაძლებლობა

თუმცა სტანდარტები განკუთვნილია საერთაშორისო გამოყენებისათვის, WPATH აცნობიერებს, რომ ჯანდაცვის ამ სფეროში რეგისტრირებული კლინიკური გამოცდილება და ცოდნა მიღებულია ძირითადად ჩრდილოამერიკული და დასავლეთევროპული წყაროებიდან. სხვადასხვა ადგილას, ქვეყნებს შორის და მათ შიგნით, არსებობს განსხვავებები ყველა შემდგომი თვალსაზრისით: სოციალური დამოკიდებულებანი ტრანსსექსუალი, ტრანსსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის ადამიანებისადმი; გენდერული როლისა და იდენტობის სტრუქტურა; სხვადასხვა გენდერული იდენტობის გამოხატვის ასახვისათვის გამოყენებული ენა; გენდერული დისფორიის ეპიდემიოლოგია; მკურნალობის ხელმისაწვდომობა და ღირებულება, შეთავაზებული თერაპიები; იმ პროფესიონალთა რაოდენობა და პროფილი, რომლებიც მომსახურების მიწოდებაში არიან ჩართული; ჯანმრთელობის ამ სფეროსთან დაკავშირებული სამართლებრივი და პოლიტიკის საკითხები (Winter, 2009).

ყველა თავისებურების ასახვა/დაკონკრეტება ამ დოკუმენტში შეუძლებელია. სტანდარტების სხვა კულტურულ კონტექსტზე მისადაგებისას ჯანდაცვის პროფესიონალები აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდნენ ამ თავისებურებებს, რათა სტანდარტების ადაპტირება ადგილობრივი რეალობის მიხედვით მოახდინონ. მაგალითად, ზოგიერთ კულტურაში არაკონფორმული გენდერის ადამიანები იმ რაოდენობით გვხვდება და ისე ცხოვრობენ, რომ სოციალურად ერთობ ხილვადები არიან (Peltz, 2006). ასეთ პირობებში ადამიანებისათვის ჩვეულებრივია, ჯერ კიდევ მოზარდობის ასაკში და უფრო ადრეც დაიწყონ გენდერული გამოხატვის და ფიზიკური მახასიათებლების შეცვლა. ბევრი ასეთი პიროვნება იზრდება და ცხოვრობს ისეთ სოციალურ, კულტურულ და თუნდაც ენობრივ კონტექსტშიც, რომელიც საკმაოდ განსხვავდება დასავლური კულტურისაგან. და მაინც, მათგან თითქმის ყველას გამოცდილი აქვს უარყოფითი წინასწარი განწყობის გავლენა (Peletz, 2006; Winter, 2009). ბევრ კულტურაში სოციალური სტიგმა არაკონფორმული გენდერის მიმართ ფართოდაა გავრცელებული და გენდერული როლები აქტიურადაა თავს მოხვეული (Winter et al., 2009). ასეთ პირობებში არაკონფორმული გენდერის ადამიანები იძულებული არიან, შეინიღონ და, ალბათ ამის გამოც, აკლიათ ადეკვატური ჯანდაცვის მომსახურების მიღების შესაძლებლობა (Winter, 2009).

SOC-ის დანიშნულება არ არის, როგორმე შეიზღუდოს საუკეთესო დახმარების განცეის შესაძლებლობა ნებისმიერი ინდივიდისთვის. მთელ მსოფლიოში ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს – იმ ტერიტორიებზეც კი, სადაც შეზღუდული რესურსები და სასწავლო შესაძლებლობებია – შეუძლიათ ბევრი იმ არსებითი პრინციპის გამოყენება, რომელიც SOC-ის საფუძველია. ეს პრინციპები მოიცავს შემდგომს: გამოხატო პატივისცემა არაკონფორმული გენდერული იდენტობის მქონე პაციენტების მიმართ (არ მოახდინო გენდერული იდენტობის ან თვითგამოხატვის განსხვავებების პათოლოგიზაცია); მიაწოდო დახმარება (ან გადაამისამართო შესაბამისი სპეციალიზაციის კოლეგასთან), რომელიც აღიარებს პაციენტის გენდერულ იდენტობას და ამცირებს დისტრესს ან გენდერულ დისფორიას, როცა ასეთი არსებობს; შეიძინო ცოდნა ტრანსსექსუალი, ტრანსსგენდერი

და არაკონფორმული გენდერის ადამიანების ჯანდაცვითი საჭიროებების შესახებ; შეუსაბამო მკურნალობის მიდგომები პაციენტების ინდივიდუალურ საჭიროებებს, განსაკუთრებით – მათ მიზნებს გენდერის გამოხატვისა და გენდერული დისფორიის შემსუბუქების თვალსაზრისით; დაეხმარო სათანადო სერვისის მოპოვებაში; მიიღო პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა მკურნალობის ჩატარებამდე; შესთავაზო უწყვეტი ზრუნვა და მზად იყო, დაეხმარო და ადვოკატირება გაუწიო პაციენტებს მათ ოჯახებთან და თემებს შიგნით (სკოლებში, სამუშაო ადგილებზე, სხვა გარემოებში).

ტერმინოლოგია დამოკიდებულია კულტურასა და დროის მოცემულ მონაკვეთზე და სწრაფად ვითარდება. მნიშვნელოვანია, რომ გამოყენებული იქნეს პაციენტის ენა ნებისმიერ ადგილას და დროს, და სხვადასხვა ხალხს შორის. რადგან SOC სხვადასხვა ენაზე ითარგმნება, დიდი ყურადღებაა გამოსაჩენი, რომ ტერმინების მნიშვნელობა სკურპულოზურად იყოს თარგმნილი. შესაძლოა, ინგლისური ტერმინოლოგია სხვა ენებზე ადვილად ვერ ითარგმნოს და, პირიქით. ზოგ ენას არ აქვს შესაბამისი სიტყვები, რომ ამ დოკუმენტში მოყვანილი სხვადასხვა ტერმინი აღწეროს. აქედან გამომდინარე, მთარგმნელებს გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეთ მკურნალობის განმსაზღვრელი მიზნები და ჩამოაყალიბონ ამ მიზნების შესაბამისი გზამკვლევი, რომელიც მოცემულ კულტურასთან იქნება მისადაგებული.



განსხვავება გენდერულ არაკონფორმულობასა და გენდერულ დისფორიას შორის

იყო ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი ან არაკონფორმული გენდერის წარმომადგენელი – ეს მრავალფეროვნების გამოვლენაა და არა პათოლოგიის

2010 წლის მაისში WPATH-მა გამოსცა განაცხადი, რომელშიც ის არაკონფორმული გენდერის დეპათოლოგიზაციას მოითხოვდა მთელ მსოფლიოში (WPATH-ის დირექტორთა საბჭო, 2010). ეს განაცხადი აღნიშნავდა, რომ „გენდერული თვითგამოხატვა, მათ შორის, გენდერული იდენტობები, არ არის ტიპურად მიბმული ინდივიდისთვის მინიჭებულ (ანატომიურ) სქესზე და წარმომადგენს კულტურულად მრავალფეროვან ადამიანურ ფენომენს, რომელიც არ უნდა იქნეს განსაზღვრული, როგორც აუცილებლად პათოლოგიური ან უარყოფითი“.

სამწუხაროდ, მსოფლიოს ბევრ საზოგადოებაში გენდერულ არაკონფორმულობასთან დაკავშირებულია სტიგმა. ასეთ სტიგმას შეუძლია, მიგვიყვანოს ნეგატიურ სოციალურ დამოკიდებულებასა და დისკრიმინაციამდე და, შედეგად, „უმცირესობათა სტრესი“ მივიღოთ (I. H. Meyer, 2003). უმცირესობათა სტრესი განსხვავებულია (ემატება სტრესის იმ ზოგად ფორმებს, რომელებსაც ყველა ადამიანი განიცდის), სოციალურად განპირობებული და ქრონიკულია და შეუძლია ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის ადამიანები უფრო მონეკლადი გახადოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი

პრობლემების განვითარების საშიშროების თვალსაზრისით, როგორებიცაა შფოთვითი მდგომარეობა და დეპრესია (Institute of Medicine, 2011). უარყოფით წინასწარგანწყობასა და დისკრიმინაციაზე დართულ სტიგმას შეუძლია, პიროვნებასა და მისი სოციალური წრის ადამიანებს თუ ოჯახის წევრებს შორის ძალადობრივი და გამრიყავი დამოკიდებულება ჩამოაყალიბოს, რაც, თავის მხრივ, ფსიქოლოგიური დისტრესის გამომწვევი ფაქტორია. თუმცა, ეს სიმპტომები სოციალური შინაარსისაა და, შესაბამისად, ტრანსსექსუალობა, ტრანსგენდერობა და გენდერული არაკონფორმული თანდაყოლილი/მემკვიდრული არ არის.

გენდერული არაკონფორმულობა იგივე არ არის, რაც გენდერული დისფორია

გენდერული არაკონფორმულობა ასახავს მდგომარეობას, როცა პიროვნების გენდერული იდენტობა, როლი ან თვითგამოხატვა განსხვავდება მოცემულ კულტურაში მიღებული ნორმებისაგან, რომლებიც კონკრეტული სქესის ადამიანებისთვისაა განსაზღვრული (Institute of Medicine, 2011). გენდერული დისფორია ასახავს დისკომფორტს ან დისტრესს, რომელიც გამოწვეულია პიროვნების გენდერული იდენტობის შეუსაბამობით ამ პიროვნებისათვის დაბადებისას მინიჭებული სქესთან (და მასთან ასოცირებულ გენდერულ როლსა და /ან პირველად და მეორად სქესობრივ მახასიათებლებთან) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). მხოლოდ ზოგიერთი არაკონფორმული გენდერის ადამიანი განიცდის გენდერულ დისფორიას მათი ცხოვრების რომელიმე მოცემულ ეტაპზე.

ასეთი დისტრესის მქონე ადამიანების დასახმარებლად არსებული მკურნალობა მოიცავს მათი გენდერული იდენტობის ანალიზს და მათთვის კომფორტული გენდერული როლის გარკვევას (Bockting & Goldberg, 2006). მკურნალობა ინდივიდუალურია: ის, რაც ერთ ადამიანს გენდერული დისფორიის შემცირებაში ეხმარება, შეიძლება, ძალიან განსხვავებული იყოს იმისგან, რაც შესაძლოა, მეორე პიროვნებას დაეხმაროს. ეს პროცესი შეიძლება მოიცავდეს ან არ მოიცავდეს გენდერული თვითგამოხატვის მოდიფიცირებას ან სხეულის შეცვლას. სამედიცინო მკურნალობის ვერსიები მოიცავს, მაგალითად, სხეულის ფემინინიზაციას ან მასკულინიზაციას ჰორმონული თერაპიის და/ან ქირურგიის გზით, რომლებიც გენდერულ დისფორიას ამსუბუქებს და, სამედიცინო თვალსაზრისით, ბევრი ასეთი ადამიანისათვის აუცილებელია. გენდერული იდენტობა და თვითგამოხატვა მრავალფეროვანია და ჰორმონები და ქირურგია მხოლოდ ორია იმ მრავალი მეთოდიდან, რომლებიც ასეთი ადამიანების დასახმარებლად არსებობს, მათ საკუთარ თავთან და იდენტობასთან კომფორტული არსებობის მისაღწევად.

მკურნალობის საშუალებით გენდერული დისფორია შეიძლება, მნიშვნელოვნად შემცირდეს (Murad et al., 2010). შედეგად, მიუხედავად იმისა, რომ ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და არაკონფორმული გენდერის ადამიანებს შეიძლება ჰქონდეთ გენდერული დისფორია მათი ცხოვრების გარკვეულ ეტაპზე, ბევრი ინდივიდი, რომელიც მკურნალობას იტარებს, მოიგებს იმ გენდერულ როლს და თვითგამოხატვას, რომელიც მისთვის კომფორტული იქნება, მაშინაც კი, თუ ის განსხვავებული იქნება იმ სქესისაგან, რაც მას დაბადებისას მიენიჭა, ან არსებული ფართოდ გავრცელებული გენდერული ნორმებისა და მოლოდინებისაგან.

გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებული დიაგნოზები

ადამიანების ნაწილს გენდერული დისფორია ისეთი ხარისხით აქვს გამოხატული, რომ მასთან დაკავშირებული დისტრესი შეესაბამება ფსიქიკური დარღვევის საბოლოო დიაგნოზის კრიტერიუმებს. ასეთი დიაგნოზები არ იძლევა სტიგმატიზაციის ან მოქალაქის და ადამიანის უფლებების ჩამოსართმევ უპირობო ნებართვას. კლასიფიკაციის არსებულ სისტემებში, როგორებიცაა ფსიქიკური დარღვევების დიაგნოსტიკურ-სტატისტიკური ცნობარი (*DSM*) (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია, 2000) და დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია (*ICD*) (მსოფლიოს ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია, 2007), განსაზღვრულია ასობით ფსიქიკური დარღვევა, რომლებიც განსხვავდება მათი გამოვლენის, ხანგრძლივობის, პათოგენეზის, ფუნქციური შეზღუდვების და განკურნების პერსპექტივის მიხედვით. ყველა ეს სისტემა ცდილობს მოახდინოს არა ინდივიდების, არამედ სიმპტომებისა და მდგომარეობების კომბინაციების კლასიფიკაცია. ტერმინი „აშლილობა“ აღწერს პრობლემებს, რომელთაც ადამიანს უწევს გამკლავება და არ წარმოადგენს კრიტერიუმს, რომელიც ახასიათებს თავად ადამიანს ან მის იდენტობას.

აქედან გამომდინარე, ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და არაკონფორმული გენდერის ადამიანებს აქვთ არა თანდაყოლილი დარღვევა, არამედ, შესაძლოა, აღენიშნებოდეთ გენდერული დისფორიის დისტრესი. უნდა ითქვას, რომ შესაძლებელია გენდერული დისფორიით გამოწვეული შემანუხებელი დისტრესის/შფოთვის როგორც დიაგნოსტიკა, ასევე მკურნალობა სხვადასხვა მიდგომების მორგებით. ამ დიაგნოზის არსებობა შესაძლებელს ხდის ჯანდაცვაზე წვდომას და ეფექტიანი მკურნალობის შესახებ შემდგომი კვლევების წარმოებას.

კვლევას მოაქვს ახალი დიაგნოსტიკური ნომენკლატურები და ტერმინები იცვლება როგორც *DSM*-ში (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010), ასევე *ICD*-ში. ამ მიზეზით, ამ სტანდარტებში მოყვანილია უკვე ნაცნობი ტერმინები, განსაზღვრებები კი მოწოდებულია იმ ტერმინებისათვის, რომლებიც შეიძლება ახლა ჩნდება. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, პრაქტიკის სფეროებში გამოსაყენებლად, უახლეს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს და შესაბამის კოდებს უნდა მიმართონ.

IV

ეპიდემიოლოგიის საკითხები

ოფიციალური ეპიდემიოლოგიური კვლევები საკუთრივ ტრანსსექსუალობის ან ზოგადად ტრანსგენდერული თუ არაკონფორმული გენდერული იდენტობის ინსიდენსზე (შეხვედრადობასა)² და პრევალენსზე (გავრცელების სიხშირეზე)³ არ ჩატარებულა და რეალისტური მონაცემების მისაღებად კვლევის წარმოებას დიდი სიძნელეები ახლავს

2 ინსიდენსი – დროის ერთეულში (მაგ. წელიწადი) განმავლობაში გამოვლენილი ახალი შემთხვევების რიცხვი

3 პრევალენსი – მოცემული მდგომარეობის მქონე პირთა რაოდენობა გაყოფილი ადამიანთა რაოდენობაზე ზოგად პოპულაციაში.

(Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009); მაშინაც კი, ეპიდემიოლოგიურ შესწავლას რომ დაედგინა, რომ მთელს მსოფლიოში ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და არაკონფორმული გენდერის პირები ერთი და იმავე თანაფარდობით გვხვდებიან, მოსალოდნელია, რომ ქვეყნებს შორის არსებული კულტურული სხვაობები შეცვლიდა როგორც სხვადასხვა გენდერული იდენტობის ქცევით თვითგამოხატვას, ისე სიხშირეს, რომლითაც გენდერული დისფორია – რაც გენდერული იდენტობისგან განსხვავებული ცნებაა – გვხვდება მოსახლეობაში. მართალია, ქვეყნების უმრავლესობაში ნორმატიული გენდერული ჩარჩოებიდან გადაცდენა/გამოსვლა უფრო მეტ ცენზურას იწვევს, ვიდრე თანაგრძნობას, მაგრამ არსებობს მაგალითები, როცა გარკვეულ კულტურებში არაკონფორმული გენდერული ქცევა (მაგალითად, სულიერ ლიდერებში) ნაკლებად სტიგმატიზებულია და თაყვანისცემასაც კი იმსახურებს (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997).

სხვადასხვა მიზეზით, მკვლევარები, რომლებიც ინსიდენსს და პრევალენსს სწავლობდნენ, კვლევის საგნად, როგორც წესი, ირჩევდნენ გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდების ყველაზე ადვილად დასათვლელ ქვეჯგუფს: ტრანსსექსუალ პირებს, რომლებსაც გენდერული დისფორია აქვთ და რომლებიც სპეციალურ გენდერულ კლინიკებს მიმართავენ გენდერულ ტრანზიციასთან დაკავშირებული დახმარებისათვის (Zucker & Lawrence, 2009). კვლევების უმეტესობა ჩატარებულია ევროპის ქვეყნებში, როგორებიცაა შვედეთი (Walinder, 1968, 1971), ბრიტანეთის გაერთიანებული სამეფო (Hoenig & Kenna, 1974), ნიდერლანდები (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), გერმანია (Weitze & Osburg, 1996) და ბელგია (De Cuypere et al., 2007). ერთ-ერთი კვლევა ჩატარდა სინგაპურში (Tsoi, 1988).

დეკუიპერმა და კოლეგებმა (De Cuypere and colleagues, 2007) ეს კვლევები მიმოიხილეს და საკუთარი კვლევა ჩაატარეს. ეს კვლევები, ჯამში, 39 წელს სწვდებოდა. ორი მკვეთრად განსხვავებული შედეგის (Pauly in 1968 and Tsoi in 1988) უგულებელყოფის შემდეგ რჩება ათი კვლევა რვა ქვეყნიდან. გავრცელების სიხშირის მონაცემები, რომლებიც ამ ათ კვლევაში წარმოადგინეს, იყო 1:11 900-დან 1:45 000-მდე ტრანსგენდერი ქალებისათვის (MtF) და 1:30 400-დან 1:200 000-მდე – ტრანსგენდერი მამაკაცებისათვის (FtM). ზოგიერთი მეცნიერის ვარაუდით, გავრცელების სიხშირე გაცილებით მაღალია და მისი გამოვლენა დამოკიდებულია მეთოდოლოგიაზე, რომელიც კვლევაში გამოიყენება (მაგალითად, Olyslager & Conway, 2007).

კვლევებს შორის პირდაპირი შედარებების გაკეთება შეუძლებელია, რადგან თითოეული განსხვავდება მონაცემთა შეგროვების მეთოდებით და პიროვნების ტრანსსექსუალური იდენტობის დადასტურების კრიტერიუმებით (მაგ. ჩატარებული აქვს თუ არა პირს გენიტალური რეკონსტრუქცია, დაწყებული არის თუ არა ჰორმონოთერაპია ან მიუმართავს თუ არა მას შესაბამისი კლინიკისათვის სამედიცინო კონტროლის ქვეშ ჩასატარებელი ტრანზიციის სერვისებისათვის).

უახლეს კვლევებში უფრო მაღალი გავრცელების სიხშირის გამოვლენის ტენდენცია გამოჩნდა, რაც, შესაძლოა, მიუთითებდეს, რომ სულ უფრო მეტი ადამიანი ცდილობს კლინიკური დახმარების მიღებას. ამ ვერსიის მხარდამჭერია რიდისა და კოლეგების კვლევა (Reed and colleagues, 2009), რომლებმაც ანგარიში გააკეთეს გაერთიანებული სამეფოს გენდერულ კლინიკებში ყოველ ხუთ ან ექვს წელიწადში მიმართვიანობის გაორმაგების

შესახებ. მსგავსად, ცუკერმა და კოლეგებმა (Zucker and colleagues, 2008) მათ კლინიკაში, კანადის ქალაქ ტორონტოში, აღწერეს ბავშვთა და მოზარდთა მიმართვიანობის ოთხ-ხუთჯერ მატება 30 წლის პერიოდის განმავლობაში.

ასეთი კვლევებით მოგროვებული მონაცემები, შეიძლება, საუკეთესო შემთხვევაში, განხილული იქნას, როგორც ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მინიმალური მაჩვენებლები, რადგან გამოქვეყნებული მონაცემები, ძირითადად, აღებულია იმ კლინიკებიდან, რომლებსაც გენდერული დისფორიის მძიმე ფორმების მქონე პაციენტებმა მიმართეს და, რომლებსაც ამ კლინიკებში ჯანმრთელობის მომსახურების მიღებაზე ხელი მიუწვდებოდათ. ამ კვლევებში არ არის გათვალისწინებული ის ფაქტი, რომ კლინიკებში შეთავაზებული სპეციფიკური მკურნალობა, შესაძლოა, მოცემულ რეგიონში მცხოვრები ყველა თვითიდენტიფიცირებული გენდერული დისფორიის მქონე ინდივიდისთვის ხელმისაწვდომი, მისაღები ან სასარგებლო არ აღმოჩნდეს. მხოლოდ იმ ადამიანების აღრიცხვით, რომლებიც კლინიკებში სპეციფიკური ტიპის მკურნალობას გადიან, გენდერული დისფორიის მქონე სხვა ინდივიდების რაოდენობა დაუზუსტებელი რჩება.

კლინიკური დაკვირვებების ნაწილი (რომლებიც ჯერ სისტემური კვლევით არ არის გამყარებული) გენდერული დისფორიის უფრო მაღალი სიხშირით გავრცელების შესაძლებლობას ემხრობა: (i) გენდერული დისფორიის დიაგნოზი, რომელიც წარსულში საერთოდ არ განისაზღვრებოდა, ზოგჯერ იმ პაციენტებს დაესმით, რომლებიც გასინჯვაზე მოდიან შფოთვითი დარღვევით, დეპრესიით, ქცევითი აშლილობით, ტოქსიკომანიით, იდენტობის დისოციაციური დარღვევით, პიროვნული აშლილობის მოსაზღვრე მდგომარეობით, სექსუალური დარღვევებით და სქესის განვითარების დარღვევებით (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997); (ii) ზოგიერთ ქროსდრესერ, დრეგ-ქეინ/კინგ ან მდედრ/მამრ იმპერსონატორებს, გეი და ლესბოსელ პირებს შეიძლება გენდერული დისფორია განუვითარდეთ (Bullough & Bullough, 1993); (iii) ზოგიერთი ადამიანის გენდერული დისფორიის ინტენსივობა კლინიკური ზღვარის ქვემოთ და ზემოთ მერყეობს (Docter, 1988); (iv) ბევრ კულტურაში FtM ინდივიდების გენდერული არაკონფორმულობა შედარებით შეუმჩნეველი რჩება, განსაკუთრებით, დასავლეთის ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და მკვლევარებისათვის, რომელთა მიერ ჩატარებულ კვლევებს ეყრდნობა ეპიდემიოლოგიური და ინსიდენსის მიმდინარე მაჩვენებლები (Winter, 2009).

ზოგადად, არსებული მონაცემები ათვლის წერტილად უნდა ჩაითვალოს და ჯანმრთელობის დაცვა მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში უფრო დეტალურად ჩატარებული კვლევებით გაუმჯობესდეს.



გენდერულ დისფორიასთან თერაპიული მიდგომების მიმოხილვა

მიღწევები გენდერული დისფორიის შესახებ ცოდნასა და მკურნალობის დარგში

მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში გენდერულ დისფორიაზე ინფორმირებულობა გაიზარდა მას შემდეგ, რაც ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალებმა გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებლად დაიწყეს პირველადი და მეორადი სასქესო ნიშნების შეცვლა ჰორმონული თერაპიითა და ქირურგიული ჩარევის საშუალებით, პარალელურად კი – გენდერული როლის მოდიფიცირება/სასურველთან მორგება. მიუხედავად იმისა, რომ ჰარი ბენჯამინს გენდერული არაკონფორმულობის სპექტრის არსებობა უკვე აღიარებული ჰქონდა (Benjamin, 1966), თავდაპირველი კლინიკური მიდგომა, დიდწილად, მიზნად ისახავდა კანდიდატის შესაბამისობის დადგენას სქესის კვლავმინიჭებისათვის, მამაკაცის ქალად და ქალის მამაკაცად მაქსიმალურად სრული ფიზიკური გარდაქმნის უზრუნველსაყოფად (e.g., Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). ეს მიდგომა აქტიურად შეფასდა და ძალიან ეფექტიანად ჩაითვა. ამ კვლევებში დაკმაყოფილების ხარისხის დიაპაზონი 87%-დან (MtF პაციენტებში) 97%-მდე (FtM პაციენტებში) მერყეობდა (Green & Fleming, 1990), ხოლო პაციენტები, რომლებმაც მკურნალობის ჩატარება ინანეს, ძალიან იშვიათად გვხვდებიან (1-1.5% MtF პაციენტებში და <1% FtM პაციენტებში Pfafflin, 1993). ჰორმონული თერაპია და ქირურგია ბევრ ადამიანთან, სამედიცინო თვალსაზრისით, გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებლად ნამდვილად აუცილებელია (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

ამ დარგის ჩამოყალიბებასთან ერთად ჯანდაცვის პროფესიონალები მიხვდნენ, რომ თუმცა ბევრ ინდივიდს ორივე – ჰორმონული თერაპია და ქირურგია – სჭირდება, სხვებისთვის მხოლოდ ერთია საკმარისი, ზოგს კი არც ერთი არ უნდა (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). ხშირად, ფსიქოთერაპიის დახმარებით, ინდივიდი ახერხებს მისი ტრანს- ან კროსგენდერული შეგრძნებების ინტეგრირებას იმ გენდერულ როლთან, რომელიც მას დაბადებისას მიეკუთვნა და თავისი სხეულის ფემინიზაციის ან მასკულინიზაციის საჭიროებას არ გრძნობს. სხვებისათვის გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებლად საკმარისია გენდერული როლის და გამოხატვის ცვლილება. ზოგიერთ პაციენტს, შეიძლება, გენდერული როლის შესაცვლელად ჰორმონები დასჭირდეს, მაგრამ ქირურგია არ უნდოდეს; სხვებს შესაძლოა გენდერული როლის ქირურგიულად შეცვლა სჭირდებოდეს, მაგრამ არა – ჰორმონული თერაპია. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, გენდერული დისფორიის მკურნალობა ძალიან ინდივიდუალურია.

გარკვეული ასაკის ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდების თაობა – რომლის დიდმა ნაწილმა წარმატებით ისარგებლა სხვადასხვა თერაპიული მიდგომით – როგორც თემი, უფრო ხილვადი გახდა და მნიშვნელოვანი მრავალფეროვნებით წარმოჩინდა გენდერული იდენტობის, როლებისა და გამოხატვის

თვალსაზრისით. ზოგი ინდივიდი თავს აკუთვნებს არა გენდერულად არაკონფორმულს, არამედ არაორაზროვნად საწინააღმდეგო სქესის ინდენტობას (მაგ., თავს აღიქვამს სხვა სქესის წარმომადგენლად; Bockting, 2008). სხვა ინდივიდები თავიანთ გენდერულ იდენტობას უნიკალურად მიიჩნევენ და თავს არ მიაკუთვნებენ არც მამრობით, არც მდედრობით სქესს (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). ამის ნაცვლად, ისინი თავის გენდერულ იდენტობას შეიძლება აღწერდნენ სპეციფიური ტერმინებით, როგორებიცაა: ტრანსგენდერი, ბიგენდერი, გენდერქვიარი, და ამტკიცებენ საკუთარი გამოცდილების უნიკალურობას, რომელიც შეიძლება სცდებოდეს გენდერის ბინარულ დაყოფას მდედრობით და მამრობითად (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). ისინი იდენტობის დადასტურების პროცესს შეიძლება არ აღიქვამდნენ, როგორც „ტრანზიციას“, რადგან მათ სრულად არასოდეს გაუთავისებიათ ის გენდერული როლი, რომელიც მათ დაბადებისას მიეკუთვნათ ან იმიტომ, რომ მათთვის გენდერული იდენტობა, როლი და თვითგამოხატვა ისეა რეალიზებული, რომ არ საჭიროებს ერთი გენდერული როლის მეორე როლით შეცვლას. მაგალითად, ზოგიერთი ახალგაზრდა, რომელიც გენდერქვიარად თვლის თავს, თავის გენდერულ იდენტობას და როლს ყოველთვის ამ სახით (გენდერქვიარად) აღიქვამდა. საზოგადოებრივი ხილვადობის და გენდერული მრავალფეროვნების შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდამ (Feinberg, 1996), გენდერული დისფორიის მქონე პირებისათვის იდენტობის რეალიზებისა და მათთვის კომფორტული გენდერული როლის და გამოხატვის პოვნის შესაძლებლობები გააფართოვა.

ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეუძლიათ დაეხმარონ გენდერული დისფორიის მქონე ინდივიდებს მათი გენდერული იდენტობის განმტკიცებაში, საკუთარი იდენტობის გამოხატვისათვის სხვადასხვა ალტერნატიული როლის გამოცდაში და გენდერული დისფორიის შემამსუბუქებელი სამედიცინო მკურნალობის ვარიანტებზე გადწყვეტილების მიღებაში.

გენდერული დისფორიის ფსიქოლოგიური და სამედიცინო მკურნალობის ვარიანტები

გენდერული დისფორიის მქონე ინდივიდებისათვის, რომლებსაც სამედიცინო დახმარება სჭირდებათ, მკურნალობის სხვადასხვა ვარიანტი შეიძლება იყოს განხილული. გამოყენებული ღონისძიებების რიცხვი, ფორმა და თანმიმდევრობა, სხვადასხვა პიროვნებასთან შეიძლება სხვადასხვა იყოს (e.g., Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010). მკურნალობის ვარიანტები მოიცავს შემდეგს:

1. ცვლილებების შეტანა გენდერულ გამოხატვასა და როლში (რაც, შესაძლოა, გულისხმობდეს ნაწილობრივ ან მუდმივ ცხოვრებას სხვა გენდერულ როლში, რომელიც ადამიანის გენდერულ იდენტობას ემთხვევა);
2. ჰორმონული თერაპია, რომლის მიზანია სხეულის ფემინიზაცია ან მასკულინიზაცია;
3. ქირურგია პირველადი ან მეორადი სასქესო ნიშნების შესაცვლელად (მაგ. სარძევე ჯირკვლების/გულმკერდის, გარე და/ან შინაგანი სასქესო ორგანოების, სახის ნაკვთების, სხეულის კონტურის);

4. ფსიქოთერაპია (ინდივიდუალური, წყვილის, ოჯახური ან ჯგუფური), რომელიც მიზნად ისახავს გენდერულ იდენტობაში, როლსა და თვითგამოხატვაში გარკვევას (exploring); მუშაობს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გენდერული დისფორიის და სტიგმის ნეგატიური გავლენის შემცირებაზე; ამსუბუქებს შინაგან/ინტერნალიზებულ ტრანსფობიას; ზრდის სოციალურ და მსგავს სიტუაციაში მყოფ ადამიანთა ურთიერთთანადგომას; აუმჯობესებს სხეულის აღქმას; ან აუმჯობესებს სტრესთან გამკლავების უნარს.

სოციალური მხარდაჭერისა და გენდერული თვითგამოხატვის შეცვლის ვერსიები

გენდერული დისფორიის შესამცირებლად ზემოთ აღწერილ ფსიქოლოგიური და სამედიცინო მკურნალობის ვარიანტებზე დამატებით (ან როგორც ალტერნატივა) შეიძლება განხილული იქნას სხვა ღონისძიებებიც, მაგალითად:

1. თანასწორთა მხარდაჭერის ონლაინ თუ სხვა სახის რესურსები, ჯგუფები ან სათემო ორგანიზაციები, რომლებიც იძლევიან სოციალური დახმარების და ადვოკატირების საშუალებას;
2. ონლაინ ან სხვა სახის დახმარების რესურსები ოჯახებისა და მეგობრებისათვის;
3. ხმის და კომუნიკაციური თერაპია ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის იმ უნარების გასავითარებლად, რომლებიც უზრუნველყოფს კომფორტს გენდერულ იდენტობასთან;
4. თმის მოცილება ელექტროლიზით, ლაზერით ან ცვილით;
5. მკერდის აკვრა ან საფენით გადიდება, გენიტალიის დამალვა ან ასოს პროტეზირება; თეძოების და ღუნდულა კუნთების საფენით გადიდება;
6. სახელისა და გენდერული მარკერის ან საიდენტიფიკაციო დოკუმენტის შეცვლა.

VI

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

არსებობს გარკვეული განსხვავებები ბავშვთა, მოზარდთა და მოზრდილთა გენდერული დისფორიების ფენომენოლოგიას, მიმდინარეობის დინამიკასა და მკურნალობის მიდგომებს შორის. ბავშვებსა და მოზარდებში სწრაფი და თვალშისაცემი განვითარების პროცესის (ფიზიკურის, ფსიქოლოგიურის და სქესობრივის) გამო შედეგები უფრო ცვლადი და

მრავალფეროვანია, განსაკუთრებით, პრეპუბერტული ასაკის ბავშვებში. შესაბამისად, სტანდარტების ეს ნაწილი გვთავაზობს კლინიკური დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაიდლაინებს გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში.

განსხვავებები გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებს შორის

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება ვლინდება იმ მაჩვენებლის მიხედვით, თუ რა პროპორციით ნარჩუნდება დისფორია მოზრდილ ასაკში. არ არის აუცილებელი, ბავშვობაში არსებული გენდერული დისფორია მოზრდილ ასაკშიც გაგრძელდეს. პირიქით, პრეპუბერტული ასაკის ბავშვებში (ძირითადად ბიჭებში), რომლებიც გადაგზავნილი იქნენ კლინიკებში გენდერული დისფორიის მდგომარეობის შესაფასებლად, მოზრდილ ასაკში დისფორია მხოლოდ 6-23%-ს შეუნარჩუნდა (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). ამ კვლევების მიხედვით, მეტი ალბათობა იყო, მოზრდილობაში ბიჭები გეგმად იდენტიფიცირებულიყვნენ, ვიდრე ტრანსგენდერებად (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). უფრო ახალმა კვლევებმა, რომლებშიც გოგოებიც იყვნენ ჩართული, აჩვენა მოზრდილ ასაკში გენდერული დისფორიის 12-27%-ით შენარჩუნების ხარისხი (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

ამისგან განსხვავებით, გენდერულ დისფორიას მოზრდილ ასაკში ინარჩუნებს მოზარდების გაცილებით დიდი წილი. ამის ოფიციალური პროსპექტული კვლევები არ არსებობს. თუმცა იმ 70 მოზარდის შემდგომი მეთვალყურეობის (follow-up) კვლევაში, რომლებსაც გენდერული დისფორიის დიაგნოზი დაესვათ და პუბერტატის დასაბრუნებლად ჰორმონული თერაპია ჩაუტარდათ, ყველამ განაგრძო არსებული სქესის შეცვლა ფემინინიზაციის/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის დანყებით (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებში სხვა განსხვავება მდგომარეობს ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით სქესის თანაფარდობაში. კლინიკებში გადაგზავნილ გენდერული დისფორიის მქონე 12 წლამდე ბავშვებში, გოგო/ბიჭის თანაფარდობა 6:1-დან 3:1-მდე მერყეობს (Zucker, 2004). კლინიკებში გადაგზავნილ 12 წელზე უფროს გენდერული დისფორიის მქონე მოზარდებში კი გოგო/ბიჭის თანაფარდობა 1:1-ია (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003).

როგორც IV თავში და ცუკერისა და ლოურენსის (Zucker & Lawrence, 2009) მიერ იყო განხილული, ბავშვებში, მოზარდებსა და მოზრდილებში არსებულ გენდერულ დისფორიაზე ჩატარებული ოფიციალური კვლევები მწირია. დამატებითი კვლევებია ჩასატარებელი მსოფლიოს სხვადასხვა მოსახლეობაში მისი გავრცელებისა და პერსონისტიკის შესახებ.

ფენომენოლოგია ბავშვებში

უკვე ორი წლის ასაკიდან ბავშვებს, შესაძლებელია, გამოხატული ჰქონდეთ ნიშნები, რომლებიც გენდერულ დისფორიაზე მიუთითებენ. ისინი, შესაძლოა, გამოთქვამდნენ სურვილს, რომ ჰქონდეთ საწინააღმდეგო სქესი, უკმაყოფილო იყვნენ თავისი ფიზიკური

სასქესო ნიშნებით და ფუნქციებით. დამატებით, ისინი, შეიძლება, უპირატესობას ანიჭებდნენ ტანსაცმელს, სათამაშოებს და თამაშებს, რომლებიც, ჩვეულებრივ, ასოცირებულია სანინალმდეგო სქესთან და სანინალმდეგო სქესის თანატოლებთან თამაში ერჩივნოთ. ამ მახასიათებლებში არაერთგვაროვნება შეიმჩნევა: ზოგიერთი ბავშვი ძლიერად გამოხატავს გენდერულად არაკონფორმულ ქცევას და სურვილებს, რომლებსაც თან ახლავს საკუთარი პირველადი სასქესო ნიშნების მიმართ მდგრადი და მწვავე დისკომფორტი. სხვა ბავშვებში ეს ნიშნები ნაკლებად მწვავედაა გამოხატული ან ნაწილობრივად წარმოდგენილი (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებში შედარებით ხშირია თანმხლები ისეთი ინტერნალიზებული დარღვევები, როგორებიცაა შფოთვა და დეპრესია (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). აუტისტური სპექტრის დარღვევები უფრო ხშირად შეიმჩნევა შესაბამის კლინიკებში გადამისამართებული გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებში, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

ფენომენოლოგია მოზარდებში

ბავშვების უმეტესობაში გენდერული დისფორია ადრეული პუბერტატის დადგომამდე ქრება. თუმცა, ზოგიერთ ბავშვს ეს შეგრძნებები უძლიერდება და მოზარდობის დადგომასა და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებასთან ერთად ჩნდება ან უფრო ძლიერდება საკუთარი სხეულის მიმართ ზიზღი (ავერსია) (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). ერთ-ერთი კვლევის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ბავშვობის ასაკში უფრო ძლიერი გენდერული არაკონფორმულობა კავშირშია გენდერული დისფორიის შენარჩუნებასთან გვიან მოზარდობასა და ადრეული მოზრდილობის ასაკში (Wallien & Cohen - Kettenis, 2008). და მაინც, გენდერული დისფორიის მქონე ბევრი მოზარდი და მოზრდილი არ აღნიშნავს ბავშვობის ასაკში გენდერული დისფორიის არსებობის ისტორიას (Docter, 1988; Landen, Walinder, & Lundstrom, 1998). ამიტომ, შეიძლება, სხვებში (მშობლებში, ოჯახის სხვა წევრებში, მეგობრებში და თემის წევრებში) გაკვირვება გამოიწვიოს ახალგაზრდის გენდერული დისფორიის პირველმა გამოვლენამ მოზარდობის ასაკში.

მოზარდები, რომლებიც საკუთარი პირველადი და მეორადი სასქესო ნიშნების და მათთვის დაბადებისას მინიჭებული სქესის შეუთავსებლობას გრძნობენ საკუთარ გენდერულ იდენტობასთან, შეიძლება, ინტენსიურ დისტრესს განიცდიდნენ. ბევრს, მაგრამ არა ყველა გენდერული დისფორიის მქონე მოზარდს, ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიის ჩატარების ძლიერი სურვილი აქვს. მოზარდთა მზარდი რაოდენობა უკვე ცხოვრობს სასურველი გენდერული იდენტობით უფროს კლასებში სწავლის დაწყებამდე (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003).

იმ მოზარდებს შორის, რომლებიც გენდერული იდენტობის კლინიკებში იგზავნებიან, რაოდენობა, რომლისთვისაც ადრეული სამედიცინო მკურნალობა – GnRH (გონადოტროპინის გამომათავისუფლებელი [releasing] ჰორმონი) ანალოგების დაწყებით, ტანერის პირველ სტადიაზე პუბერტატის დასათრგუნად, მიზანშეწონილად შეიძლება ჩაითვალოს,

განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყნებსა და კლინიკურ ცენტრებში. პუბერტატის დათრგუნვას (სუპრესიას) ყველა კლინიკა არ სთავაზობს. თუ ასეთი მკურნალობის შეთავაზება ხდება, პუბერტატის პერიოდი, რომელშიც მოზარდებს მისი ჩატარების უფლება ეძლევათ, ვარიანტებს ტანერის მე-2-დან მე-4 სტადიებამდე (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., in press). ნამკურნალევი მოზარდების ნილზე გავლენას ახდენს ჯანდაცვის ორგანიზების ფორმა, დაზღვევის ასპექტები, კულტურული განსხვავებები, ჯანდაცვის სპეციალისტების შეხედულებები და ის დიაგნოსტიკური პროცედურები, რომელთა შეთავაზება ხდება სხვადასხვა პირობებში.

ნაკლები გამოცდილების კლინიკისტებს გენდერული დისფორიის ნიშნები შეიძლება დელუზიებში შეეშალოს. ფენომენოლოგიურად, გენდერულ დისფორიასა და დელუზიას ან სხვა ფსიქოტურ სიმპტომებს შორის ხარისხობრივი განსხვავებაა. გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების დიდ უმეტესობას ფონური ფსიქიკური დაავადება ან ფსიქოტური დარღვევები არ აწუხებთ (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, დაბეჭდვამდე გამოქვეყნებული ინტერნეტში 7 იანვარს, 2011).

გენდერული დისფორიის მქონე მოზარდებისათვის უფრო დამახასიათებელია თან-მხლები ინტერნალიზებული დარღვევები, როგორებიცაა შფოთვა და დეპრესია და/ან გარეგნულად გამომჟღავნებული დარღვევები, როგორებიცაა ოპოზიციურ-გამომწვევი აშლილობა (de Vries et al., 2010). როგორც ჩანს, ისევე, როგორც ბავშვებში, კლინიკებში გადამისამართებულ გენდერული დისფორიის მქონე მოზარდებში აუტიზმის სპექტრის აშლილობათა გავრცელება უფრო მაღალია, ვიდრე ზოგადად პოპულაციაში (de Vries et al., 2010).

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების კომპეტენცია

ქვემოთ მოყვანილი მინიმალური კვალიფიკაციები რეკომენდებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის იმ პროფესიონალებისათვის, რომლებსაც ბავშვთა და მოზარდთა გენდერული დისფორიის შეფასება, გადამისამართება და მკურნალობის შეთავაზება ეხება:

1. მოზრდილებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის წაყენებული კომპეტენციის მოთხოვნების დაკმაყოფილება, VII თავში აღწერილის მიხედვით;
2. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოპათოლოგიების ასაკობრივი თავისებურებების ცოდნა;
3. კომპეტენტურობა ბავშვთა და მოზარდთა ფართოდ გავრცელებულ სამედიცინო მდგომარეობათა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში.

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების როლი

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებსა და მოზარდებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების როლი შეიძლება მოიცავდეს შემდეგს:

1. გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვთა და მოზარდთა პირდაპირი შეფასება (იხილეთ შეფასების ზოგადი მეთოდური მითითებები ქვემოთ).
2. ოჯახური კონსულტაციებისა და დამხმარე ფსიქოთერაპიის განწევა ბავშვებისა და მოზარდებისათვის გენდერული იდენტობის გარკვევაში დახმარების განწევის, გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებული დისტრესის შემსუბუქების და სხვა ფსიქოსოციალური სიძნელეების დაძლევის მიზნით.
3. ბავშვებსა და მოზარდებში ნებისმიერი თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შეფასება და მკურნალობა (ან, მკურნალობის მიზნით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სპეციალისტთან გადაგზავნა). ეს პრობლემები მართული უნდა იქნეს, როგორც მკურნალობის საერთო გეგმის შემადგენელი ნაწილი.
4. გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებლად, მოზარდთა გადამისამართება დამატებითი ფიზიკური სამედიცინო ჩარევისათვის (როგორიცაა პუბერტატის დამორგუწველი ჰორმონები). მიმართვა უნდა შეიცავდეს გენდერული დისფორიის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დიაგნოსტიკის მონაცემებს, ფიზიკური ჩარევისთვის მოზარდის მზაობის შეფასების დოკუმენტაციას (როგორც ქვემოთაა მოცემული), ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის შესაბამის დასკვნას და სხვა ნებისმიერ ინფორმაციას, რომელიც შეეხება ახალგაზრდის ჯანმრთელობას და მის სპეციალიზებული მკურნალობისათვის გადაგზავნას.
5. გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვების, მოზარდებისა და მათი ოჯახების სარგოდ მათ თემებში შესაბამის განათლებასა და ადვოკატირებაზე მუშაობა (მაგ. დღის ცენტრებთან, სკოლებთან, ბანაკებთან და სხვა ორგანიზაციებთან). ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ფაქტებიდან გამომდინარე, რომ ბავშვები და მოზარდები, რომლებიც არ შეესაბამებიან სოციალურად მიღებულ გენდერულ ნორმებს, შეიძლება, სკოლაში ძალადობას განიცდიდნენ (Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005), რაც მათ სოციალური გარიყულობის, დეპრესიის და სხვა ნეგატიური გართულებების რისკის ქვეშ აყენებს (Nuttbrock et al., 2010).
6. ბავშვების, მოზარდების და მათი ოჯახებისათვის ინფორმაციის მიწოდება და მათი გადაგზავნა მსგავსი ხასიათის ჯგუფებში, როგორიცაა გენდერულად არაკონფორმული და ტრანსგენდერი ბავშვების მშობელთა დახმარების ჯგუფები (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

ბავშვებისა და მოზარდების მდგომარეობის შეფასება (დიაგნოსტიკა) და მათი ფსიქოლოგიური დახმარება ხშირად მულტიდისციპლინური, გენდერული იდენტობის სპეციალიზირებული მომსახურების ფარგლებში ხდება. თუ ასეთი მულტიდისციპლინური მომსახურება არ მოიპოვება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა კონსულტაცია უნდა ჩაატაროს და პაციენტი პედიატრიულ ენდოკრინოლოგს დააკავშიროს შეფასების, განათლებისა და სამედიცინო ფიზიკური ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად.

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოლოგიური შეფასება

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების შეფასებისას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა შემდეგი ზოგადი რეკომენდაციები უნდა გაითვალისწინონ:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს არ უნდა გამორჩეთ გენდერული დისფორიის ნიშნები და/ან არ უნდა გამოხატონ უარყოფითი დამოკიდებულება გენდერულად არაკონფორმული იდენტობის ან გენდერული დისფორიის გამოვლინებების მიმართ. პირიქით, მათ უნდა შეიცნონ ბავშვების, მოზარდებისა და მათი ოჯახების მიერ აღწერილი პრობლემები; შესთავაზონ გენდერული დისფორიის და თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების საფუძვლიანი შეფასება და, საჭიროების შემთხვევაში, გაანათლონ კლიენტები და მათი ოჯახები თერაპიის შესაძლებლობების შესახებ. ღიაობამ/მიმდებლობამ და გასაიდუმლოების აუცილებლობის მოხსნამ, შესაძლოა, მნიშვნელოვანი შვება მოუტანოს გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებს და მათ მშობლებს.
2. გენდერული დისფორიის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებისას შესწავლილი უნდა იყოს ბავშვის და მოზარდის გენდერული იდენტობის ბუნება და გამოვლინებები. უნდა ჩატარდეს ფიქოდიაგნოსტიკური და ფსიქიატრიული გამოკვლევა, რომელიც მოიცავს ემოციური სფეროს ქმედითობას, თანატოლებთან და სხვა სოციალურ ურთიერთობებს, ინტელექტუალურ მიღწევებს სკოლაში. შეფასება უნდა მოიცავდეს ოჯახის ფუნქციონირების ძლიერი და სუსტი მხარეების განსაზღვრას. ემოციური და ქცევითი პრობლემები შედარებით ხშირია და შესაძლოა, ბავშვისა და ახალგაზრდის გარემოში მოუგვარებელი პრობლემებიც აღმოჩნდეს (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thummel, 2006; Wallien et al., 2007).
3. მოზარდებისათვის შეფასების სტადია გამოყენებული უნდა იქნას იმის ასახსნელად, რომ ამ ასაკში მკურნალობის მიდგომებს აქვს სხვადასხვა შესაძლებლობა და ჩვენება თუ უკუჩვენება. სქესის შეცვლის შესახებ რეალისტურ განმარტებაზე მოზარდის რეაქცია შესაძლოა დიაგნოსტიკურად ინფორმაციული აღმოჩნდეს. ახალგაზრდის სურვილი, ჩაიტაროს გარკვეული ტიპის მკურნალობა, სწორი ინფორმაციის მიღების შემდეგ შესაძლოა შეიცვალოს, თუ ეს სურვილი მკურნალობის შესაძლებლობის არარეალისტურ მოლოდინს ეფუძნებოდა.

ფსიქოლოგიური და სოციალური ჩარევები ბავშვებისა და მოზარდებისათვის

გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებისა და მოზარდების დახმარებისას, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, ზოგადად, შემდეგ პრინციპებს უნდა მისდიონ:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები უნდა დაეხმარონ ოჯახებს მათი წევრი, გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვის ან მოზარდის პრობლემების მიმართ ღია და მზრუნველი დამოკიდებულების შექმნაში. ოჯახი მოზარდის ფსიქოლოგიურ ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მნიშვნელოვანი ფაქტორია (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). ეს აგრეთვე ეხება თანატოლებსა და მეგობრებს თემიდან, როგორც სოციალური მხარდაჭერის დამატებითი წყაროს.

2. ფსიქოთერაპია მიზნად უნდა ისახავდეს ბავშვის ან მოზარდის გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებული დისტრესის შემცირებას და სხვა ნებისმიერი ფსიქოლოგიური სიძნელეების დაძლევას. სქესის შეცვლის მსურველი მოზარდებისათვის ფსიქოთერაპიული დახმარების განევა შესაძლებელია შეცვლის პროცესის დაწყებამდე, პროცესის მიმდინარეობისას და სქესის კვლავმინიჭების შემდეგაც. ამ სიტუაციის დროს გამოყენებული სხვადასხვა ფსიქოთერაპიული მიდგომების ოფიციალური შეფასებები ჯერ არ გამოქვეყნებულა, თუმცა ბევრი საკონსულტაციო მეთოდი აღწერილი (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).

მკურნალობა, რომელიც მიზნად ისახავდა პიროვნების გენდერული იდენტობის და გამოხატვის შეცვლას ისე, რომ ის მეტ შესაბამისობაში მოსულიყო დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან, ნაცადი იყო წარსულში და წარუმატებლად დასრულდა (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), განსაკუთრებით, გრძელვადიანი შედეგის თვალსაზრისით (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). ასეთი მკურნალობა უკვე აღარ მიიჩნევა ეთიკურად.

3. მხარდაჭერას საჭიროებენ ოჯახები, რათა გაუმკლავდნენ შეშფოთებას და გაურკვევლობას მათი ბავშვის ან მოზარდის ფსიქოსექსუალური განვითარების საბოლოო გამოსავლის თაობაზე, ამასთან მშობლებმა უნდა მოახერხონ და ახალგაზრდას ხელი შეუწყონ დადებითი თვითშეფასების შექმნაში.
4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა კლიენტს თავს არ უნდა მოახვიონ გენდერის ბინარული ხედვა. მათ კლიენტებს საკმარისი სივრცე უნდა დაუთვონ გენდერული გამოხატვის სხვადასხვა ვარიანტის გასააზრებლად და გამოსაცდელად. ჰორმონული ან ქირურგიული ჩარევა ზოგიერთი მოზარდისათვის გამართლებულია, სხვებისათვის კი არა.
5. კლიენტებს და მათ ოჯახებს დახმარება უნდა გაენიოთ რთული გადაწყვეტილებების მიღებაში იმასთან დაკავშირებით, თუ რა ხარისხით შეუძლიათ, გამოხატონ თავიანთი გენდერული როლი, რომელიც მათი გენდერული იდენტობის შესაბამისია, ასევე, გენდერული როლის ცვლილებისა და სოციალური ტრანზიციის დროში დაგეგმვის თაობაზე. მაგალითად, კლიენტი შეიძლება დადიოდეს სკოლაში, როცა სოციალურ ტრანზიციას გადის ნაწილობრივ (მაგ., გენდერული იდენტობის გამომხატველი ტანისამოსის ტარებით და ვარცხნილობის შესაბამისად შეცვლით) ან სრულად (მაგ., ამასთან ერთად, გენდერული იდენტობის შესაბამისი სახელის და ნაცვალსახელების გამოყენებით). რთულად გადასაწყვეტ საკითხებს მიეკუთვნება: ეცნობოს თუ არა კლიენტის სიტუაციის შესახებ სხვა ადამიანებს და როდის უნდა მოხდეს ეს, და როგორი რეაქცია უნდა ჰქონდეთ მათ ცხოვრებაში მონაწილე სხვა ადამიანებს ამაზე.
6. ჯანდაცვის პროფესიონალები კლიენტებს და მათ ოჯახებს უნდა დაეხმარონ, როგორც გამანათლებლები და უფლებათა დამცველები, საზოგადოების სხვა წევრებთან და ოფიციალურ პირებთან ურთიერთობაში, როგორებიც არიან მასწავლებლები, სკოლის საბჭოები და სასამართლო.

7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები მაქსიმალურად უნდა ეცადონ, მომდევნო სოციალური ცვლილებების ან ფიზიკური ჩარევების განმავლობაში თერაპიული ურთიერთობა შეინარჩუნონ გენდერულად არაკონფორმულ ბავშვებთან/მოზარდებთან და მათ ოჯახებთან. ეს იმას უზრუნველყოფს, რომ გენდერული თვითგამოხატვისა და გენდერული დისფორიის მკურნალობის შესახებ გადანყვეტილებები პერიოდულად გააზრებულად გადაისინჯოს. იგივე მიდგომა ეხება იმ შემთხვევებს, როცა ბავშვს ან მოზარდს სოციალური გენდერული როლი უკვე შეცვლილი აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან შეხვედრამდე.

სოციალური ტრანზიცია ადრეულ ბავშვობაში

ზოგიერთი ბავშვი პუბერტატის დადგომამდე დიდი ხნით ადრე აცხადებს, რომ მას განსხვავებულ გენდერულ როლში ტრანზიცია სურს. ზოგისთვის ეს შესაძლოა მათი გენდერული იდენტობის გამოხატვას ნიშნავდეს, სხვებისთვის ამას შეიძლება სხვა ძალები განაპირობებდნენ. ოჯახები განსხვავდება ერთმანეთისგან იმის მიხედვით, თუ რა ხარისხით აძლევენ ისინი მცირეწლოვან შვილებს სხვა გენდერულ როლში სოციალური ტრანზიციის უფლებას. ადრეული ბავშვობის პერიოდში სოციალური ტრანზიცია ზოგიერთ ოჯახში წარმატებით მიმდინარეობს. ეს საკითხი წინააღმდეგობრივია და მასთან დაკავშირებით ჯანდაცვის პროფესიონალებს განსხვავებული აზრი აქვთ. მიმდინარე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია არასაკმარისია იმის პროგნოზირებისათვის, თუ რა გვიანი შედეგები ექნება ადრეული ბავშვობის პერიოდში დასრულებულ გენდერული როლის ტრანზიცია. შედეგების კვლევა ბავშვებში, რომლებმაც ადრეული სოციალური ტრანზიცია გაიარეს, დიდად დაეხმარებოდა მომავალი კლინიკური რეკომენდაციების დახვეწას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ, ოჯახებს მათი მცირეწლოვანი შვილების გენდერული როლის ნებისმიერი ცვლილების და შესაბამისი დროის შერჩევის თაობაზე გადანყვეტილების მიღებაში დაეხმარონ. მათ ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ და მშობლები, გარკვეული არჩევანის გაკეთებისას, პოტენციურ დადებით შედეგებსა და სირთულეებში გაარკვიონ. ამ თვალსაზრისით საყურადღებოა ბავშვობის პერიოდის გენდერული დისფორიის შედარებით ნაკლები მდგრადობა, რაც ზემოთ იყო აღწერილი (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). სანყისი გენდერული როლის დაბრუნებამ შეიძლება ძლიერი დისტრესი გამოიწვიოს და შედეგად ბავშვის მიერ მეორე სოციალური ტრანზიციის გადავადებით დასრულდეს (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). მსგავსი მიზეზების გამო მშობლებს, შესაძლებელია, როლის შეცვლა უნდოდეთ მისთვის სხვა გენდერულ როლში ცხოვრების მოსასინჯად და არამეუქცევადი სიტუაციის შესაქმნელად. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ, დაეხმარონ მშობლებს შუალედური გადანყვეტილებებისა და კომპრომისების მოძიებაში (მაგ., როლის შეცვლა მხოლოდ დასასვენებლად წასვლის პერიოდისათვის). მნიშვნელოვანია აგრეთვე, მშობლებმა გარკვევით აუხსნან ბავშვს, რომ უკან დასაბრუნებელი გზა არსებობს.

ტრანზიციის შესახებ (დრო, მოცულობა/დიაპაზონი) ოჯახის გადანყვეტილების მიუხედავად, პროფესიონალებმა კონსულტაცია და დახმარება უნდა გაუწიონ მათ შესაბამის ვარიანტებსა და მათ შედეგებში გარკვევისას. თუ მშობლები მცირეწლოვან ბავშვს გენდერული როლის შეცვლის უფლებას არ აძლევენ, მათ, შესაძლოა, კონსულტაციები დასჭირდეთ შვილის საჭიროებების გასაგებად და დასახმარებლად, აგრეთვე, იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ბავშვს უსაფრთხო გარემოში გენდერული გრძნობებისა და

ქცევის გამოსაცდელად საკმარისი შესაძლებლობები ჰქონდეს. თუ მშობლები მცირეწლოვან შვილს უფლებას აძლევენ გენდერული როლის ტრანზიციის განსახორციელებლად, მათ, შესაძლოა, რეგულარული რჩევა-დარიგება დასჭირდეთ შვილისათვის დადებითი გამოცდილების მიღებისათვის ხელსაყრელი გარემოს შესაქმნელად, მაგალითად, მათ შესაძლოა დასჭირდეთ დახმარება სწორი ნაცვალსახელების გამოსაყენებლად, ტრანზი-ციაში მყოფი ბავშვისათვის უსაფრთხო და მხარდამჭერი გარემოს ჩამოსაყალიბებლად (მაგ., სკოლაში, თანატოლთა ჯგუფებში) და ბავშვის ცხოვრებაში მონაწილე სხვა ადამიანების ინფორმირებისათვის. ორივე შემთხვევაში, ბავშვის გარდამავალ ასაკთან მიახლოებისას შესაძლოა საჭირო გახდეს დამატებითი შეფასება, რადგან ფიზიკური ჩარევის შესაძლებლობები რეალური ხდება.

სამედიცინო ჩარევა მოზარდებისათვის

მოზარდებისათვის ნებისმიერი ფიზიკური ჩარევის განხილვამდე უნდა ჩატარდეს ფსიქოლოგიური, ოჯახური და სოციალური საკითხების მრავალმხრივი მოკვლევა ისე, როგორც ეს ზემოთაა განხილული. ამ მოკვლევის ხანგრძლივობა სიტუაციის კომპლექსურობაზეა დამოკიდებული.

ფიზიკური ჩარევები მოზარდის განვითარების კონტექსტში უნდა იქნას განხილული. იდენტიფიკაციასთან დაკავშირებულმა ზოგმა რწმენამ მოზარდებში შეიძლება მყარად მოიკიდოს ფეხი, მკვეთრად იყოს გამოხატული და ცრუ შთაბეჭდილებას ქმნიდეს მის შეუქცევადობაზე. შეიძლება, მოზარდი შეიცვალოს გენდერულ როლთან შესაბამისობისკენ, რაც შესაძლოა მშობლების დასაკმაყოფილებლად ხდებოდეს, დიდხანს არ გრძელდებოდეს და არ ასახავდეს გენდერული დისფორიის მუდმივ ცვლილებას (Hembree et al., 2009; Steensma et al., published online ahead of print January 7, 2011).

სამედიცინო ჩარევები სამ კატეგორიად ან ეტაპად იყოფა (Hembree et al., 2009):

1. სრულად უკუშექცევადი ჩარევები გულისხმობს GnRH ანალოგების გამოყენებას, ესტროგენისა და ტესტოსტერონის წარმოქმნის დათრგუნვას და, ამის შედეგად, პუბერტატის ფიზიკური ცვლილებების შეფერხებას. მკურნალობის ალტერნატიული ვერსიები მოიცავს პროგესტინებს (უფრო ხშირად, მედროქსიპროგესტერონს) ან სხვა მედიკამენტებს (როგორიცაა სპირონოლაქტონი), რომელიც ამცირებს სათესლე ჯირკვლების მიერ გამომუშავებული ადროგენების გავლენას იმ მოზარდებში, რომლებიც არ იღებენ GnRH ანალოგებს. ხანგრძლივი პერორალური კონტრაცეპტივები (ან დეპონირებადი მედროქსიპროგესტერონი) შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს მენსტრუალური ციკლის დასაბრუნებლად.
2. ნაწილობრივ უკუშექცევადი ჩარევები. მოიცავს ჰორმონულ თერაპიას სხეულის მასკულინიზაციისა ან ფემინიზაციისათვის. ჰორმონებისგან გამოწვეულ ზოგიერთ ცვლილებას შეიძლება ქირურგია დასჭირდეს მათი შედეგების უკუქცევისათვის (მაგალითად, ესტროგენებით გამოწვეული გინეკომასტია), მაშინ, როცა სხვა ცვლილებები შეუქცევადია (მაგალითად, ტესტოსტერონით გამოწვეული ხმის ტემბრის დაბაღბება).
3. შეუქცევადი ცვლილებები – ეს ქირურგიული პროცედურებია.

რეკომენდებულია ეტაპობრივი პროცესი, რათა პირველი ორი საფეხურის განმავლობაში ჯერ კიდევ რჩებოდეს არჩევანის შესაძლებლობა. ერთი ეტაპიდან მეორე ეტაპზე გადასვლა არ უნდა მოხდეს მანამ, სანამ მოზარდებსა და მათ მშობლებს ადრეულ ჩარევათა შედეგების ეფექტის გასათავისებლად ადეკვატური დრო არ მიეცემათ.

სრულად უკუშექცევადი ჩარევები

მოზარდებს შეიძლება დაენიშნოთ პუბერტატის დასაბრუნებელი ჰორმონები სქესობრივი მომწიფების ნიშნების დადგომისთანავე. იმისათვის, რომ მოზარდებმა და მათმა მშობლებმა პუბერტატის გადავადების შესახებ ინფორმირებული გადაწყვეტილება მიიღონ, რეკომენდებულია, რომ მოზარდებმა პუბერტატის დაწყება გამოსცადონ, მინიმუმ, ტანერის სკალის მეორე დონემდე (სტადიამდე). ზოგიერთი ბავშვისთვის ეს სტადია შეიძლება ძალიან ადრეულ ასაკში დადგეს (მაგ., 9 წლისთვის). კვლევები, რომლებშიც ეს მიდგომაა შეფასებული, ეხებოდა მხოლოდ, სულ მცირე, 12 წლის ასაკის ბავშვებს (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).

ორი მიზანი ამართლებს პუბერტატის დაბრუნებელი ჰორმონებით ჩარევას: (i) მათი გამოყენება მოზარდებს მეტ დროს აძლევს საკუთარი გენდერული არაკონფორმულობის და განვითარების სხვა საკითხების გასააზრებლად; და (ii) თუ მოზარდები სქესის შეცვლის გადაწყვეტილებას არ შეიცვლიან, ეს ჩარევა გააადვილებს ტრანზიციას იმ სქესობრივი ნიშნების განვითარების თავიდან აცილებით, რომელთა უკუშექცევა ძნელი ან შეუძლებელია.

სქესობრივი მომწიფების დაბრუნება შეიძლება რამდენიმე წელს გაგრძელდეს, შემდეგ კი უნდა იქნას მიღებული გადაწყვეტილება ჰორმონული თერაპიის შეწყვეტის ან ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონულ რეჟიმზე გადასვლის თაობაზე. არ არის აუცილებელი, რომ პუბერტატის დაბრუნებამ სოციალურ ტრანზიციამდე ან სქესის შეცვლამდე მიგვიყვანოს.

პუბერტატის შემაფერხებელი ჰორმონების დანიშვნის კრიტერიუმები

იმისთვის, რომ მოზარდებს პუბერტატის დაბრუნებელი ჰორმონები დაენიშნოთ, შემდეგი კრიტერიუმები უნდა დაკმაყოფილდეს:

1. მოზარდს გამოხატული ჰქონდა ხანგრძლივი და ინტენსიური ხასიათის გენდერული არაკონფორმულობა ან გენდერული დისფორია (დაბრუნებული თუ გამოხატული);
2. გენდერული დისფორია გაჩნდა ან გაუარესდა პუბერტატის დადგომასთან ერთად;
3. ნებისმიერი თანმხლები ფიქოლოგიური, სამედიცინო ან სოციალური პრობლემა, რომელსაც მკურნალობაზე ზემოქმედება შეუძლია (მაგ., რომელსაც შეუძლია მკურნალობის რეჟიმის დაცვას ხელი შეუშალოს), მოგვარებულია, ისე, რომ მოზარდის სიტუაცია და ყოველდღიური ფუნქციონირება საკმარისად სტაბილურია მკურნალობის დასაწყებად;

4. მოზარდმა ინფორმირებულად მისცა თანხმობა და, განსაკუთრებით მაშინ, როცა მოზარდს ჯერ არ მიუღწევია სამედიცინო ჩარევის შესახებ თანხმობის ასაკისათვის, მისი მშობლები ან მეურვეები დათანხმდნენ მკურნალობას და ეხმარებიან მოზარდს მკურნალობის მთელი პროცესის განმავლობაში.

მკურნალობის სქემები, მონიტორინგი და პუბერტატის დათრგუნვის რისკები

პუბერტატის დასაბრუნებლად მოზარდებს, რომლებსაც აქვთ მამრობითი სასქესო ორგანოები, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ GnRH ანალოგებით, რომლებიც თრგუნავს მალუთენინიზირებული ჰორმონის სეკრეციას და, აქედან გამომდინარე, ტესტოსტერონის სეკრეციასაც. ალტერნატიულად, მათ შეიძლება დაენიშნოთ პროგესტინები (როგორიცაა მედროქსიპროგესტერონი) ან სხვა მედიკამენტები, რომლებიც ტესტოსტერონის სეკრეციის ბლოკირებას ახდენს და/ან ტესტოსტერონის მოქმედებას ანეიტრალებს. მოზარდებს, რომლებსაც აქვთ ქალის სასქესო ორგანოები, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ GnRH ანალოგებით, რომლებიც ესტროგენების და პროგესტერონის წარმოქმნას აჩერებს. ალტერნატიულად, მათ შეიძლება მკურნალობა ჩაუტარდეთ პროგესტინებით (როგორიცაა მედროქსიპროგესტერონი). პერორალური კონტრაცეპტივების მუდმივი დანიშვნა (ან დეპო-მედროქსიპროგესტერონი) შეიძლება იქნეს გამოყენებული მენსტრუალური ციკლის დასაბრუნებლად. მოზარდების ორივე ჯგუფში უპირატესად ნაჩვენები მკურნალობა GnRH ანალოგების გამოყენებაა (Hembree et al., 2009), მაგრამ მათი სიძვირე ზოგი პაციენტისათვის ამას შეუძლებელს ხდის.

პუბერტატის დათრგუნვის დროს მოზარდის ფიზიკური განვითარების საგულდაგულო მონიტორინგი უნდა ჩატარდეს – უმჯობესია, პედიატრი ენდოკრინოლოგის მიერ – რათა შესაძლებელი იყოს ნებისმიერი აუცილებელი ჩარევა (მაგ., ადეკვატური, გენდერთან შესაბამისი სიმაღლის მისაღწევად, იატროგენული ძვლის სიმკვრივის დაქვეითების გასაუმჯობესებლად) (Hembree et al., 2009).

პუბერტატის დამთრგუნველი ჰორმონების ადრეულ გამოყენებას უფრო ეფექტიანად შეუძლია გენდერული დისფორიის ნეგატიური სოციალური და ემოციური შედეგების თავიდან აცილება, ვიდრე მათ მოგვიანებით გამოყენებას. ადრეული მოზარდობის პერიოდში ჩარევა, თუ შესაძლებელია, უნდა მოხდეს ბავშვთა ენდოკრინოლოგის რჩევით. მამაკაცის სასქესო ორგანოების მქონე მოზარდებს, რომლებიც GnRH ანალოგებით მკურნალობას ადრეული პუბერტატის პერიოდში იწყებენ, უნდა ეცნობოთ, რომ შეიძლება ამის შედეგად ასოს ქსოვილი არასაკმარისი აღმოჩნდეს ვაგინოპლასტიკის დროს ასოს ინვერსიის ტექნიკისათვის (არსებობს ალტერნატიული ტექნიკებიც, როგორიცაა კანის ან მსხვილი ნაწლავის ქსოვილის გამოყენება).

ნეიტრალურ ქმედებად არ განიხილება არც პუბერტატის დათრგუნვა და არც პუბერტატის დაწყებაში (ინიციატიაში) ჩაურევლობა. ერთი მხრივ, პუბერტატით ჩამოყალიბებული მეორადი სასქესო ნიშნების შეუქცევადი ხასიათის გამო ადამიანის ყოველდღიური ფუნქციონირება შესაძლოა დაირღვეს და წლების განმავლობაში გაგრძელდეს გენდერული დისფორიის სიმპტომები. მეორე მხრივ, გასათვალისწინებელია GnRH-ის ანალოგების გამოყენების უარყოფითი ფიზიკური გვერდითი მოვლენები (მაგ. გავლენა ძვლის განვითარებაზე და სიმაღლეზე). თუმცა, ამ მიდგომის საწყისი შედეგები (როგორც მოზარდებზე 10 წლის დაკვირვების შედეგად იყო შეფასებული) იმედისმომცემია (Cohen-

Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), გრძელვადიანი შედეგები შეიძლება მხოლოდ მაშინ შეფასდეს, როცა ყველაზე ადრე ნამკურნალევი პაციენტები სათანადო ასაკს მიაღწევენ.

ნაწილობრივ უკუშექცევადი ჩარევები

მოზარდებს ჰორმონული თერაპიის გზით ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის დაწყება, უმჯობესია, მშობლების თანხმობით შეეძლოს. ბევრ ქვეყანაში 16 წლის ასაკის პირები სამედიცინო ჩარევის გადაწყვეტილების მისაღებად კანონით მოზრდილებად ითვლებიან და მშობლების თანხმობას არ საჭიროებენ. იდეალურ შემთხვევაში გადაწყვეტილება მკურნალობის შესახებ მიღებული უნდა იქნას მოზარდის, მისი ოჯახის და სამედიცინო გუნდის მონაწილეობით.

ჰორმონული თერაპიის სქემა გენდერული დისფორიის მქონე მოზარდებისათვის საფუძვლიანად განსხვავდება მოზრდილებში გამოყენებულები სქემებისაგან (Hembree et al., 2009). ჰორმონული თერაპიის რეჟიმი ადაპტირებულია მოზარდობის პერიოდის სომატური, ემოციური და ფსიქიკური განვითარების თავისებურებების გათვალისწინებით (Hembree et al., 2009).

შექცევადი ჩარევები

გენიტალური ქირურგია არ უნდა ჩატარდეს მანამ, სანამ (i) პაციენტები არ მიაღწევენ მოცემული ქვეყნის კანონით გათვალისწინებულ ზრდასრულობის ასაკს, როცა მათ შეუძლიათ თანხმობა განაცხადონ სამედიცინო პროცედურის ჩატარებაზე და (ii) სულ მცირე, 12 თვის განმავლობაში პაციენტები უწყვეტად უნდა ცხოვრობდნენ მათი გენდერული იდენტობის შესაბამის გენდერულ როლში. ასაკობრივი ზღვარი განხილული უნდა იქნეს როგორც შეფასების მინიმალური კრიტერიუმი და არა როგორც აქტიური სამედიცინო ჩარევის ერთადერთი მაჩვენებელი.

გულმკერდის ქირურგია FtM პაციენტებისათვის შეიძლება ადრე ჩატარდეს, სასურველია, მას შემდეგ, რაც ისინი დიდი დროის განმავლობაში იცხოვრებენ სასურველი გენდერული როლით, ხოლო ტესტოსტერონით მკურნალობა ერთი წლით ადრე ექნებათ დაწყებული. ამ შემთავაზებული თანამიმდევრობის მიზანი მოზარდებისათვის უფრო მამაკაცურ გენდერულ როლში ცხოვრების გამოცდილებისა და სოციალური ადაპტირების საკმარისი შესაძლებლობის მიცემაა. თუმცა შესაძლებელია, რომ, მოზარდის კლინიკური სიტუაციის და გენდერული იდენტობის გამოხატვის მიზნებიდან გამომდინარე, სხვა მიდგომები უფრო მორგებული აღმოჩნდეს.

სამედიცინო მკურნალობის გადავადებით გამოწვეული რისკები მოზარდებში

მოზარდებისათვის დროულ სამედიცინო ჩარევაზე უარის თქმამ, შეიძლება, გენდერული დისფორია გაახანგრძლივოს და ისეთი გარეგნობის ჩამოყალიბებას შეუწყოს ხელი, რომელიც ძალადობასა და სტიგმატიზაციას გამოიწვევს. იმდენად, რამდენადაც

მოზარდობის პერიოდში გენდერთან დაკავშირებული ძალადობა მჭიდროდაა ასოცირებული ფსიქიატრიული დისტრესის ხარისხთან (Nuttbrock et al., 2010), პუბერტატის დათრგუნვაზე და მომდევნო ფემინიზაციისა ან მასკულინიზაციისათვის განკუთვნილ ჰორმონულ თერაპიაზე უარის თქმა მოზარდის მდგომარეობისადმი ნეიტრალურ მიდგომას არ წარმოადგენს.

VII

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ტრანსსექსუალმა, ტრანსგენდერმა და გენდერულად არაკონფორმულმა ადამიანებმა შეიძლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს სხვადასხვა მიზეზებით მიმართონ. იმისგან დამოუკიდებლად, თუ რა არის მიმართვის მიზეზი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს გენდერული არაკონფორმულობის შესახებ შესაბამისი ცოდნა უნდა ჰქონდეს, უნდა იმოქმედოს შესაბამისი კულტურული კომპეტენციების ფარგლებში, გამოსატოს გულისხმიერება და მხარდაჭერა სამედიცინო დახმარების განევის დროს.

SOC-ის ეს ნაწილი, ძირითადად, ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების როლს იმ მოზრდილებთან მიმართებაში, რომლებიც მათ გენდერული დისფორიის და მასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო მიმართავენ. პროფესიონალებმა, რომლებიც გენდერული დისფორიის მქონე ბავშვებთან, მოზარდებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობენ, საკონსულტაციოდ უნდა იხილონ თავი VI.

გენდერული დისფორიის მქონე მოზრდილებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების კომპეტენცია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის იმ პროფესიონალების მომზადება, რომლებიც უფლება-მოსილი იქნებიან, იმუშაონ გენდერული დისფორიის მქონე მოზრდილებთან, ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შეფასების, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ზოგად კლინიკურ კომპეტენციებს.

კლინიკური განსწავლა შეიძლება მოხდეს ნებისმიერი იმ დისციპლინის ფარგლებში, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს კლინიკური პრაქტიკისათვის ამზადებს. ასეთებია, მაგალითად, ფსიქოლოგია, ფსიქიატრია, სოციალური მუშაობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონსულტაციები, ქორწინებისა და ოჯახური თერაპია, საექტონო ზრუნვა და საოჯახო მედიცინა ქცევით ჯანმრთელობასა და კონსულტირებაში სპეციალიზირებული მომზადებით. ქვემოთ მოყვანილია რეკომენდებული მინიმალური საკვალიფიკაციო მოთხოვნები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის, რომლებიც გენდერული დისფორიის მქონე მოზრდილებთან მუშაობენ:

1. მაგისტრის ხარისხი ან ეკვივალენტი კლინიკური ქცევითი მეცნიერების სფეროში. ეს ხარისხი ან უფრო მაღალი ვერსია მინიჭებული უნდა იყოს ინსტიტუტის მიერ, რომელიც აკრედიტირებულია სათანადო ეროვნული ან რეგიონული სააკრედიტაციო საბჭოს მიერ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს უნდა ჰქონდეთ დოკუმენტირებული საკვალიფიკაციო საბუთი, გაცემული შესაბამისი სალიცენზიო საბჭოსა ან მისი ეკვივალენტისაგან, მოცემული ქვეყნისათვის.
2. ფსიქიკური დარღვევების დიაგნოსტიკური სტატისტიკური ცნობარის და/ან დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის დიაგნოსტიკური მიზნებით გამოყენების კომპეტენცია.
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანმხლები პრობლემების გამოვლენისა და დიაგნოსტიკის და ასევე, მათი გენდერული დისფორიისაგან დიფერენცირების უნარი.
4. დოკუმენტირებული, ზედამხედველობის ქვეშ გავლილი სწავლება ფსიქოთერაპიასა და კონსულტირებაში.
5. გენდერულად არაკონფორმული იდენტობის და გამოხატვის ვერსიების, აგრეთვე, გენდერული დისფორიის შეფასებისა და მკურნალობის ცოდნა.
6. უწყვეტი განათლების მიღება გენდერული დისფორიის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში. ეს, შეიძლება, მოიცავდეს პროფესიულ შეხვედრებზე, სამუშაო ჯგუფებში ან სემინარებზე დასწრებას; შესაბამისი გამოცდილების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის ზედამხედველობის ქვეშ მუშაობას; ან გენდერულ არაკონფორმულობასა და გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებულ კვლევებში მონაწილეობას.

ზემოთ მოყვანილ მინიმალურ მოთხოვნებთან ერთად, რეკომენდებულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა შეიძინონ და შეინარჩუნონ მრავალმხრივი კომპეტენტურობა, რაც მათ ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ კლიენტებთან მუშაობაში დაეხმარება. ეს შეიძლება გულისხმობდეს, მაგალითად, თანამედროვე თემის შესახებ ინფორმირებულობას, ადვოკატირების და საჯარო პოლიტიკის იმ საკითხების შესახებ ცოდნის შეძენას, რომელიც კლიენტებისა და მათი ოჯახებისათვის მნიშვნელოვანია. დამატებით, სასურველია სექსუალობის, სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხების და სექსუალური დარღვევების შეფასებისა და მკურნალობის ცოდნა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა, რომლებიც ამ სფეროში დამწყებნი არიან (მათი სწავლების დონისა და სხვა გამოცდილების დამოუკიდებლად), ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი პროფესიონალის ზედამხედველობის ქვეშ უნდა იმუშაონ, რომელსაც გენდერული დისფორიის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობის სფეროში აღიარებული კომპეტენცია აქვს.

გენდერული დისფორიის მქონე მოზრდილებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების მოვალეობები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შეუძლიათ, ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ინდივიდებს, მათი საჭიროებებიდან გამომდინარე, სხვადასხვა სახით დაეხმარონ. მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ, იმოქმედონ როგორც ფსიქოთერაპევტმა, კონსულტანტმა, ოჯახის თერაპისტმა, ან როგორც დიაგნოსტმა/შემფასებელმა, ადვოკატმა და განმანათლებელმა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა უნდა განსაზღვრონ, რა მიზეზების გამო მიმართავს კლიენტი პროფესიულ დახმარებას. მაგალითად, კლიენტი შეიძლება გამოცხადდეს ჯანდაცვის მომსახურების ნებისმიერი შემდეგი კომბინაციის მისაღებად: გენდერული იდენტობის და გამოხატვის გარკვევაში ფსიქოთერაპიული დახმარებისათვის ან ქამინაუთის (იდენტობის საკუთარ თავთან და შემდგომ სხვებთან აღიარება) პროცესის გასაიოლებლად; შეფასებისა და ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის მიზნით სამედიცინო ჩარევისათვის მიმართვის ასაღებად; ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური დახმარებისათვის (მშობლების, შვილების, ფართო ოჯახური წრის); ან გენდერულ საკითხებთან კავშირის არმქონე ფსიქოთერაპიისათვის თუ სხვა სპეციალიზირებული მომსახურებისათვის.

ქვემოთ მოყვანილია ზოგადი მითითებები ფართოდ გავრცელებული ამოცანებისთვის, რომელთა შესრულება, შეიძლება, მოუწიოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს გენდერული დისფორიის მქონე მოზრდილთან მუშაობისას.

შეფასებასა და რეფერალთან დაკავშირებული ამოცანები

1. შეაფასე გენდერული დისფორია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები გენდერული დისფორიის მქონე კლიენტს აფასებენ მათი ფსიქოლოგიური ადაპტაციის კონტექსტში (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). ეს შეფასება მოიცავს, სულ ცოტა, გენდერული იდენტობის და გენდერული დისფორიის შეფასებას, გენდერული დისფორიის გამოვლინებების ისტორიას და განვითარებას, გენდერულ არაკონფორმულობასთან დაკავშირებული სტიგმის გავლენას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და მხარდაჭერის არსებობას ოჯახისგან, მეგობრებისა და თანასწორთაგან (მაგალითად, პირადი ან ინეტრნეტურთიერთობა სხვა ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ ან გენდერულად არაკონფორმულ ინდივიდებთან ან ჯგუფებთან). შეფასების შედეგი შეიძლება იყოს დიაგნოზის არდასმა, გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებული ოფიციალური დიაგნოზი და/ა სხვა დიაგნოზები, რომლებიც კლიენტის ჯანმრთელობას და ფსიქოლოგიური ადაპტაციას ასახავს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის როლი მდგომარეობს იმაშიც, რომ საკმაოდ დარწმუნებით განსაზღვროს, რომ გენდერული დისფორია არ არის მეორადი სხვა დიაგნოზებთან მიმართებაში და უკეთ არ აიხსნება მათი არსებობით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, რომლებსაც ზემოთ აღწერილი კომპეტენციები აქვთ (შემდგომში მოიხსენიება, როგორც „ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციური სპეციალისტი“) ყველაზე კარგად არიან მომზადებული გენდერული დისფორიის ასეთი შეფასების ჩასატარებლად. თუმცა ეს ამოცანა, შესაძლებელია,

შეასრულოს ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტმა, ვისაც შესაბამისი სწავლების კურსი აქვს გავლილი ქცევითი ჯანმრთელობის სფეროში და აქვს კომპეტენცია გენდერული დისფორიის შესაფასებლად, განსაკუთრებით, როცა ის მოქმედებს, როგორც ნევრი სხვადასხვა დარგის (მულტიდისციპლინარული) სპეციალისტთა გუნდისა, რომელიც ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიას უზრუნველყოფს. ეს სპეციალისტი, შესაძლოა, თვითონ წარმოადგენდეს დანიშნული ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებელი ან იყოს მიმწოდებლის ჯანდაცვის გუნდის ნევრი.

2. მიანოდე გენდერულ იდენტობასთან და გამოხატვასთან და შესაძლო სამედიცინო ჩარევებთან დაკავშირებული ინფორმაცია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მნიშვნელოვანი ამოცანაა კლიენტისთვის გენდერული იდენტობის, თვითგამოხატვისა და გენდერული დისფორიის შემსუბუქების სხვადასხვა შესაძლებლობების გაცნობა, რის შემდეგაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს შეუძლია, მართოს (ან სხვაგან გადაამისამართოს) პროცესი, რომლის პერიოდშიც კლიენტს ეძლევა ამ სხვადასხვა შესაძლებლობის გამოცდის საშუალება იმ მიზნით, რომ მისთვის კომფორტული გენდერული როლი და თვითგამოხატვის ფორმა იპოვოს და, თუ საჭირო იქნება, მოემზადოს სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებისთვის შესაძლო სამედიცინო ჩარევები თაობაზე. ეს პროცესი შეიძლება მოიცავდეს გადაამისამართებას ინდივიდუალური, ოჯახური და ჯგუფური თერაპიისათვის და/ან თემში არსებულ რესურსებზე და თანასწორთა მხარდაჭერის სხვადასხვა გზებზე. სპეციალისტი და კლიენტი განიხილავენ გენდერული როლის ნებისმიერი ცვლილების და სამედიცინო ჩარევების გამოყენების მოკლე და გრძელვადიან შედეგებს. ეს შედეგები შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური, სოციალური, ფიზიკური, სექსუალური, დასაქმებითი და სამართლებრივი (Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

ეს ამოცანაც, სჯობს, კვალიფიცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ იქნეს შესრულებული, მაგრამ, შესაძლოა, სხვა სპეციალისტის მიერაც შესრულდეს, თუ მას შესაბამისი სწავლება აქვს გავლილი ქცევითი ჯანმრთელობის სფეროში და საკმარისი ცოდნა გააჩნია არაკონფორმული გენდერული იდენტობების, გამოხატვის ფორმების და შესაძლო სამედიცინო ჩარევების თაობაზე გენდერული დისფორიის შემთხვევაში, განსაკუთრებით, თუ ის მოქმედებს, როგორც სხვადასხვა დარგის სპეციალისტთა გუნდის ნევრი, რომელიც ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებელია.

3. შეაფასე, დასვი დიაგნოზი და განიხილე მკურნალობის შესაძლებლობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანაარსებული პრობლემებისათვის

გენდერული დისფორიის მქონე კლიენტებს შეიძლება რიგ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან უწევდეთ გამკლავება (Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, & Valdes, 2009; Murad et al., 2010), მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ისინი დაკავშირებული გენდერული დისფორიის ხანგრძლივ ისტორიასთან და/ან უმცირესობათა ქრონიკულ სტრესთან. შესაძლო პრობლემები შეიძლება მოიცავდეს შფოთვის, დეპრესიას, თვითდაზიანებას, ძალადობისა და უგულვებელყოფის ანამნეზს, კომპულსიურობას, ნივთიერების ავადმოსმარებას, სექსუალურ დარღვევებს, სექსუალურ პრობლემებს, პიროვნულ აშლილობებს, კვებით აშლილობებს, ფსიქოტურ აშლილობებს და აუტიზმის სპექტრის დარღვევებს

(Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა უნდა გამოავლინონ ეს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები და ისინი ძირითად სამკურნალო გეგმაში ჩართონ. ეს პრობლემები, შეიძლება, მნიშვნელოვანი ხარისხის დისტრესის მიზეზი იყოს და, თუ არ ემკურნალება, შეიძლება, გაართულონ გენდერული იდენტობის გამორკვევა და გენდერული დისფორიის პრობლემის გადაჭრა (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). ამ დარღვევების მოგვარებამ, შესაძლებელია, დიდად შეუწყოს ხელი გენდერული დისფორიის ალაგებას, გენდერული როლის შესაძლო ცვლილებებს, სამედიცინო ჩარევების შესახებ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებას და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ზოგიერთი კლიენტისათვის სიმპტომების აღმოსაფხვრელად და თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სამკურნალოდ შესაძლოა შედეგიანი აღმოჩნდეს ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისგან მოუღიან, შეეძლოთ მათი ამოცნობა და ფარმაკოთერაპიის დანიშვნა ან პაციენტი შესაბამისი კვალიფიკაციის კოლეგასთან გადაამისამართონ. თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობა აუცილებლად არ კრძალავს გენდერული როლის ცვლილებებს ან ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ჰორმონებსა და ქირურგიაზე ხელმისაწვდომობას. არამედ, ეს პრობლემები ოპტიმალურად უნდა დარეგულირდეს გენდერული დისფორიის მკურნალობის დაწყებამდე ან მისი მიმდინარეობის პარალელურად. დამატებით, კლიენტები შეფასებული უნდა იყვნენ, თუ რამდენად აქვთ უნარი, ცოდნით გამყარებული და ინფორმირებული თანხმობა გასცენ სამედიცინო მკურნალობაზე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციური პროფესიონალები სპეციალურად არიან მომზადებული თანმხლები ფსიქიკური მდგომარეობების შეფასების, დიაგნოზირებისა და მკურნალობისთვის (ან სამკურნალოდ გადასამისამართებლად). სხვა სპეციალისტებს, რომლებსაც შესაბამისი მომზადება აქვთ მიღებული ქცევითი ჯანმრთელობის დარგში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ისინი იმ სხვადასხვა დარგის სპეციალისტთა გუნდის ნაწილს წარმოადგენენ, რომელსაც ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ჰორმონულ თერაპიის მიწოდება შეუძლია, აგრეთვე, შეუძლიათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენა და, თუ საჭიროა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციურ სპეციალისტთან კომპლექსური შეფასებისათვის გადაამისამართება.

4. საჭიროების შემთხვევაში, შეაფასე ჩვენება, მოამზადე და გადააგზავნე ჰორმონული თერაპიისათვის

დახმარების სტანდარტები გადაწყვეტილების მიღების კრიტერიუმებს იძლევა ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ჰორმონულ თერაპიასთან მიმართებაში (როგორც აღწერილია VIII თავში და დანართ C-ში). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ, დაეხმარონ კლიენტებს, რომლებიც ჰორმონული თერაპიის ჩატარებაზე ფიქრობენ, როგორც მათ ფსიქოლოგიურ მზადყოფნაში (მაგალითად, მიღებული აქვს სრულად გაცნობიერებული გადაწყვეტილება, ნათელი და რეალისტური მოლოდინებით; მზადაა, მიიღოს მომსახურება მკურნალობის საერთო გეგმის მიხედვით; ჩართული ჰყავს ოჯახი და საზოგადოება, საჭიროების მიხედვით), ასევე პრაქტიკულად მომზადებაში (მაგალითად, შეფასებულია ექიმის მიერ ჰორმონული თერაპიისათვის სამედიცინო უკუჩვენებების არსებობის გამორიცხვის ან მათი მართვის მიზნით). თუ კლიენტი შვილიერების ასაკისაა, რეპროდუქციის ვარიანტები (თავი IX) განხილული უნდა იყოს ჰორმონული თერაპიის დანიშვნამდე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისათვის მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ ჰორმონების შესახებ ყველა გადანყვეტილება, უპირველეს ყოვლისა, კლიენტის გადანყვეტილებებია – ისევე, როგორც საერთოდ ყველა გადანყვეტილება სამედიცინო დახმარების საკითხზე. თუმცა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები პასუხისმგებელი არიან, გაამხნეონ, გეზი უჩვენონ და დაეხმარონ კლიენტებს სრულად ინფორმირებული გადანყვეტილებების მიღებასა და სათანადოდ მომზადებაში. გადანყვეტილებების მიღებაში კლიენტის დასახმარებლად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს სჭირდებათ, ჰქონდეთ კლიენტთან ქმედითი სამუშაო ურთიერთობა და მათ შესახებ საკმარისი ინფორმაცია. კლიენტებს შეფასება სწრაფად და ყურადღებით უნდა ჩაუტარდეთ და ის მიზნად უნდა ისახავდეს გენდერული დისფორიის შემსუბუქებას და მათთვის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

რეფერალი ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიაზე

ადამიანებმა შეიძლება მიმართონ ნებისმიერი დარგის სპეციალიზირებული სერვისის მიმწოდებელს ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიისათვის. თუმცა, ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის დაცვა ინტერდისციპლინარული დარგია და კლიენტის მომსახურების გუნდის წევრებს შორის რეკომენდებულია სამედიცინო დახმარებისა და რეფერალების კოორდინაცია.

ჰორმონული თერაპია შეიძლება დაიწყოს კვალიფიციური ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალის მიერ გაცემული მიმართვით. ალტერნატიულად, ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტს, რომელსაც სათანადო გადამზადება აქვს ქცევით ჯანმრთელობაში და კომპეტენტურია გენდერული დისფორიის შეფასებაში, შეუძლია, შეაფასოს ჩვენება, მოამზადოს და გადააგზავნოს პაციენტი ჰორმონული თერაპიისათვის, განსაკუთრებით, მნიშვნელოვანი თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის რისკების არარსებობის პირობებში და მაშინ, როცა ის სხვადასხვა დარგის სპეციალისტთა გუნდის ფარგლებში მუშაობს. გადამისამართების ინიციატორი სპეციალისტი წარმოადგენს დოკუმენტაციას – ანკეტაში და/ან გადამისამართების წერილში – პაციენტის პირად და მკურნალობის ისტორიას, მიმდინარეობას და ჩვენებას (მკურნალობისათვის). ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტები, რომლებიც რეკომენდაციას უწევენ ჰორმონულ თერაპიას, იზიარებენ ეთიკურ და იურიდიულ პასუხისმგებლობას ამ გადანყვეტილებაზე იმ ექიმთან ერთად, რომელიც შესაბამისი მომსახურების მიმწოდებელია.

ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიის სარეკომენდაციო წერილის სტრუქტურა შემდეგია:

1. კლიენტის ძირითადი საიდენტიფიკაციო მახასიათებლები;
2. კლიენტის ფსიქოლოგიური შეფასების შედეგები, დიაგნოზის ჩათვლით;
3. გადამისამართებელი სპეციალისტის ურთიერთობის ხანგრძლივობა კლიენტთან, უნკანასკნელ დრომდე ჩატარებული შეაფასების, თერაპიის ან (ფსიქოლოგიური) კონსულტაციების ჩათვლით;
4. განმარტება, რომ კრიტერიუმები ჰორმონული თერაპიისათვის დაკმაყოფილებულია, და კლიენტის ჰორმონული თერაპიის მოთხოვნის გასამყარებელი მოკლე კლინიკური დასაბუთება;

5. პაციენტისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების ფაქტის განაცხადი;
6. განაცხადი, რომ პაციენტის გამომგზავნი სპეციალისტი მისანვდომია სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის გასაწევად და მზადაა, ამისთვის სატელეფონო ზარებს უპასუხოს.

ჯანმრთელობის სამსახურის იმ მიმწოდებლებისთვის, რომლებიც მულტიდისციპლინარულ სპეციალისტთა გუნდში მუშაობენ, წერილი შეიძლება აუცილებელი არ იყოს, მის ნაცლად შეფასება და რეკომენდაციები შეიძლება დოკუმენტურად აისახოს პაციენტის ანკეტაში.

5. საჭიროების შემთხვევაში, შეაფასე ჩვენება და გადაგზავნე ქირურგიისათვის

SOC აგრეთვე იძლევა კრიტერიუმებს, რომლებიც სარძევე ჯირკვლების/გულმკერდის ქირურგიის და გენიტალური ქირურგიის შესახებ გადანყვეტილების მიღებას ეხმარება (მოცემულია XI თავში და C დანართში). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ დახმარების გაწევა კლიენტებისათვის, რომლებიც ქირურგიას გეგმავენ, იმისთვის, რომ ისინი მომზადებული იყვნენ როგორც ფსიქოლოგიურად (მაგ. მიიღეს სრულად ინფორმირებული გადანყვეტილება მკაფიო და რეალისტური მოლოდინებით; მზად არიან, მიიღონ მომსახურება საერთო სამკურნალო გეგმის მიხედვით; საჭიროების მიხედვით, ჩართული ჰყავთ ოჯახი და თემი), ასევე პრაქტიკულად (მაგალითად, მიიღეს ინფორმირებული გადანყვეტილება, რომელი ქირურგი უნდათ პროცედურის ჩასატარებლად; მოგვარებული აქვთ ოპერაციის შემდგომი ზრუნვის პირობები). თუ კლიენტები შვილიერების ასაკში არიან, რეპროდუქციის ვერსიები (თავი IX) განხილული უნდა იქნას გენიტალური ქირურგიის ჩატარებამდე.

SOC არ განსაზღვრავს კრიტერიუმებს სხვა ქირურგიული პროცედურებისათვის, მაგალითად, სახის ფემინიზაციის ან მასკულინიზაციის ქირურგიისათვის; თუმცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლიათ თავიანთი კლიენტების დასახმარებლად ასეთი პროცედურებისათვის დროის შერჩევასა და შესაძლო შედეგებზე სრულად ინფორმირებული გადანყვეტილებების მისაღებად, ზოგადად ქამინაუთის ან ტრანზიციის პროცესის კონტექსტში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისათვის მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ ქირურგიის შესახებ გადანყვეტილება, უპირველეს ყოვლისა, მათი კლიენტის გადანყვეტილებაა – ისევე, როგორც ყველა სხვა გადანყვეტილება, რომელიც მათი ჯანმრთელობის დაცვას ეხება. თუმცა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს აქვთ პასუხისმგებლობა, გაამხნეონ, გეზი მისცენ და დაეხმარონ კლიენტებს სრულად ინფორმირებული გადანყვეტილების მიღებასა და ადეკვატურად მომზადებაში. კლიენტებისთვის გადანყვეტილების მიღებისას საუკეთესო დახმარების გასაწევად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს სჭირდებათ თავიანთ კლიენტებთან ქმედითი სამუშაო ურთიერთობები და მათ შესახებ საკმარისი ინფორმაცია. კლიენტებმა უნდა მიიღონ სწრაფი და ყურადღებიანი შეფასება, რომელიც მიზნად ისახავს გენდერული დიფორიის შემსუბუქებას და მათთვის შესაბამისი სამედიცინო დახმარების მიწოდებას.

ქირურგიისათვის გადაგზავნა

გენდერული დისფორიის ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება დაიწყოს კვალიფიცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების მიერ გაკეთებული გადამამისამართებით (ერთით ან ორით, ქირურგიის სახეობის მიხედვით). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი წარადგენს – ანკეტაში და/ან მიმართვის წერილში – პაციენტის პირადი და მკურნალობის ისტორიის, მიმდინარეობის და ჩვენებების დოკუმენტაციას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალები, რომლებიც ქირურგიული ჩარევის რეკომენდაციას იძლევიან, ქირურგთან ერთად იზიარებენ ეთიკურ და იურიდიულ პასუხისმგებლობას ამ გადაწყვეტილებაზე.

- ერთი რეფერალი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტისგან საჭიროა სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის ქირურგიისთვის (მაგ. მასტექტომია, გულმკერდის რეკონსტრუქცია ან ძუძუს გადიდების მამოპლასტიკა).
- ორი რეფერალი – ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისგან, რომლებმაც ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად შეაფასეს პაციენტი – საჭიროა გენიტალური ქირურგიისათვის (მაგ. ჰისტერექტომია/სალპინგო-ოოფორექტომია, ორქიექტომია, გენიტალური რეკონსტრუქციული ქირურგია). თუ პირველი რეფერალი პაციენტის ფსიქოთერაპევტისგანაა, მეორე უნდა იყოს იმ პირისგან, რომელსაც მხოლოდ შემფასებლის როლი ჰქონდა პაციენტთან მიმართებაში. შეიძლება გაიგზავნოს ორი დამოუკიდებელი წერილი ან ერთი წერილი, რომელიც ხელმოწერილია ორივეს მიერ (მაგ. როცა მათ პრაქტიკა ერთსა და იმავე კლინიკაში აქვთ). თუმცა, გადამამისამართების ორივე წერილი უნდა მოიცავდეს ერთსა და იმავე თემებს ქვემოთ მოცემული სფეროებიდან.

ქირურგიაზე გადამამისამართების წერილებისათვის რეკომენდებული შინაარსი შემდეგია:

1. კლიენტის ზოგადი საიდენტიფიკაციო მახასიათებლები;
2. კლიენტის ფსიქოსოციალური შეფასების შედეგები, ნებისმიერი დიაგნოზის ჩათვლით;
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის ურთიერთობის ხანგრძლივობა კლიენტთან, მიმართვის დრომდე ჩატარებული შეფასების სახეებსა (ფორმებს) და თერაპიის ან კონსულტაციის ჩათვლით;
4. განმარტება, რომ პაციენტი ქირურგიისთვის აუცილებელ კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს, და პაციენტის მიერ ქირურგიის მოთხოვნის მხარდასაჭერი კლინიკური საფუძველის მოკლე აღწერა;
5. განაცხადი ფაქტზე, რომ ინფორმირებული თანხმობა პაციენტისგან მიღებულია;
6. განაცხადი, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი მისაწვდომია სამედიცინო დახმარების კოორდინაციის გასაწევად და მზადაა, ამისთვის სატელეფონო ზარებს უპასუხოს.

მომსახურების იმ მიმწოდებლებისთვის, რომლებიც მულტიდისციპლინურ სპეციალისტთა გუნდში მუშაობენ, წერილი შეიძლება აუცილებელი არ იყოს – ამის ნაცლად, შეფასების და რეკომენდაციების დოკუმენტი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს პაციენტის ანკეტაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ურთიერთობა ჰორმონების დანიშვნაზე პასუხისმგებელ ექიმებთან, ქირურგებთან და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტისთვის იდეალურია, თავისი სამუშაოს შესრულებისას პერიოდულად განიხილავდეს მის მიმდინარეობას სხვა პროფესიონალებთან და იღებდეს კონსულტაციას კოლეგებისგან (როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის, ასევე სხვა დისციპლინებში), რომლებიც კომპენტენტური არიან გენდერული დისფორიის შეფასებასა და მკურნალობაში. კლიენტის ჯანმრთელობის დაცვაში ჩართული სპეციალისტების ურთიერთობა თანამშრომლობითი უნდა იყოს, საჭიროების მიხედვით კოორდინაციისა და კლინიკური დიალოგის დამყარებით. ღია და მუდმივი კომუნიკაცია შეიძლება აუცილებელი იყოს პოსტოპერაციული პრობლემების შესახებ კონსულტაციების, მიმართვებისა და მართვისათვის.

ფსიქოთერაპიასთან დაკავშირებული ამოცანები

1. ფსიქოთერაპია არ არის აბსოლუტური მოთხოვნა ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიის ჩასატარებლად

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგი და/ან შეფასება, როგორც ეს ზემოთაა აღწერილი, საჭიროა გენდერული დისფორიის დროს ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიისათვის გადასამისამართებლად. ამის საწინააღმდეგოდ, ფსიქოთერაპია, თუმცა ძალიან რეკომენდებულია, აუცილებელი მოთხოვნა არ არის.

SOC არ იძლევა რეკომენდაციას, თუ რა უნდა იყოს ფსიქოთერაპიული სესიების მინიმალური რაოდენობა ჰორმონულ თერაპიასა და ქირურგიაზე გადამისამართებამდე. ამის მიზეზები მრავალმხრივია (Lev, 2009). პირველ რიგში, სესიების მინიმალური რაოდენობის მოთხოვნა შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც ბარიერი, რომელიც პიროვნული განვითარებისთვის საჭირო ნამდვილ შესაძლებლობებს აფერხებს. მეორე რიგში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს მნიშვნელოვანი დახმარების აღმოჩენა შეუძლიათ კლიენტებისათვის გენდერული იდენტობის, გენდერული გამოხატვის ძიების და შესაძლო ტრანზიციის ყველა ფაზაში – და არა მარტო შესაძლო სამედიცინო ჩარევების წინ. მესამე, კლიენტები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან მათი შესაძლებლობებით, მიაღწიონ ერთნაირ შედეგებს დროის მოცემულ პერიოდში.

2. ფსიქოთერაპიის მიზნები გენდერული პრობლემების მქონე მოზრდილებისათვის

ფსიქოთერაპიის ზოგადი მიზანია, იპოვოს გზები პიროვნების ზოგადი ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის, სიცოცხლის ხარისხის და თვითრეალიზების მაქსიმალურად გასაზრდელად. ფსიქოთერაპიის განზრახვა არ არის პიროვნების გენდერული იდენტობის შეცვლა; არამედ ფსიქოთერაპიას შეუძლია, დაეხმაროს ინდივიდს, გაერკვეს გენდერულ

პრობლემებში და იპოვოს საშუალებები გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებლად, თუ ასეთი სახეზეა (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). ჩვეულებრივ, მკურნალობის ზოგადი მიზანია ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდების დახმარება ხანგრძლივი კომფორტის მიღწევაში მათი გენდერული იდენტობის გამოხატვის თვალსაზრისით, ურთიერთობებში, განათლებასა და სამუშაოზე წარმატების მიღწევის რეალური პერსპექტივებით. დამატებითი დეტალებისათვის იხილე ფრასერი (Fraser, 2009c).

თერაპია შეიძლება შედგებოდეს ინდივიდუალური, წყვილთა, ოჯახური ან ჯგუფური ფსიქოთერაპიისაგან.

3. ფსიქოთერაპია ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული კლიენტებისათვის, გენდერულ როლში ცვლილების შეტანასთან დაკავშირებული კონსულტაციისა და დახმარების ჩათვლით

კომფორტული გენდერული როლის პოვნა, უპირველეს ყოვლისა, ფსიქოსოციალური პროცესია. ფსიქოთერაპიას შესაძლოა ფასდაუდებელი როლი ჰქონდეს ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდების დახმარებაში ყველა შემდგომ საკითხში: (i) გენდერული იდენტობის და როლის გარკვევა და შესწავლა, (ii) სტიგმისა და უმცირესობათა სტრესის ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და პიროვნულ განვითარებაზე გავლენის მართვა და (iii) ქამინაუთის პროცესის წახალისება (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), რაც, ზოგიერთი ინდივიდისათვის, შეიძლება, მოიცავდეს გენდერული როლის გამოხატვის შეცვლას და ფემინიზაცია/მასკულინიზაციაზე მიმართული სამედიცინო ჩარევის გამოყენებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ დახმარების აღმოჩენა და ინდივიდებსა და მათ ოჯახებში ინტერპერსონალური უნარებისა და ემოციური მდგრადობის განვითარება, იმ სამყაროსთან საურთიერთოდ, რომელიც ცუდადაა მომზადებული ტრანსგენდერების, ტრანსსექსუალების და გენდერულად არაკონფორმული ხალხის ხელშესაწყობად და პატივსაცემად. ფსიქოთერაპიას, აგრეთვე, შეუძლია დახმარება ნებისმიერი თანხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შესამსუბუქებლად (მაგ. შფოთვა, დეპრესია), რომლებიც სკრინინგისა და შეფასების დროს დადგინდება.

ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ინდივიდებს, რომლებიც გენდერული როლის საშუალოდ შეცვლას გეგმავენ და გენდერული როლის სოციალურ ტრანზიციას გადაიან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ დაეხმარონ სპეციფიკური მიზნების და დროის გრაფიკის შემცველი ინდივიდუალიზებული გეგმის განვითარებაში. მაშინ, როცა გენდერული როლის შეცვლის გამოცდილება განსხვავებულია თითოეული ადამიანისათვის, ამ გამოცდილების სოციალური ასპექტები, ჩვეულებრივ, დიდი გამოწვევაა – ხშირად უფრო მეტად, ვიდრე მისი ფიზიკური ასპექტები. რადგან გენდერული როლის ცვლილებას, შეიძლება, ღრმა პიროვნული და სოციალური შედეგები მოჰყვეს, ასეთი გადაწყვეტილების მიღებისას პიროვნება უნდა აცნობიერებდეს, თუ რა ოჯახური, ინტერპერსონალური, განათლების, დასაქმების, ეკონომიური და სამართლებრივი სირთულეები ექნება, რათა წარმატებით შეძლოს ფუნქციონირება თავის გენდერულ როლში.

ბევრი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანი სამედიცინო დახმარებაზე მისვლამდე შეიძლება არასოდეს ყოფილა მიკუთვნებული ან

მიღებული იმ გენდერულ როლში, რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამება მათ გენდერულ იდენტობას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ დაეხმარონ ასეთ კლიენტებს გამოიკვლიონ და განჭვრიტონ გენდერული როლის ცვლილებებთან დაკავშირებული შესაძლო შედეგები და მართონ ამ ცვლილებების განხორციელების პროცესის სისწრაფე. ფსიქოთერაპიას შეუძლია, კლიენტებს მისცეს სივრცე, სადაც მათ შეეძლება, დაიწყონ თვითგამოხატვა ისე, როგორც ეს მათ გენდერულ იდენტობას შეესაბამება, ხოლო ზოგ კლიენტს მიეცემა შესაძლებლობა, დაძლიოს შიშს გენდერული გამოხატვის ცვლილებების მიმართ. გათვლილი რისკები შეიძლება მოისინჯოს თერაპიის ფარგლებს გარეთ, გამოცდილების მისაღებად და ახალ როლში თვითრწმენის გასაძლიერებლად. ასევე შესაძლებელია ოჯახის და თემის წინაშე (მეგობრებთან, სკოლაში, სამუშაო ადგილზე) ქამინაუთის პროცესში თანადგომა.

სხვა ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ინდივიდებს შეიძლება, სამედიცინო დახმარებისათვის მოსვლამდე ჰქონდეთ შეძენილი დაბადებისას მათთვის მინიჭებული სქესისგან განსხვავებულ გენდერულ როლში ცხოვრების გამოცდილება (მინიმალური, საშუალო ან ექსტენსიური). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ, დაეხმარონ ამ კლიენტებს პოტენციური სიძნელეების დადგენასა და მათ დაძლევაზე მუშაობაში, ასევე, მათი გენდერული როლის ცვლილებების გამოხატვის პროცესში ოპტიმალური ადაპტირების განვითარებაში.

4. ოჯახური თერაპია და ოჯახის წევრების დახმარება

გენდერული როლის ცვლილებასა და გენდერული დისფორიის გამო სამედიცინო ჩარევების შესახებ გადაწყვეტილებები გავლენას ახდენს არა მარტო კლიენტებზე, არამედ მათ ოჯახებზეც (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს კლიენტების დახმარება შეუძლიათ მათი გენდერული იდენტობისა და მკურნალობის შესახებ ოჯახის წევრებისა და სხვა დანარჩენების ინფორმირების შესახებ გააზრებული გადაწყვეტილების მიღებაში. ოჯახური თერაპია, შეიძლება, მოიცავდეს მეუღლეებთან და პარტნიორებთან, ასევე – ბავშვებთან და კლიენტის ფართო ოჯახური წრის წევრებთან მუშაობას.

კლიენტებმა შეიძლება მოითხოვონ დახმარება მათი ურთიერთობებისა და სქესობრივი ჯანმრთელობის მხრივაც. მაგალითად, მათ შეიძლება უნდოდეთ, განიხილონ მათ სექსუალობასა და ინტიმურობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

ოჯახური თერაპია, შეიძლება, შეთავაზებული იქნეს, როგორც კლიენტის ინდივიდუალური თერაპიის ნაწილი და, თუ კლინიკური თვალსაზრისით დასაშვებია, იმავე მიმწოდებლის მიერ. ალტერნატიულად, გადამისამართება შეიძლება გაკეთდეს სხვა თერაპისტებთან, რომელთაც ოჯახის წევრებთან ან თანასწორთა მხარდაჭერის წყაროებზე (მაგ. ინტერნეტით ან პირისპირ დახმარების ქსელები პარტნიორებისა ან ოჯახებისათვის) მუშაობის შესაბამისი გამოცდილება აქვთ.

5. შემდგომი მეთვალყურეობის სამსახური სიცოცხლის განმავლობაში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალები შესაძლოა კლიენტებთან და მათ ოჯახებთან მათი ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე მუშაობდნენ. ფსიქოთერაპია შეიძლება

ცხოვრების ციკლის სხვადასხვა დროსა და სხვადასხვა საკითხებისათვის გამოდგეს.

6. E-თერაპია, ინტერნეტ-კონსულტაცია ან დისტანციური კონსულტირება

დადასტურებულია ონლაინ ანუ E-თერაპიის განსაკუთრებული სარგებლიანობა იმ ხალხისათვის, რომლებსაც კომპეტენტურ ფსიქოთერაპიულ მკურნალობაზე ხელი რთულად მიუწვდებოდათ და რომლებიც, შესაძლოა, იზოლაციაში და სტიგმის გავლენის ქვეშ არიან (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). ექსტრაპოლაციური მეთოდის გამოყენებით, E-თერაპია შესაძლოა სასარგებლო მეთოდი გამოდგეს ტრანსსექსუალებთან, ტრანსგენდერებთან და გენდერულად არაკონფორმულ ინდივიდებთან სამუშაოდ. E-თერაპია პოტენციურად გაძლიერებული, გაფართოებული, შემოქმედებითი და საჭიროებებზე მორგებული სერვისის მიწოდების შესაძლებლობას იძლევა; თუმცა, როგორც განვითარების პროცესში მყოფი მეთოდი, მას შეიძლება მოულოდნელი რისკი მოჰყვეს. ტელემედიცინის გაიდლაინები ზოგიერთი დისციპლინისათვის კარგადაა ჩამოყალიბებული შეერთებული შტატების ზოგიერთ ნაწილში (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005), მაგრამ არა ყველგან; საერთაშორისო სიტუაცია კი კიდევ უფრო ნაკლებად განსაზღვრულია (Maheu et al., 2005). მანამ, სანამ თერაპიის ამ ვარიანტის შედეგების შესახებ ფაქტებზე დაფუძნებული საკმარისი მონაცემები არ იქნება მოპოვებული, რეკომენდებულია მისი სიფრთხილით გამოყენება.

E-თერაპიით დაკავებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისათვის რეკომენდებულია, მუდმივად თვალყური ადევნონ და მისდიონ თავიანთი სალიცენზიო საბჭოების, პროფესიული ასოციაციებისა და ქვეყნის რეგულაციების ცვლილებებს, ასევე, თვალს ადევნებდნენ უახლეს ლიტერატურას, რომელიც ამ სწრაფად განვითარებად სფეროს ეხება. E-თერაპიის პოტენციური გამოყენების, პროცესებისა და ეთიკური პრობლემების უფრო დეტალური აღწერა უკვე გამოქვეყნებულია (Fraser, 2009b).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების სხვა ამოცანები

1. კლიენტების სასარგებლოდ საზოგადოებაში (სკოლებში, სამუშაო ადგილებზე, სხვა ორგანიზაციებთან) საგანმანათლებლო და ადვოკატირების საქმიანობა და კლიენტებისათვის საიდენტიფიკაციო დოკუმენტებში ცვლილებების შეტანაში დახმარება

ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ინდივიდებს შესაძლოა სირთულეები შეხვდეთ მათ პროფესიულ, საგანმანათლებლო და სხვა სახის დანესებულებებში, საკუთარი გენდერული იდენტობისა და გამოხატვის რეალიზების გამო (Lev, 2004, 2009). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლიათ ამ დანესებულებებში გენდერულ არაკონფორმულობაზე განათლების შეტანით და თავიანთი კლიენტების ადვოკატირებით (Currah, Juang, & Minter, 2006)(Currah & Minter, 2000). ეს როლი შეიძლება მოიცავდეს კონსულტაციებს სკოლის ფსიქოლოგებთან, მასწავლებლებთან, ადმინისტრაციასთან, ადამიანური რესურსების თანამშრომლებთან, პერსონალის მენეჯერებთან და თანამშრომლებთან, აგრეთვე, სხვა ორგანიზაციების და დანესებულებების წარმომადგენლებთან. შეიძლება, დამატებით საჭირო გახდეს ჯანმრთელობის დაცვის მიმწოდებლებისაგან დახმარების მოთხოვნა კლიენტის სახელის და/ან გენდერული მარკერის შესაცვლელად ისეთ საიდენტიფიკაციო

დოკუმენტებში, როგორცაა პასპორტი, მართვის უფლება, დაბადების მონმობა და დიპლომები.

2. ინფორმაციის მიწოდება და ურთიერთდახმარებისათვის მიმართვა

ზოგიერთი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის ურთიერთდახმარების ჯგუფებში მიღებული გამოცდილება შესაძლოა უფრო დამაკავალიანებელი იყოს გენდერული გამოხატვის ვერსიებთან დაკავშირებით, ვიდრე ნებისმიერი რამ, რაც მათ ინდივიდუალურ ფსიქოთერაპიას შეუძლია შესთავაზოს (Rachlin, 2002). ორივე ტიპის გამოცდილება პოტენციურად ფასეულია და ყველა ადამიანს, ვისაც გენდერული პრობლემები აქვს გასარკვევი, რეკომენდაცია უნდა მიეცეს თემის აქტივობებში ჩასართავად, თუ ეს შესაძლებელია. უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა თანასწორთა მხარდაჭერის რესურსებზე.

კულტურა და მისი განსხვავებები შეფასებისა და ფსიქოთერაპიისათვის

მთელ მსოფლიოში ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს ერთმანეთისგან წარმოუდგენლად განსხვავებულ გარემოებში უწევთ მუშაობა. დისტრესის ფორმები, რომელთა გამოც ნებისმიერ კულტურაში ადამიანები პროფესიულ დახმარებას ითხოვენ, მათი საკუთარი კულტურის მიერ დათქმული პირობებით გაიგება და კლასიფიცირდება (Frank & Frank, 1993). კულტურული წყობა, აგრეთვე, დიდად განსაზღვრავს იმას, თუ როგორ იქნება გაგებული ასეთი მდგომარეობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მიერ. გენდერულ იდენტობასთან და თვითგამოხატვასთან დაკავშირებულ კულტურულ განსხვავებებს შეუძლია, გავლენა მოახდინოს პაციენტებზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებსა და აღიარებულ ფსიქოთერაპიულ პრაქტიკაზე. WPATH აცნობიერებს, რომ SOC დასავლეთის ტრადიციებზე ამოიზარდა და, შესაძლებელია, საჭიროებს ადაპტირებას კულტურული კონტექსტის გათვალისწინებით.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ეთიკური მითითებები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს მოცემულ ქვეყანაში პრაქტიკისათვის სერტიფიცირება ან ლიცენზირება სჭირდებათ ამ ქვეყნის პროფესიული რეგულაციების მოთხოვნების შესაბამისად (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). პროფესიონალები უნდა იცავდნენ პროფესიული ლიცენზიის ან სერტიფიცირების გამცემი ორგანიზაციების ეთიკურ კოდექსს ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ კლიენტებთან მთელი მათი მუშაობის პროცესში.

მკურნალობა, რომელიც მიზნად ისახავდა პიროვნების გენდერული იდენტობის და ცხოვრებაში გამოყენებული გენდერული გამოხატვის მორგებას დაბადებისას მინიჭებულ სქესზე, უკვე ნაცადია წარსულში (Gelder & Marks, 1969; Greenspan, 1964), თუმცა წარუმატებლად, განსაკუთრებით – გრძელვადიანი შედეგის თვალსაზრისით (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). ასეთი მკურნალობა ეთიკურად აღარ ითვლება.

თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები არაკომფორტულად ან გამოუცდელად გრძნობენ თავს ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ

ინდივიდებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობისას, მათ კლიენტები კომპეტენტურ სერვისის მიმწოდებელთან უნდა გადაამისამართონ, ან, სულ მცირე, კონსულტაცია გაიარონ შესაბამის ექსპერტ კოლეგასთან. თუ ადგილობრივი სპეციალისტები არ მოიპოვება, მაშინ კონსულტაცია შესაძლოა ტელემედიცინის მეთოდების საშუალებით ჩატარდეს, დისტანციური კონსულტაციისათვის ადგილობრივი მოთხოვნების დაცვის გათვალისწინებით.

სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის საკითხები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციური სპეციალისტები ყველგან არ მოიპოვება; ამის გამო, ხარისხიან მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეზღუდული იყოს. WPATH მიზნად ისახავს ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას და იძლევა რეგულარული, უწყვეტი განათლების შესაძლებლობას სხვადასხვა დარგის წარმომადგენელი პროფესიონალების გადასამზადებლად, რათა მათ შეეძლოთ ხარისხიანი, ტრანსგენდერ-სპეციფიკური ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიწოდება. ტექნოლოგიების გამოყენებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების დისტანციურად მიწოდება შესაძლოა მომსახურების გაუმჯობესების ერთ-ერთი საშუალება იყოს (Fraser, 2009b).

მსოფლიოს ბევრ ადგილას ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობა აგრეთვე შეზღუდულია ჯანმრთელობის დაზღვევის ან საჭირო მომსახურების საფასურის გადახდის სხვა საშუალებების ნაკლებობით. WPATH მოუწოდებს ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიებს და სხვა, მესამე მხარის, გადამხდელს გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებელი აუცილებელი სამედიცინო მკურნალობის დაფინანსებისათვის (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

როცა კლიენტს არ შეუძლია, მიმართოს სერვისებს, რეკომენდებულია მისი გადაგზავნა არსებულ თანასწორთა მხარდაჭერის ჯგუფებში (პირისპირ და ინტერნეტით). და ბოლოს, შესაძლოა, ნაჩვენები იყოს ზიანის შესამცირებელი მიდგომა კლიენტისათვის ჯანსაღი გადაწყვეტილებების მიღებაში დახმარების გასაწევად, მათი ცხოვრების გაუმჯობესების მიზნით.

VIII

ჰორმონული თერაპია

ჰორმონული თერაპიის სამედიცინო აუცილებლობა

ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპია – ეგზოგენური ენდოკრინული საშუალებების დანიშვნა ფემინიზაციის ან მასკულინიზაციის ცვლილებების გამოსაწვევად – გენდერული დისფორიის მქონე ბევრი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდისათვის, სამედიცინო თვალსაზრისით,

აუცილებელი ჩარევაა (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfafflin & Junge, 1998). ზოგიერთი ადამიანი მაქსიმალური ფემინიზაციის/მასკულინიზაციისაკენ მიისწრაფის, მაშინ, როცა სხვებისთვის შეეზოგება მეორადი სასქესო ნიშნების ჰორმონული გზით მინიმიზირების შედეგად მიღებული ანდროგენული გარეგნობა (Factor & Rothblum, 2008). ჰორმონული თერაპიის ფსიქოსოციალური შედეგების მონაცემები შეჯამებულია D დანართში.

ჰორმონული თერაპია ინდივიდუალურად უნდა იყოს შერჩეული და პაციენტის მიზნებს, მედიკამენტების დანიშვნის რისკის/სარგებლის თანაფარდობას, სხვა სამედიცინო პრობლემების არსებობას და სოციალური და ეკონომიკური საკითხების გათვალისწინებას უნდა ეფუძნებოდეს. ჰორმონულ თერაპიას მნიშვნელოვანი კომფორტის მოტანა შეუძლია იმ პაციენტებისათვის, რომლებსაც არ სურთ გენდერული როლის სოციალური ტრანზიციის ან ქირურგიის გავლა, ან ვისაც ამის გაკეთების საშუალება არა აქვს (Meyer III, 2009).

ჰორმონული თერაპია რეკომენდებული კრიტერიუმია გენდერული დისფორიის ზოგი, მაგრამ არა ყველა ქირურგიული მკურნალობისათვის (იხილე თავი XI და დანართი C).

ჩვენებები ჰორმონული თერაპიისათვის

ჰორმონული თერაპია შეიძლება დაინიშნოს მას მერე, რაც ფსიქოსოციალური შეფასება ჩატარებულია და ინფორმირებული თანხმობა მიღებულია კვალიფიცირებული ჯანდაცვის სპეციალისტის მიერ, ისე, როგორც ეს აღწერილია ამ სტანდარტების VII თავში. აუცილებელია მიმართვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალისაგან, რომელმაც შეფასება ჩაატარა, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა შეფასება ჩატარდა ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებლის მიერ, ვისაც, ამავე დროს, აქვს ამ სფეროში მუშაობის კვალიფიკაცია.

ჰორმონული თერაპიის კრიტერიუმები შემდეგია:

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული დისფორია;
2. ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებისა და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში (ამ ასაკზე უმცროსებისთვის გადახედეთ დახმარების სტანდარტებს, რომლებიც მე-5 თავშია აღწერილი).
4. თუ პაციენტს მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს, ისინი გონივრულად უნდა იყოს მართული.

როგორც სტანდარტების VII თავში იყო აღნიშნული, თანხმობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის გამომწვევ ჰორმონებზე ხელმისაწვდომობას არ გამოორიცხავს, უფრო მეტიც, ეს პრობლემები უნდა გვარდებოდეს გენდერული დისფორიის მკურნალობამდე ან მისი მკურნალობის პარალელურად.

განსაკუთრებულ ვითარებებში შეიძლება მისაღები გახდეს პრაქტიკა, როცა ჰორმონები ენიშნება იმ პაციენტებს, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ ყველა ამ კრიტერიუმს.

მაგალითად, ასეთია მონიტორირებული თერაპია ცნობილი ხარისხის მქონე ჰორმონების გამოყენებით, როგორც ჰორმონების არალეგალური და უკონტროლო გამოყენების ალტერნატივა, ან ასეთი მკურნალობის დანიშვნა იმ პაციენტებისთვის, რომლებმაც უკვე დაიმკვიდრეს თავი მიკუთვნებულ გენდერში და მიღებული აქვთ ჰორმონები. არაეთიკურია ჰორმონული თერაპიის ხელმისაწვდომობის ან მისი სათანადოობის უარყოფა მხოლოდ და მხოლოდ იმის საფუძველზე, რომ სისხლი სეროპოზიტიურია სისხლის გზით გადამდები ინფექციების მიმართ, როგორებიცაა HIV ან ჰეპატიტი B ან C.

იშვიათ შემთხვევებში ჰორმონული თერაპია შეიძლება უკუნაჩვენებ იყოს ჯანმრთელობის სერიოზული ინდივიდუალური პრობლემების გამო. ჯანდაცვის სპეციალისტები ასეთ პაციენტებს გენდერული დისფორიის საწინააღმდეგო არაჰორმონული ჩარევების მიღებაში უნდა დაეხმარონ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიცირებული სპეციალისტი, რომელიც კარგად იცნობს პაციენტს, შესანიშნავი რესურსია ასეთ ვითარებაში.

ინფორმირებული თანხმობა

ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიას შეუძლია შეუქცევადი ფიზიკური ცვლილებების გამოწვევა. ამის გამო, ჰორმონული თერაპია უნდა მიენოდის მხოლოდ მათ, ვისაც იურიდიულად ინფორმირებული თანხმობის მიცემის უნარი აქვს. ასეთ პირებს შორის არიან ის ადამიანებიც, რომლებიც სასამართლოს მიერ გამოცხადებული არიან ემანსიპირებულ უმცირესობად, თავისუფლებააღკვეთილი პირებიც და კოგნიტიური დარღვევების მქონე ის პირებიც, რომლებიც მიჩნეული არიან სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღებაში მონაწილეობის შემძლე (იხ. აგრეთვე Bockting et al., 2006). სამედიცინო სამსახურის მიმზღებლებმა სამედიცინო ჩანაწერში დოკუმენტურად უნდა ასახონ, რომ პაციენტს მიენოდა და მან გაიგო კომპლექსური ინფორმაცია ჰორმონული თერაპიის ყველა სათანადო ასპექტზე, შესაძლო სარგებელის და რისკების, ასევე, რეპროდუქციულ უნარებზე მისი გავლენით ჩათვლით.

დამოკიდებულება სამედიცინო დახმარების სტანდარტებსა და ინფორმირებული თანხმობის შაბლონურ პროტოკოლებს შორის

ამერიკის შეერთებული შტატების სათემო ჯანდაცვის ზოგმა ცენტრმა შეიმუშავა ჰორმონული თერაპიის მიწოდების პროტოკოლები, რომლებიც ინფორმირებული თანხმობის მოდელის მიდგომის სახელითაა ცნობილი (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). ეს პროტოკოლები შესაბამისობაშია WPATH-ის დახმარების სტანდარტების მე-7 ვერსიაში წარმოდგენილ გაიდლაინებთან. SOC მოქნილი კლინიკური მეთოდური მითითებაა, ის საშუალებას იძლევა, მოერგოს სამედიცინო ჩარევები მომსახურების მიმღები ინდივიდის საჭიროებებს, ხოლო პროტოკოლები მოერგოს იმ მიდგომასა და იმ გარემოს, რომელშიც ეს სერვისები ხორციელდება (Ehrbar & Gorton, 2010).

ჰორმონული თერაპიისათვის ინფორმირებული თანხმობის მიღება პროვაიდერებისათვის მნიშვნელოვანი ამოცანაა და საჭიროა იმაში დასარწმუნებლად, რომ პაციენტებს ესმით ჰორმონული თერაპიის ფსიქოლოგიური და ფიზიკური სარგებელი და რისკები, ისევე როგორც მისი შესაძლო ფსიქოსოციალური შედეგები. ჰორმონების დანიშვნაზე პასუხისმგებელ პროვაიდერებს ან ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ჰორმონულ

თერაპიას უნევენ რეკომენდაციას, გენდერული დისფორიის შეფასებისათვის საჭირო ცოდნა და გამოცდილება უნდა ჰქონდეთ. მათ უნდა აცნობონ პაციენტებს სპეციფიკური სარგებლების, შეზღუდვების და ჰორმონებთან დაკავშირებული რისკების შესახებ – პაციენტის ასაკის, ჰორმონების გამოყენების ადრეული გამოცდილების და, აგრეთვე, თანაარსებული ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გათვალისწინებით.

მწვავე ან მიმდინარე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენა და მართვა ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცესის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ეს შეიძლება გააკეთოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა ან ჯეროვნად გადამზადებულმა ექიმმა, რომელიც ჰორმონულ თერაპიას ნიშნავს (იხილეთ SOC-ის თავი VII). იგივე მიმწოდებელი ან ჯანდაცვის გუნდის სხვა, შესაბამისად გადამზადებული წევრი (მაგ. ექთანი) შეიძლება მუშაობდეს ჰორმონებთან დაკავშირებულ ფსიქოსოციალურ შედეგებთან, როცა ეს აუცილებელია (მაგ. მასკულინიზაცია/ფემინიზაციის გავლენა იმაზე, თუ როგორ აღიქმება ინდივიდი; რა პოტენციური გავლენა აქვს ამ ცვლილებებს მის ურთიერთობებზე ოჯახთან, მეგობრებთან და თანამშრომლებთან). თუ ჩვენება არსებობს, ეს სპეციალისტები გადააგზავნიან ინდივიდს ფსიქოთერაპიაზე და ისეთი თანხმობები ფსიქიკური პრობლემების გამოვლენისა და მკურნალობისათვის, როგორებიცაა შფოთვა ან დეპრესია.

განსხვავება ინფორმირებული თანხმობის მოდელსა და SOC-ის მე-7 ვერსიას შორის ის არის, რომ SOC მეტ აქცენტს აკეთებს იმ მნიშვნელოვან როლზე, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებს შეიძლება ჰქონდეთ გენდერული დისფორიის შესაძლებელად და გენდერული როლის ცვლილებებსა და ფსიქოსოციალურ ადაპტაციაში დასახმარებლად. ეს, შესაძლოა, მოიცავდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყოველმხრივ შეფასებას და ფსიქოთერაპიას, ჩვენების მიხედვით. ინფორმირებული თანხმობის მოდელში მთელი ყურადღება ინფორმირებული თანხმობის მოპოვებაზეა კონცენტრირებული, რადგან ის არის ერთგვარი ნიშნული, აუცილებელი პირობა ჰორმონული თერაპიის დასაწყებად ამ მულტიდისციპლინურ, ზიანის შემცირებაზე ორიენტირებულ გარემოში. ნაკლები აქცენტი კეთდება ფსიქიკურ ჯანდაცვაზე იმ მომენტამდე, სანამ ამას პაციენტი არ მოითხოვს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა დგინდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი მნიშვნელოვანი პრობლემები, რომელიც საჭიროებს მიხედვას ჰორმონული თერაპიის დანიშვნამდე.

ჰორმონული თერაპიის ფიზიკური შედეგები

ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპია ისეთ ფიზიკურ ცვლილებებს გამოიწვევს, რომლებიც სხეულს პაციენტის გენდერულ იდენტობასთან მეტად შესაბამისს გახდის.

- FtM პაციენტებში შემდეგი ფიზიკური ცვლილებებია მოსალოდნელი: ხმის დაბოხება, კლიტორის გადიდება (ვარიაციულია), სახის და სხეულის თმის მომატება, მენსტრუაციის შეწყვეტა, მკერდის ქსოვილის ატროფია, ლიბიდოს გაზრდა და სხეულის ცხიმოვანი ქსოვილის პროცენტული შემცირება კუნთოვან მასასთან შედარებით.
- MtF პაციენტებში შემდეგი ფიზიკური ცვლილებებია მოსალოდნელი: მკერდის

გაზრდა (ვარიაციულია), ლიბიდოს შემცირება და ერექციული უკმარისობა, სათესლე ჯირკვლების ზომის შემცირება, სხეულის ცხიმოვანი ქსოვილის პროცენტული მომატება კუნთოვან მასასთან შედარებით.

ფიზიკური ცვლილებების უმეტესობა, როგორც ფემინიზაციაზე, ასევე მასკულინიზაციაზე მიმართული, ორი წლის განმავლობაში ყალიბდება. ფიზიკური ცვლილების ოდენობა და შედეგების დადგომის ზუსტი გრაფიკი ძალიან ვარიაციულია. 1ა და 1ბ ცხრილები ამ ფიზიკური ცვლილებების მიახლოებით პერიოდებს გამოსახავს.

ცხრილი 1ა: მასკულინიზაციის ჰორმონების შედეგები და მოსალოდნელი დროის პერიოდები^ა

შედეგი	დაწყების მოსალოდნელი დრო ^ბ	მაქსიმალური შედეგის მოსალოდნელი დრო ^ბ
კანის ცხიმოვანობა/აკნე	1-6 თვე	1-2 წელი
სახის/სხეულის თმის მომატება	3-6 თვე	3-5 წელი
თავის ქალის თმის საფარის შემცირება	>12 თვე ^ც	ვარიაციული
კუნთოვანი მასის/ძალის მომატება	6-12 თვე	2-5 წელი ^დ
სხეულის ცხიმოვანი საფარის გადანაწილება	3-6 თვე	2-5 წელი
მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტა	2-6 თვე	(შეუსაბამოა)
კლიტორის გაზრდა	3-6 თვე	1-2 წელი
ვაგინის ატროფია	3-6 თვე	1-2 წელი
ხმის დაბობება	3-12 თვე	1-2 წელი

^ა ადაპტირებულია, Hembree et al.(2009). Copyright 2009, The Endocrine Society-ის ნებართვით

^ბ მონაცემები მოყვანილია გამოქვეყნებული და გამოუქვეყნებელი კლინიკური დაკვირვებების მიხედვით.

^ც ძლიერაა დამოკიდებული ასაკსა და მემკვიდრეობაზე; შეიძლება, მინიმალურად იყოს გამოხატული.

^დ მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ვარჯიშის ოდენობაზე.

ცხრილი 1ბ: ფემინიზაციის ჰორმონების შედეგები და მოსალოდნელი დროის პერიოდები^ა

შედეგი	(ცვლილების) დაწყების მოსალოდნელი დრო ^ბ	მაქსიმალური შედეგის მოსალოდნელი დრო ^ბ
სხეულის ცხიმოვანი საფარის გადანაწილება	3-6 თვე	2-5 წელი
კუნთოვანი მასის/ძალის შემცირება	3-6 თვე	1-2 წელი ^ც
კანის დარბილება/ცხიმოვანობის შემცირება	3-6 თვე	უცნობია
ლიბიდოს შემცირება	1-3 თვე	1-2 წელი
სპონტანური ერექციების გაიშვიათება	1-3 თვე	3-6 თვე
მამაკაცის სექსუალური დისფუნქცია	ვარიაციულია	ვარიაციულია
მკერდის გაზრდა	3-6 თვე	2-3 წელი
სათესლე ჯირკვლების მოცულობის შემცირება	3-6 თვე	2-3 წელი
სპერმის შემცირებული გამომუშავება	ვარიაციული	ვარიაციული
სხეულის და სახის თმის გათხელება და შემცირებული ზრდა	6-12 თვე	>3 წელი ^დ
მამაკაცური ტიპის სიქაჩლის შეჩერება	აღდგენის გარეშე, ცვენა ჩერდება 1-3 თვეში	1-2 წელი

^ა ადაპტირებულია, Hembree et al.(2009). Copyright 2009, The Endocrine Society-ის ნებართვით

^ბ მონაცემები მოყვანილია გამოქვეყნებული და გამოუქვეყნებელი კლინიკური დაკვირვებების მიხედვით.

^ც მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ვარჯიშის ოდენობაზე.

^დ მამაკაცის სახის და სხეულის თმის სრული მოშორება საჭიროებს ელექტროლიზს, ლაზერულ მკურნალობას ან ორივეს.

ფიზიკური ცვლილებების ხარისხი და სიჩქარე დამოკიდებულია ნაწილობრივ დოზაზე, მიღების ხერხებზე და გამოყენებულ მედიკამენტებზე, რაც პაციენტის სპეციფიკური სამედიცინო მიზნების (მაგ. გენდერული როლის გამოხატვის ცვლილებები, სქესის შეცვლის გეგმები) და სამედიცინო რისკის პროფილის მიხედვითაა შერჩეული. ამ ეტაპზე იმის მონაცემები, რომ ჰორმონული თერაპიის შედეგი – FtM (ტრანსგენდერ მამაკაცებში) პირებში ხმის დაბოხების შესაძლო გამონაკლისის გარდა – ზუსტად შეიძლება იქნას წინასწარ განჭვრეტილი ასაკის, სხეულის ფორმის, ეთნიკურობის ან ოჯახური გარემოების მონაცემებზე დაყრდნობით, არ მოიპოვება. ყველა სხვა ფაქტორის

თანაბრობის შემთხვევაში, არ არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ სასურველი ფიზიკური ცვლილებების მისაღწევად ჰორმონების დანიშვნის რომელიმე აპრობირებული მეთოდი უფრო ეფექტიანია, ვიდრე ნებისმიერი სხვა მეთოდი.

ჰორმონული თერაპიის რისკები

ყველა სახის სამედიცინო ჩარევა რისკის მატარებელია. სერიოზული არასასურველი შედეგების შესაძლებლობა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე: თვითონ მედიკამენტზე, დოზაზე, დანიშვნის რეჟიმზე და პაციენტის კლინიკურ მახასიათებლებზე (ასაკი, თანაარსებული დაავადებები, ოჯახური ანამნეზი, ჯანსაღი ცხოვრების ჩვევები). ამის გამო შეუძლებელია იმის წინასწარ გათვლა, ექნება თუ არა მკურნალობას არასასურველი შედეგი რომელიმე კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში.

ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონულ თერაპიასთან დაკავშირებული რისკები ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და საერთოდ გენდერულად არაკონფორმული პოპულაციისთვის მოყვანილია მე-2 ცხრილში. მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, რისკები შემდეგნაირად არის დაჯგუფებული: (i) რისკის დიდი ალბათობით მომატება ჰორმონული თერაპიისას; (ii) რისკის შესაძლო მომატება ჰორმონული თერაპიისას ან (iii) რისკები დაუდგენელია ან მომატებული რისკი არ არსებობს. ბოლო კატეგორიაში არის ელემენტები, რომლებიც შეიძლება, რისკს წარმოადგენდნენ, მაგრამ მტკიცებულება იმდენად მინიმალურია, რომ მკაფიო დასკვნის გაკეთება არ არის შესაძლებელი.

დამატებითი დეტალები ამ რისკების შესახებ შეიძლება მოინახოს B დანართში, რომელიც ეფუძნება მასკულინიზაცია/ფემინიზაციისთვის გამიზნული თერაპიის შესახებ არსებული ლიტერატურის ორ მრავალმხრივ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიმოხილვას (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) და დიდ კოჰორტულ კვლევას (Asscheman et al., 2011). მომსახურების მიმწოდებლებისათვის ეს მიმოხილვები შეიძლება დეტალურ თემატურ საძიებლად გამოდგეს სხვა, ფართოდ ცნობილ, გამოქვეყნებულ კლინიკურ მასალასთან ერთად (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007).

ცხრილი 2: ჰორმონულ თერაპიასთან დაკავშირებული რისკები. მსხვილი პრიფიტით გამოყოფილი საკითხები კლინიკურად მნიშვნელოვანია

რისკის დონე	ფემინიზაციის ჰორმონები	მასკულინიზაციის ჰორმონები
რისკის დიდი ალბათობით მომატება	ვენების თრომბოემბოლიური დაავადება ^A ნაღველკენჭოვანი დაავადება ლვიძლის ფერმენტების მომატება ნონაში მატება ჰიპერტრიგლიცერიდემია	პოლიციტემია ნონის მატება აკნე ანდროგენული ალოპეცია (სიქაჩლე) ძილის აპნოე
რისკის დიდი ალბათობით მომატება, დამატებითი რისკ-ფაქტორების არსებობისას ^B	გულ-სისხლძარღვთა დაავადება	
რისკის შესაძლო მომატება	ჰიპერტენზია ჰიპერპროლაქტინემია ან პროლაქტინომა ^A	ლვიძლის მომატებული ფერმენტები ჰიპერლიპიდემია
რისკის შესაძლო მომატება დამატებითი რისკ-ფაქტორების არსებობისას ^B	მე-2 ტიპის დიაბეტი ^A	გარკვეული ფსიქიკური დარღვევების დესტაბილიზაცია ^C გულ-სისხლძარღვთა დაავადება ჰიპერტენზია მე-2 ტიპის დიაბეტი
მომატებული რისკი არ არსებობს ან დასკვნისთვის არასაკმარისია	სარძევე ჯირკვლის კიბო	ძვლის სიმკვრივის დაქვეითება სარძევე ჯირკვლის კიბო საშვილოსნოს ყელის კიბო საკვერცხის კიბო საშვილოსნოს კიბო

^A რისკი მეტია დასაღვევი ესტროგენების მიღებისას, ვიდრე ტრანსდერმალური ესტროგენების მიღებისას

^B დამატებითი რისკ-ფაქტორები მოიცავს ასაკს

^C მოიცავს ბიპოლარულ, შიზოაფექტურ და სხვა დარღვევებს, რომლებიც, შესაძლოა, წარმოდგენილი იყოს მანიაკალური ან ფსიქოტური სიმპტომებით. ეს არასასურველი გავლენა უფრო მაღალ დოზებთან ან სისხლში ტესტოსტერონის სუპრაფიზიოლოგიურ დონესთანაა დაკავშირებული.

ჰორმონების დანიშვნაზე პასუხისმგებელი ექიმის კომპეტენცია, ურთიერთობა ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან

ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის მიზნით დანიშნული ჰორმონული თერაპია, უმჯობესია, განხორციელდეს ჯანმრთელობის დაცვასთან ყოვლისმომცველი მიდგომის ფონზე, რაც ამომწურავ პირველად ჯანდაცვას და ფსიქოსოციალური საკითხების მიმართ კოორდინირებულ მიდგომას მოიცავს (Feldman & Safer, 2009). მიუხედავად იმისა, რომ ჰორმონული თერაპიის დასანიშნად არ მოითხოვება ფსიქოთერაპია და მიმდინარე კონსულტაციები, თუ დანიშვნაში თერაპევტი უკვე მონაწილეობს, მაინც, ჯანდაცვის სპეციალისტებს შორის რეგულარული კავშირის არსებობა რეკომენდებულია (პაციენტის თანხმობით) ტრანზიციის პროცესის კარგად წარმართვის უზრუნველსაყოფად, როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოსოციალური თვალსაზრისით.

სათანადო მომზადებით, ფემინიზაცია/მასკულინიზაციისათვის საჭირო ჰორმონული თერაპია შეიძლება იმართოს სხვადასხვა მიმწოდებლის მიერ, მათ შორის – პრაქტიკოსი ექთნის და პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ (Dahl et al., 2006). ჰორმონულ მხარდაჭერასთან დაკავშირებული სამედიცინო ვიზიტები იძლევა გაფართოებული მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობას მოსახლეობის იმ ჯგუფისათვის, რომელიც ჯანდაცვის სერვისებით ნაკლებადაა მოცული (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). ჰორმონების ხანგრძლივ გამოყენებასთან დაკავშირებული თანხმობები დაავადებების სკრინინგის და მართვის ამოცანები, როგორიცაა გულ-სისხლძარღვთა რისკ-ფაქტორების და ავთვისებიანი სიმსივნეების სკრინინგი, ჩვეულებრივ, პირველადი ჯანდაცვის ჩარჩოებში უფრო ჯდება, ვიდრე სპეციალიზირებულში (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyer, 2007; World Health Organization, 2008), განსაკუთრებით იქ, სადაც არ არის ხელმი-საწვდომი სპეციალურად გამოყოფილი გენდერული გუნდი ან სპეციალიზირებული ექიმები.

ჰორმონული თერაპიის მსურველი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანების მრავალდარგოვანი საჭიროებებიდან გამომდინარე და, აგრეთვე, ზოგადად, ჯანდაცვის ვიწრო სპეციალობებად დაყოფასთან დაკავშირებული სიძნელეების გამო (World Health Organization, 2008), WPATH რეკომენდაციას უწევს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების მომზადებისა და ჩართულობის გაზრდას ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის სფეროში. თუ ჰორმონები სპეციალისტის მიერ ინიშნება, მჭიდრო კავშირი უნდა არსებობდეს მასსა და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელს შორის; და, პირიქით, გამოცდილი ენდოკრინოლოგი ან ჰორმონული თერაპიის სპეციალისტი უნდა იყოს მოწვეული, თუ პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტს ამ სახის ჰორმონული თერაპიის გამოცდილება არა აქვს, ან თუ პაციენტს მანამდე აღენიშნებოდა ნივთიერებათა ცვლის თუ ენდოკრინული დარღვევა, რომელზეც ენდოკრინულ თერაპიას არასასურველი გავლენის მოხდენა შეუძლია.

მიუხედავად იმისა, რომ ოფიციალური მოსამზადებელი პროგრამები ჯერ არ არსებობს, ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებლებს ამ სფეროში სათანადო ცოდნისა და გამოცდილების მოპოვების პასუხისმგებლობა აქვთ. კლინიკისტებს ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის დანიშვნაში გამოცდილების გაღრმავება და თავდაჯერებულობის მიღწევა შეუძლიათ სამედიცინო მომსახურების ან კონსულტაციების გამოცდილ სპეციალისტთან ერთად გაწევით; ან სრულ ჰორმონულ თერაპიაზე გადასვლამდე, შეზღუდული სახის ჰორმონული თერაპიის ჩატარებით. იმდენად,

რამდენადაც მედიცინის ეს დარგი ფართოვდება, კლინიკისტები საჭიროა გაეცნონ და თვალყური ადევნონ შესაბამის სამედიცინო ლიტერატურას და ახალგაჩენილი პრობლემები კოლეგებთან ერთად განიხილონ. ასეთი განხილვები შესაძლებელია ორგანიზდეს WPATH-ის მიერ დაარსებული ქსელების და სხვა ეროვნული და ადგილობრივი ორგანიზაციების საშუალებით.

ექიმების პასუხისმგებლობა ჰორმონების დანიშვნისას

ზოგადად, კლინიკისტებს, რომლებიც ჰორმონულ თერაპიას ნიშნავენ, ევალებათ შემდეგი:

1. ჩაატარონ საწყისი შეფასება, რაც გულისხმობს პაციენტის ფიზიკური ტრანზიციის მიზნების განხილვას, ჯანმრთელობის ანამნეზს, ფიზიკურ გასინჯვას, რისკების შეფასებას და შესაბამის ლაბორატორიულ ანალიზებს.
2. პაციენტთან ერთად განიხილონ ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი მედიკამენტების დანიშვნის მოსალოდნელი შედეგები და ჯანმრთელობაზე მათი შესაძლო არასასურველი გავლენა. ეს გავლენა შეიძლება მოიცავდეს ნაყოფიერების შემცირებასაც (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). ამ მიზეზით, რეპროდუქციის ვერსიები განხილული უნდა იქნეს პაციენტთან ერთად ჰორმონული თერაპიის დანიშვნამდე (იხილე თავი IX).
3. დაადასტურონ, რომ პაციენტებს აქვთ უნარი, აღიქვან მკურნალობასთან დაკავშირებული რისკები და დადებითი შედეგები და ქმედითუნარიანები არიან მათი სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად.
4. ჩაატარონ მიმდინარე სამედიცინო მონიტორინგი, რეგულარული ფიზიკური და ლაბორატორიული შემოწმებით, ჰორმონული თერაპიის ეფექტიანობის და გვერდითი მოვლენების შესაფასებლად.
5. საჭიროების მიხედვით, დაუკავშირდნენ პაციენტის პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებელს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს და ქირურგს.
6. თუ საჭიროა, პაციენტებისათვის გასცენ მოკლე წერილობითი ცნობა, რომელიც ადასტურებს რომ იგი სამედიცინო დაკვირვების ქვეშ იმყოფება და იღებს სამედიცინო დახმარებას, რომელიც ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონულ თერაპიას მოიცავს. განსაკუთრებით, ჰორმონული თერაპიის ადრეულ სტადიებზე, პაციენტმა შეიძლება ამ საბუთის მუდმივად თან ტარება ისურვოს, პოლიციასა და სხვა ოფიციალურ პირებთან სირთულეების თავიდან ასაცილებლად.

კონკრეტული კლინიკური სიტუაციიდან გამომდინარე, რომლის გამოც ჰორმონები ინიშნება (იხილეთ ქვემოთ), ზოგიერთი ეს მოვალეობა ნაკლებად საჭირო ხდება. ამის გამო, კონსულტაციების ინტენსივობა, ფიზიკური გასინჯვა და ლაბორატორიული შეფასებები პაციენტის საჭიროებების მიხედვით უნდა იყოს ინდივიდუალურად განსაზღვრული.

ჰორმონული თერაპია სხვადასხვა კლინიკური სიტუაციების დროს

არის გარემოებანი, რომლის დროსაც კლინიკისტებს შეიძლება მიმართონ ჰორმონების მიწოდების თხოვნით, ისე, რომ ეს აუცილებლად არ გულისხმობდეს ხანგრძლივი ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიის დაწყებას ან შენარჩუნებას. თუ დავუშვებთ ამ სხვადასხვა კლინიკური სიტუაციის არსებობას (იხილე ქვემოთ, დალაგებულია სირთულის ზრდის მიხედვით), შეიძლება, ისე მოხდეს, რომ ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონულ თერაპიაში ჩართულები აღმოჩნდნენ ის ექიმებიც, რომლებიც, სხვა შემთხვევაში, არ მიიჩნევდნენ, რომ ამ მკურნალობის შეთავაზების უნარი აქვთ.

1. შუალედური თერაპია

შეიძლება, სამედიცინო დახმარებას ითხოვდნენ პაციენტები, რომლებიც უკვე იტარებენ ჰორმონულ თერაპიას – სხვა კლინიკისტის მიერ დანიშნული ან რაიმე სხვა ხერხით მოპოვებული (მაგ., ინტერნეტით შეძენილი) ჰორმონებით. კლინიკისტებს შეუძლიათ ჰორმონები დასაზღვრული დროით (1-6 თვე) დანიშნონ, სანამ პაციენტებს ეხმარებიან იმ მიმწოდებლის მოძებნაში, რომელსაც გრძელვადიანი ჰორმონული თერაპიის გამოწერა შეუძლია. სამსახურის მიმწოდებლებმა უნდა შეაფასონ პაციენტის მიმდინარე დანიშნულება უსაფრთხოების და წამლების ურთიერთზემოქმედების თვალსაზრისით და, როცა ჩვენება არსებობს, ჩანაცვლონ ისინი უფრო უსაფრთხო მედიკამენტებით ან დოზებით (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). თუ ჰორმონები ადრეც იყო დანიშნული, მკურნალობის სამსახურის მიმწოდებელმა უნდა გამოითხოვოს სამედიცინო ჩანაწერები (პაციენტის თანხმობით) საწყისი გასინჯვების, ლაბორატორიული ტესტების და თერაპიის შესაძლო არასასურველი შედეგების გასაცნობად. ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებლები, აგრეთვე, უნდა დაუკავშირდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერ იმ სპეციალისტს, რომელიც მიმდინარე ეტაპზე პაციენტის მკურნალობაშია ჩართული. თუ პაციენტს არასოდეს ჩატარებია ფსიქოსოციალური შეფასება ისე, როგორც ეს რეკომენდებულია ამ სტანდარტებით (იხილეთ თავი VII), კლინიკისტებმა პაციენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციურ სპეციალისტთან უნდა გადაამისამართონ, თუ ეს შესაძლებელია (Feldman & Safer, 2009). მიმწოდებლები, რომლებიც შუალედურ ჰორმონულ თერაპიას ნიშნავენ, პაციენტებთან ერთად შუალედური თერაპიის ხანგრძლივობის ზღვარზე უნდა შეთანხმდნენ.

2. გონადების მოცილების შემდგომი ჰორმონული თერაპია

ოოფორექტომიის ან ორქიექტომიის შემდეგ ჰორმონული ჩანაცვლება ესტროგენითა და ტესტოსტერონით, ჩვეულებრივ, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში გრძელდება, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა სამედიცინო უკუჩვენებები გამოვლინდება. იმის გამო, რომ ჰორმონების დოზები ამ ოპერაციების შემდეგ ხშირად მცირდება (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) და მხოლოდ ასაკის და ჯანმრთელობის თანმხლები პრობლემების გათვალისწინებით შეირჩევა, ჰორმონული თერაპიის მართვა ამ სიტუაციაში საკმაოდ მსგავსია ჰორმონული ჩანაცვლებითი თერაპიისა ნებისმიერი ჰიპოგონადური პაციენტის შემთხვევაში.

3. ჰორმონული შენარჩუნება გონადების მოცილებამდე

მას მერე, რაც პაციენტები ჰორმონების მეშვეობით მაქსიმალურ სარგებელს მიიღებენ ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის თვალსაზრისით (როგორც წესი, ამას ორი ან მეტი წელი სჭირდება), ისინი შემანარჩუნებელ დოზაზე რჩებიან. ამის შემდეგ, შემანარჩუნებელი დოზა მორგებული უნდა იყოს ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებებზე, ასაკზე ან სხვა ვითარებაზე, როგორცაა ცხოვრების სტილის ცვლილებები (Dahl et al., 2006). როცა შემანარჩუნებელ ჰორმონულ თერაპიაზე მყოფი პაციენტი სამედიცინო დახმარებას ითხოვს, მომსახურების მიმწოდებელმა უნდა შეაფასოს პაციენტის მიმდინარე დანიშნულება უსაფრთხოების და წამლების ურთიერთმოქმედების თვალსაზრისით და ჩაანაცვლოს უფრო უსაფრთხო მედიკამენტებითა და დოზებით, ჩვენების მიხედვით. პაციენტის მონიტორირება რეგულარულად უნდა გაგრძელდეს ფიზიკური გასინჯვით და ლაბორატორიული კვლევებით, ისე, როგორც ეს შესაბამის ლიტერატურაშია აღწერილი (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). ჰორმონების დოზა და ფორმა რეგულარულად უნდა გადაისინჯოს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებების და ჰორმონული თერაპიის გვიანი პოტენციური რისკების არსებული მტკიცებულებების გათვალისწინებით (იხილეთ ჰორმონების დანიშვნის სქემები, ქვემოთ).

4. ჰორმონული ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის დაწყება

ეს კლინიკური სიტუაცია, მკურნალობის მომსახურების მომწოდებლის დროისა და კომპეტენტურობის თვალსაზრისით, ყველაზე უფრო მომთხოვნია. ჰორმონული თერაპია უნდა ინდივიდუალიზდეს – პაციენტის მიზნების, მკურნალობის რისკ/სარგებლის თანაფარდობის, სხვა თანმხლები სამედიცინო პრობლემებისა და სოციალური და ეკონომიკური საკითხების მიხედვით. მიუხედავად იმისა, რომ ჰორმონული თერაპიის რეჟიმთა ფართო ვარიაციებია გამოქვეყნებული (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), არ არსებობს მათი უსაფრთხოების და ეფექტიანობის შემადარებელი რანდომიზებული კლინიკური კვლევების გამოქვეყნებული ანგარიშები. ამ ვარიაციების მიუხედავად, საწყისი რისკის შეფასებისა და ჰორმონული თერაპიის მიმდინარე მონიტორინგის მიზნით, შესაძლებელია რაციონალური სამუშაო ჩარჩოს შემუშავება ეფექტიანობისა და უსაფრთხოების მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, როგორც ეს ზემოთაა მოცემული.

რისკის შეფასება და მოდიფიცირება ჰორმონული თერაპიის დასაწყებად

ჰორმონულ თერაპიამდე ჩასატარებელი საწყისი განხილვა აფასებს პაციენტის კლინიკურ მიზნებს და ჰორმონულ თერაპიასთან დაკავშირებული არასასურველი შედეგების რისკ-ფაქტორებს. რისკის შეფასებისას პაციენტმა და კლინიკისტმა რისკების შეძლებისდაგვარად შესამცირებლად უნდა შეიმუშაონ გეგმა – თერაპიის დაწყებამდე ან როგორც ზიანის შემცირების მუდმივი პროცესის ნაწილი.

ყველა შეფასება უნდა მოიცავდეს დეტალურ ფიზიკურ გასინჯვას – წონის, სიმაღლის და სისხლის წნევის ჩათვლით. მკერდის, გენიტალიების და რექტალური გასინჯვების საჭიროება, რაც ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული პაციენტების უმრავლესობისათვის მგრძნობიარე საკითხებია, უნდა ეყრდნობოდეს ინდივიდუალურ რისკებს და პროფილაქტიკური ჯანდაცვის საჭიროებებს (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

პრევენციული დახმარება

ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებლებმა პრევენციული ჯანმრთელობის საკითხები პაციენტებთან ერთად უნდა განიხილონ. პაციენტის ასაკის და რისკის პროფილის მიხედვით, შეიძლება, საჭირო გახდეს სკრინინგ-ტესტები ან კვლევები იმ პრობლემების აღმოსაჩენად, რომლებზეც ჰორმონული თერაპია გავლენას ახდენს. იდეალურ შემთხვევაში, ეს სკრინინგ-ტესტები ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე უნდა ჩატარდეს.

რისკის შეფასება და მოდიფიცირება ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპიისათვის (MtF)

ფემინიზაციის თერაპიის აბსოლუტური უკუჩვენებები არ არსებობს, მაგრამ არსებობს აბსოლუტური უკუჩვენებები ფემინიზაციის გამომწვევი სხვადასხვა ნივთიერებებისათვის, განსაკუთრებით, ესტროგენისთვის. ესენია არსებულ ჰიპერკოაგულაციურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ვენური თრომბოზის გადატანილი ეპიზოდები, ესტროგენ-მგრძნობიარე ნეოპლაზმა ანამნეზში და ღვიძლის ქრონიკული დაავადებების ტერმინალური ფაზა (Gharib et al., 2005).

ესტროგენის და ანდროგენის ბლოკირებისას შეიძლება გართულდეს სხვა სამედიცინო მდგომარეობებიც, როგორც ეს ცხრილ 2-ში და დანართ B-შია აღნიშნული. ამასთან დაკავშირებით, ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე, ისინი უნდა შეფასდეს და საკმარისად კარგად უნდა კონტროლირდებოდეს (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). კლინიკისტებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმონ თამბაქოს გამოყენებას, რადგან ის კავშირშია ვენოზური თრომბოზის მომატებულ რისკთან, რომელიც, თავის მხრივ, ესტროგენის გამოყენებით იზრდება. გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მქონე პაციენტებისათვის სასურველია კარდიოლოგის კონსულტაცია.

სასტარტო ლაბორატორიული მონაცემები მნიშვნელოვანია როგორც საწყისი რისკის განსაზღვრელად, ასევე, შესაძლო მომავალი არასასურველი მოვლენების შესაფასებლად. საწყისი ლაბორატორიული ანალიზების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპიის რისკები, რომლებიც ცხრილ 2-შია მოცემული, ასევე, პაციენტის ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორები, მისი ოჯახური ანამნეზის ჩათვლით. რეკომენდებული საწყისი ლაბორატორიული ტესტების სიები გამოქვეყნებულია (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). ისინი შეიძლება შეიცვალოს შეზღუდული რესურსების მქონე პაციენტების ან ჯანდაცვის სისტემებისათვის, და სხვა მხრივ ჯანმრთელი პაციენტებისთვის.

რისკის შეფასება და მოდიფიცირება მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიისათვის (FtM)

ტესტოსტერონით თერაპიის აბსოლუტურ უკუჩვენებებს მიეკუთვნება ორსულობა, კორონარული არტერიების არასტაბილური (იშემიური) დაავადება, არანამკურნალევი პოლიციტემია 55%-იანი და მეტი ჰემატოკრიტით (Carnegie, 2004). იმის გამო, რომ ტესტოსტერონის ესტროგენად არომატიზაციას შეუძლია რისკის გაზრდა იმ პაციენტებში, რომელთაც სარძევე ჯირკვლის ან სხვა ესტროგენ-დამოკიდებული სიმსივნის ანამნეზი აქვთ (Moore et al., 2003), ჰორმონების გამოყენებამდე, შესაძლოა, ნაჩვენები იყოს

ონკოლოგთან კონსულტირება. თანმხლები დაავადებები, რომლებიც, სავარაუდოდ, შეიძლება ტესტოსტერონის გამოყენებით გართულდეს, შეფასებული და, იდეალურ შემთხვევაში, ნამკურნალევი უნდა იქნას ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). შეიძლება, საჭირო გახდეს კარდიოლოგთან კონსულტაცია გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულური დაავადების მქონე პაციენტებისათვის.

პოლიკისტური საკვერცხის სინდრომის (პსს/PCOS) მომატებული გავრცელება შეიმჩნევა ტრანსგენდერ მამაკაცებში (FtM) მაშინაც კი, როდესაც მათთან ტესტოსტერონი არ გამოიყენება (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). მიუხედავად იმისა, რომ არ არსებობს მტკიცებულება, რომ პსს კავშირშია ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერულ და გენდერულად არაკონფორმულ იდენტობასთან, პსს ასოცირებულია დიაბეტის გაზრდილ რისკთან, გულის დაავადებებთან, სისხლის მაღალ წნევასთან და საკვერცხის და ენდომეტრიუმის ავთვისებიან სიმსივნეებთან (Cattrall & Healy, 2004). პოლიკისტური საკვერცხის სინდრომის ნიშნები და სიმპტომები განხილული უნდა იქნეს ტესტოსტერონით მკურნალობის დაწყებამდე, რადგან ტესტოსტერონს ბევრ ამ პრობლემაზე შეუძლია უარყოფითი გავლენის მოხდენა. ტესტოსტერონს შეუძლია გავლენის მოხდენა განვითარებად ნაყოფზეც (Physicians' Desk Reference, 2011) და პაციენტებს, რომლებსაც დაორსულების რისკი აქვთ, მაღალეფექტიანი კონტროლი სჭირდებათ (ორსულობის თავიდან ასაცილებლად).

პირველადი ლაბორატორიული მონაცემები მნიშვნელოვანია როგორც სანწყისი რისკის განსახილველად, ასევე – შესაძლო მომავალი არასასურველი მოვლენების შესაფასებლად. სანწყისი ლაბორატორიული ანალიზების შერჩევისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიის რისკების, რომლებიც ეს ცხრილ 2-შია მოცემული, აგრეთვე, პაციენტის ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორები, მისი ოჯახური ანამნეზის ჩათვლით. რეკომენდებული სანწყისი ლაბორატორიული ტესტების სიები გამოქვეყნებულია (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). ისინი შეიძლება შეიცვალოს შეზღუდული რესურსების მქონე პაციენტების ან ჯანდაცვის სისტემებისათვის, და სხვა მხრივ ჯანმრთელი პაციენტებისთვის.

კლინიკური მონიტორირება ჰორმონული თერაპიის დროს, მისი ეფექტიანობისა და არასასურველი მოვლენების შესაფასებლად

ჰორმონების გამოყენების დროს კლინიკური მონიტორინგის მიზანია ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ხარისხის და მკურნალობის შესაძლო უარყოფითი შედეგების არსებობის შეფასება. თუმცა, როგორც ნებისმიერი ხანგრძლივი მკურნალობის მონიტორინგისას, დაკვირვება უნდა წარმოებდეს კომპლექსური ჯანდაცვის კონტექსტში. კლინიკური მონიტორინგის რეკომენდებული პროტოკოლები გამოქვეყნებულია (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). კომორბიდული სამედიცინო მდგომარეობის მქონე პაციენტებს, შესაძლოა, უფრო ხშირი შემოწმება დასჭირდეთ. ჯანმრთელმა პაციენტებმა, რომლებიც გეოგრაფიულად დაშორებულ და რესურსებით ღარიბ ადგილებში ცხოვრობენ, შეიძლება შეძლონ ალტერნატიული სტრატეგიების გამოყენება, როგორიცაა ტელემედიცინა, ან ითანამშრომლონ ადგილობრივ ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებთან, როგორებიც არიან ექთნები და ექიმის თანაშემწეები. სხვა ჩვენებების არარსებობის შემთხვევაში, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, შესაძლოა, დაკვირვება აწარმოონ იმ რისკებზე, რომლებიც დიდი ალბათობით გაიზრდება ჰორმონული თერაპიის შედეგად ან მხოლოდ შესაძლოა

გაიზარდოს ჰორმონული თერაპიის შედეგად, მაგრამ კლინიკურად სერიოზული ხასიათისაა.

მკურნალობის ეფექტიანობის და რისკის მონიტორირება ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის დროს (MtF)

ჰორმონების ეფექტიანობის საუკეთესო შემფასებელი კლინიკური შედეგია: უვითარდება პაციენტს ფემინიზირებული სხეული მამაკაცური მახასიათებლების შემცირების პარალელურად ისე, როგორც ეს პაციენტის გენდერულ მიზნებს შეესაბამება? იმისათვის, რომ უფრო სწრაფად განისაზღვროს ჰორმონის დოზირება, რომლითაც კლინიკური შედეგის მიღწევა შეიძლება, სუპრესიის მისაღწევ ტესტოსტერონის დონედ შეიძლება ჩაითვალოს ქალის ტესტოსტერონის ნორმალური დიაპაზონის ზედა ზღვრამდე მაჩვენებლები, ესტრადიოლის დონედ კი – პრემენოპაუზაში მყოფი ქალის დიაპაზონის ფარგლები, თუმცა სუპრადიზოლოგიურზე გაცილებით დაბალი მაჩვენებელი (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

არასასურველი მოვლენების მონიტორინგი უნდა მოიცავდეს კლინიკურ და ლაბორატორიულ შეფასებებს. შემდგომი დაკვირვება უნდა გულისხმობდეს კარდიოვასკულარული დარღვევების და ვენოზური თრომბოემბოლიის (ვთე) ნიშნების გამოსავლენად პაციენტის ყურადღებით დიაგნოსტიკას სისხლის წნევის, წონის, პულსის, გულის და ფილტვის გასინჯვის, პერიფერიულ შეშუპებებზე კიდურების შემოწმების, ლოკალიზირებული შესიების ან ტკივილის შეფასების ჩათვლით (Feldman & Safer, 2009). ლაბორატორიული კონტროლი უნდა ეფუძნებოდეს ჰორმონული თერაპიის რისკებს, როგორც ეს ზემოთაა აღწერილი, პაციენტის თანმხლებ დაავადებებს და რისკ-ფაქტორებს, ასევე თავად ჰორმონების მიღების სპეციფიკურ სქემას. ლაბორატორიული მონიტორინგის სპეციფიკური პროტოკოლები გამოქვეყნებულია (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

ჰორმონული თერაპიის რეჟიმები

დღემდე არ ჩატარებულა კონტროლირებული კლინიკური კვლევები ფიზიკური ტრანზიციის მისაღებად საჭირო ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონების დანიშვნის რეჟიმის უსაფრთხოების ან ეფექტიანობის შესაფასებლად. ამის გამო, სამედიცინო ლიტერატურაში დოზირების და ჰორმონების ტიპების ფართო ვარიაციებია გამოქვეყნებული (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). დამატებით, გარკვეულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, შესაძლოა, შეზღუდული იყოს პაციენტის გეოგრაფიული ადგილსამყოფელით და/ან სოციალური და ეკონომიკური სიტუაციით. ამ მიზეზებით, WPATH არ აღწერს და არ გამოყოფს ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის ერთ გარკვეულ რეჟიმს. ამის ნაცვლად, ფართოდაა განხილული მედიკამენტების კლასები და მიღების გზები, რომლებიც გამოქვეყნებული რეჟიმების უმრავლესობაში გამოიყენება.

როგორც ზემოთ ჩანს, ჰორმონული თერაპიის სხვადასხვა რეჟიმის ცალკეული კომპონენტები სხვადასხვა დონის უსაფრთხოებას იძლევა. ენდოკრინოლოგთა ასოციაციის გაიდლაინები (Hembree et al., 2009) და ფელდმანი და სეიფერი (Feldman and Safer, 2009)

კონკრეტულ მითითებებს იძლევიან, ჰორმონების რა ტიპები და დოზები რეკომენდებული, მათი დონეების შესანარჩუნებლად პაციენტისათვის სასურველი გენდერული გამოხატვის მისაღებად საჭირო ფიზიოლოგიურ დიაპაზონში (სრული ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის მიზნებზე დაყრდნობით). მკაცრად რეკომენდებულია, რომ ჰორმონული თერაპიის დამნიშნავი ექიმები რეგულარულად ეცნობოდნენ შესაბამის ლიტერატურას ახალი ინფორმაციისათვის და მოიხმარდნენ იმ მედიკამენტებს, რომლებიც, ადგილობრივი რესურსების გამოყენებით, უსაფრთხოდ აკმაყოფილებს კონკრეტული პაციენტის საჭიროებებს.

ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპიის ჩატარების რეჟიმები (MtF)

ესტროგენი

პერორალური ესტროგენის და, განსაკუთრებით, ეთინილესტრადიოლის გამოყენება, როგორც ჩანს, ზრდის ვთე (ვენოზური თრომბოემბოლიის) რისკს. უსაფრთხოების ამ პრობლემის გამო, ეთინილესტრადიოლი არ არის რეკომენდებული ჰორმონული თერაპიისათვის. ტრანსდერმული ესტროგენი რეკომენდებულია იმ პაციენტებისათვის, რომლებსაც ვთე რისკ-ფაქტორები აქვთ. არასასურველი მოვლენების რისკი იზრდება დიდი დოზების გამოყენების კვალად, განსაკუთრებით, ისეთი დოზების, რომლებიც სუპრაფიზიოლოგიურ დონეს იწვევს (Hembree et al., 2009). პაციენტებმა კომორბიდული სამედიცინო მდგომარეობით, რომლებიც შეიძლება გართულდეს ესტროგენით, შესაძლებლობის შემთხვევაში, თავი უნდა აარიდონ დასაღვე ესტროგენს და მიღება დაბალი დოზებიდან დაიწყონ. ზოგიერთმა პაციენტმა შეიძლება ვერ შეძლოს ესტროგენის იმ დოზის უსაფრთხოდ გამოყენება, რომელიც სასურველი შედეგების მისაღებადაა საჭირო. ამის შესაძლებლობა, პაციენტთან ერთად, წინასწარ უნდა იქნეს განხილული ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე.

ანდროგენის შემამცირებელი მედიკამენტები („ანტიანდროგენები“)

ესტროგენის და ანტიანდროგენების კომბინაცია ფემინიზაციის მისაღწევი ყველაზე უკეთ შესწავლილი მკურნალობის რეჟიმია. ანდროგენის შემამცირებელი მედიკამენტები, რომლებიც სხვადასხვა ჯგუფის წამლები შეიძლება იყოს, იწვევს ენდოგენური ტესტოსტერონის დონის ან ტესტოსტერონის აქტივობის შემცირებას, რითაც ამცირებს მამაკაცურ მახასიათებლებს, როგორიცაა სხეულის თმის საფარველი. მათ მინიმუმამდე დაჰყავთ ტესტოსტერონის დათრგუნვისათვის საჭირო ესტროგენის დოზირება, ამდენად ამცირებენ რისკებს, რომლებიც ეგზოგენური ესტროგენის მაღალ დოზებთანაა ასოცირებული (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989).

გავრცელებული ანტიანდროგენებია:

- სპირონოლაქტონი, ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატი, პირდაპირ თრგუნავს ტესტოსტერონის გამოყოფას და ანდროგენის მიმაგრებას ანდროგენის შესაბამის რეცეპტორთან. სისხლის წნევა და ელექტროლიტები საჭიროებს მონიტორინგს პოტენციური ჰიპერკალემიის გამო.
- ციპროტერონ აცეტატი პროგესტაციური ნაერთია ანტიანდროგენური თვისებებით.

ეს მედიკამენტი არ არის ლიცენზირებული შეერთებულ შტატებში მისი პოტენციური ჰეპატოტოქსიურობის გამო, მაგრამ სხვაგან ყველგან ფართოდაა გამოყენებული (De Cuyper et al., 2005).

- GnRH აგონისტები (მაგ. გოსერელინი, ბუსერელინი, ტრიპტორელინი) ნეირო-ჰორმონებია, რომლებიც გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონის რეცეპტორის ბლოკირებას ახდენენ, რის შედეგადაც ბლოკავენ ფოლიკულმასტიმულირებელი და მალუთენინიზირებელი ჰორმონების გამოყოფას, რასაც მაღალეფექტიან გონადურ დაბლოკვამდე მივყავართ. თუმცა ეს მედიკამენტები ძვირია და მხოლოდ საინექციო ფორმით ან იმპლანტების სახით გამოდის.
- 5-ალფა რედუქტაზას ინჰიბიტორები (ფინასტერიდი და დუტასტერიდი) ბლოკავენ ტესტოსტერონის გარდაქმნას უფრო აქტიურ ნივთიერებად, 5-ალფა-დიჰიდროტესტოსტერონად. ეს წამლები დადებითად მოქმედებს თავის თმის ცვენაზე, სხეულის თმიანი საფარველის ზრდაზე, ცხიმოვან ჯირკვლებზე და კანის სიმკვრივეზე.

ციპროტერონი და სპირონოლაქტონი ყველაზე ხშირად გამოყენებული ანტიანდროგენებია და, შესაძლებელია, ყველაზე ხარვეფექტურიც.

პროგესტინი

ციპროტერონის გარდა, სხვა პროგესტინების ჩართვა ფემინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიაში საკამათოა (Oriel, 2000). იმის გამო, რომ პროგესტინები სარძევე ჯირკვლების განვითარებაში მონაწილეობს უფრედულ დონეზე, ზოგიერთ კლინიცისტს მიაჩნია, რომ ეს ნივთიერებები მკერდის სრული განვითარებისთვისაა აუცილებელი (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). თუმცა, ფემინიზაციის პროგესტინით და მის გარეშე მკურნალობის სქემების კლინიკურმა შედარებამ დაადგინა, რომ პროგესტინების დამატება არც მკერდის გადიდების ხარისხს ზრდის და არც თავისუფალი ტესტოსტერონის დონეს ამცირებს პლაზმაში (Meyer III et al., 1986). არსებობს მოსაზრებები პროგესტინების პოტენციური არასასურველი შედეგების შესახებ, მათ შორისაა დეპრესია, წონის მატება და ლიპიდური ცვლილებები (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). პროგესტინები (განსაკუთრებით, მედროქსიპროგესტერონი), სავარაუდოდ, სარძევე ჯირკვლის კიბოს და გულ-სისხლძარღვთა დარღვევების რისკის მატებას იწვევს ქალებში (Rossouw et al., 2002). მიკრონიზებული პროგესტერონის ამტანობა, შესაძლოა, უკეთესი იყოს და უფრო დადებითი გავლენაც ჰქონდეს ლიპიდურ პროფილზე, ვიდრე მედროქსიპროგესტერონს აქვს (de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის რეჟიმები (FtM)

ტესტოსტერონი

ტესტოსტერონი, ძირითადად, შეიძლება დაინიშნოს დასაღვეად, ტრანსდერმულად ან პარენტერალურად (IM), თუმცა არსებობს ლოყის (ბუკალური) ფირფიტებისა და იმპლანტირებადი პრეპარატების სახითაც. პერორალური ტესტოსტერონი ანდეკანუატი, რომელიც შეერთებული შტატების გარეთაა ხელმისაწვდომი, იწვევს პლაზმაში

ტესტოსტერონის დონის მეტად დაქვეითებას, ვიდრე არაპერორალური პრეპარატები, მენსტრუალური ციკლის დათრგუნვისათვის კი შეზღუდული ეფექტიანობა აქვს (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003). იმის გამო, რომ კუნთშიდა ტესტოსტერონი ციპონატი ან ენანთეტი ხშირად ინიშნება ყოველ 2-4 კვირაში ერთხელ, ზოგიერთ პაციენტს, შესაძლოა, აღენიშნებოდეს მისი შედეგების ციკლური ცვალებადობა (მაგ., სისუსტე და გაღიზიანებადობა ინექციის ციკლის ბოლოს, აგრესია და ამაღლებული გუნება-განწყობა ინექციის ციკლის დასაწყისში), ასევე, უმეტესად აღენიშნებოდეს სისხლში ტესტოსტერონის ფიზიოლოგიური დიაპაზონისგან განსხვავებული დონე (Jockenhovel, 2004). ეს, შესაძლოა, შემსუბუქდეს უფრო დაბალი, მაგრამ უფრო ხშირად დანიშნული დოზირების გრაფიკით ან ყოველდღიური ტრანსდერმული პრეპარატების გამოყენებით (Dobs et al., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag et al., 2004). კუნთშიდა ტესტოსტერონი უნდეკანოატი (ამ ეტაპზე ამერიკაში არ გამოიყენება) ტესტოსტერონის სტაბილურ, ფიზიოლოგიურ დონეს დაახლოებით 12 კვირის განმავლობაში ინარჩუნებს და ეფექტიანია როგორც ჰიპოგონადიზმის შემთხვევაში, ასევე FtM ინდივიდებისათვის (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Ditrach, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006). არის მონაცემები, რომ ტრანსდერმული და კუნთშიდა ტესტოსტერონი მსგავს მასკულიზურ შედეგებს იძლევა, თუმცა, ტრანსდერმალური პრეპარატების გამოყენებისას ცვლილებების დროითი განრიგი შეიძლება ცოტა შენელებული იყოს (Feldman, 2005, April). ექიმის მიზანია კლინიკური შედეგის მისაღებად უმცირესი შესაძლო დოზის გამოყენება, განსაკუთრებით, პაციენტების ასაკის მატებასთან ერთად; ამასთან, საჭიროა ძვლის სიმკვრივის შესანარჩუნებლად შესაბამისი სიფრთხილის ზომების მიღება.

სხვა საშუალებები

პროგესტინები, ყველაზე ხშირად მედროქსიპროგესტერონი, შეიძლება გამოყენებული იქნეს ჰორმონული თერაპიის ადრეულ ეტაპზე, ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში, მენსტრუალური ციკლის შესაწყვეტად. GnRH აგონისტები შეიძლება გამოყენებული იქნეს მათ მსგავსად, ასევე – საშვილოსნოს რეფრაქტერული სისხლდენებისას იმ პაციენტებში, რომლებსაც გინეკოლოგიური დარღვევები არა აქვთ.

ბიოიდენტური და პაციენტისთვის დამზადებული (ექსტემპორალური) კომბინირებული ჰორმონები

რამდენადაც პოსტმენოპაუზის პერიოდისათვის ბიოიდენტური ჰორმონების ჩანაცვლებითი გამოყენების ირგვლივ დისკუსია გააქტიურებულია, გაიზარდა ინტერესი მსგავსი შენაერთების ფემინიზაცია/მასკულიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიაში გამოყენების მიმართაც. არ არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ კლიენტის საჭიროებებისათვის დამზადებული კომბინირებული ბიოიდენტური ჰორმონები უფრო უსაფრთხო და ეფექტიანია, ვიდრე სახელმწიფო სააგენტოს მიერ ლიცენზირებული ბიოიდენტური ჰორმონები (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011). ამის გამო, ჩრდილოეთ ამერიკის მენოპაუზის საზოგადოების (2010) და სხვების მიერ რეკომენდებულია, ჩაითვალოს, რომ, მიუხედავად იმისა, ჰორმონი შენაერთების დამამზადებელი აფთიაქიდანაა თუ არა, თუ აქტიური ინგრედიენტები იგივეა, მასაც იგივე გვერდითი მოქმედების პროფილი ექნება. WPATH ამ შეფასებას ეთანხმება.

IX

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

ბევრ ტრანსგენდერ, ტრანსსექსუალ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანს უნდა, რომ შვილები ჰყავდეს. იმის გამო, რომ ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის ჰორმონები განაყოფიერების შანსებს ზღუდავს (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999), სასურველია, პაციენტებმა შვილოსნობის შესახებ გადანყვეტილება ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე, ან მათი რეპროდუქციული ორგანოების მოსაცილებელი/შემცველი ქირურგიის ჩატარებამდე მიიღონ. ცნობილია შემთხვევები იმ ადამიანების შესახებ, რომლებმაც ჰორმონული თერაპია და გენიტალური ქირურგია ჩაიტარეს და შემდგომ ინანეს, რომ არ ჰქონდათ გენეტიკურად მათთან დაკავშირებული ბავშვების ყოლის შესაძლებლობა (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

ჯანდაცვის სპეციალისტები – რაც გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს, რომლებიც გასცემენ რეკომენდაციას ჰორმონული თერაპიისა და ქირურგიის შესახებ, ექიმებს, რომლებსაც შეუძლიათ დანიშნონ ჰორმონოთერაპია, და ქირურგებს – პაციენტთან ერთად უნდა განიხილავდნენ რეპროდუქციის ვერსიებს გენდერული დიფორიის სამედიცინო გზით მოგვარების დაწყებამდე. ეს განხილვები უნდა ჩატარდეს მაშინაც კი, როცა პაციენტებს მკურნალობის პერიოდში ეს საკითხები არ აინტერესებთ, რაც, შესაძლოა, უფრო ხშირი იყოს შედარებით ახალგაზრდა პაციენტებისათვის (De Sutter, 2009). ადრეული განხილვები სასურველია, მაგრამ ყოველთვის შესაძლებელი არ არის. თუ ინდივიდს სქესის სრული შეცვლის ოპერაცია ჩატარებული არა აქვს, შეიძლება, ჯერ კიდევ მოხერხდეს ჰორმონული თერაპიის იმ ხანგრძლივობით შეწყვეტა, რომ ბუნებრივი ჰორმონები აღდგეს და მომნიშვნელოვანი გამეტები წარმოიქმნას (Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

დებატებისა და მოსაზრების შემცველი სტატიების გარდა, ძალიან ცოტა კვლევაა გამოქვეყნებული იმ ინდივიდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, რომლებიც გენდერული დისფორიის გამო სხვადასხვა სამედიცინო მკურნალობას იტარებენ. მეორე ჯგუფი, რომელსაც გონადების დაკარგვის ან დაზიანების საშიშროების აცილება და ასე რეპროდუქციული ფუნქციის შენარჩუნება სჭირდება, არის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ადამიანები, რომლებიც რეპროდუქციული ორგანოების მოცილებას, ზიანის გამომწვევ რადიაციას ან ქიმიოთერაპიას საჭიროებენ. ამ ადამიანებთან მიღებული გამოცდილება, შესაძლოა, მიუდგეს იმ ხალხს, რომლებიც გენდერული დისფორიის გამო მკურნალობენ.

MtF პაციენტები, განსაკუთრებით ისინი, რომლებსაც ჯერ შვილები არ ჰყოლიათ, ჰორმონული თერაპიის დაწყებამდე ინფორმირებული უნდა იყვნენ სპერმის შენახვის შესაძლებლობებზე და მიეცეთ რჩევა სპერმის ბანკის გამოყენების შესახებ. ერთ-ერთ კვლევაში, რომელიც სათესლე ჯირკვლებზე მაღალი დოზის ესტროგენის გავლენის შედეგებს სწავლობდა (Payer et al., 1979), დაკვირვებების მიხედვით დადგინდა, რომ ესტროგენის მიღების შეჩერებამ, შესაძლოა, სათესლეებს აღდგენის საშუალება მისცეს. სტატიაში, რომელშიც გაკეთებულია ანგარიში ტრანსგენდერი ქალ (MtF) ინდივიდებზე სპერმის გაყინვასთან დაკავშირებით (De Sutter et al., 2002), კვლევის მონაწილე 121 რეპონდენტთა

დიდი უმრავლესობა მიიჩნევდა, რომ სპერმის გაყინვა განხილული და შეთავაზებული უნდა იქნას სამედიცინო სფეროს მიერ. სპერმა აღებული უნდა იქნეს ჰორმონულ თერაპიამდე ან თერაპიის იმდენი ხნით შეჩერების შემდეგ, რომ სპერმატოზოიდების რაოდენობამ ისევ მოიმატოს. კრიოპრეზერვაცია უნდა განიხილებოდეს მაშინაც, როცა სპერმის ხარისხი დაბალია. აზოოსპერმიის მქონე მოზრდილებში ტესტიკულური ბიოფსია აღებული სპერმის მასალის შემდგომი კრიოპრეზერვაციით შესაძლებელია, მაგრამ ყოველთვის წარმატებული არ არის.

რეპროდუქციული ვერსიები FtM ტრანსგენდერი მამაკაცებისათვის შეიძლება მოიცავდეს კვერცხუჯრედების ან ემბრიონის გაყინვას. გაყინული გამეტები და ემბრიონი შესაძლებელია მომავალში გამოყენებული იქნეს სუროგატი დედის ორსულობისათვის. საკვერცხის პოლიკისტური დაავადების მქონე ქალების გამოკვლევამ აჩვენა, რომ საკვერცხეს შეუძლია, ნაწილობრივ აღდგეს ტესტოსტერონის მაღალი დოზების ზემოქმედების შემდეგ (Hunter & Sterrett, 2000). ტესტოსტერონის მიღების მოკლე დროით შეწყვეტამ შეიძლება საკვერცხეებს იმ დონემდე აღდგენის საშუალება მისცეს, რომ კვერცხუჯრედები გამოიმუშაონ. წარმატება დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე და ტესტოსტერონით მკურნალობის ხანგრძლივობაზე. თუმცა სისტემატური კვლევა არ არსებობს, FtM ინდივიდების ნაწილი ზუსტად ამას აკეთებს და ზოგიერთმა მათგანმა დაფეხმძიმება და ბავშვების გაჩენა შესძლო (More, 1998).

პაციენტებს რჩევა უნდა მიეცეთ, რომ ეს ტექნოლოგიები ყველაგან არ არის დანერგილი და შეიძლება ძალიან ძვირიც ღირდეს. ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებს რეპროდუქციის საშუალების ქონაზე უარი არანაირი მიზეზით არ უნდა ეთქვათ.

განსაკუთრებულ ჯგუფს წარადგენს პრეპუბერტული და პუბერტული ასაკის მოზარდები, რომლებსაც ბლოკერების ან სანინაალმდეგო სქესის ჰორმონების გამო არასოდეს განუვითარდებათ მათი დაბადების სქესის შესაბამისი რეპროდუქციული ფუნქცია. სადღეისოდ არ არსებობს ტექნოლოგიები ამ ინდივიდების გონადების ფუნქციების შესანარჩუნებლად.



ხმა და კომუნიკაციური თერაპია

კომუნიკაცია, როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური, ადამიანის ქცევის და გენდერული გამოხატვის მნიშვნელოვანი ასპექტია. ტრანსსექსუალმა, ტრანსგენდერმა და გენდერულად არაკონფორმულმა ადამიანებმა, შესაძლოა, ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტს მიმართონ დახმარებისათვის ვოკალური მახასიათებლების (მაგ. სიმაღლის, ინტონაციის, ტემბრის, მეტყველების სისწრაფის, ფრაზების დალაგების) და არასიტყვიერი კომუნიკაციის სტილის (მაგ., ჟესტიკულაცია, პოზა, სახის გამომეტყველებები) გასავეითარებლად, რაც მათ საკუთარ გენდერულ იდენტობასთან კომფორტულ არსებობაში დაეხმარება. ხმის და კომუნიკაციის თერაპიას შეუძლია გენდერული დისფორიის

შემსუბუქება და პოზიტიური და მოტივირებული ნაბიჯის გადადგმა გენდერული როლის გამოხატვის მიზნების მისაღწევად.

კომპეტენციები ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებისათვის, რომლებიც ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ კლიენტებთან მუშაობენ

სპეციალისტებს შორის შეიძლება იყვნენ მეტყველება-ენის დეფექტოლოგები, ლოგოპედები, მეტყველება-ხმის კლინიკისტიები. უმეტეს ქვეყნებში დეფექტოლოგთა პროფესიული ასოციაცია ითხოვს სპეციალურ კვალიფიკაციას და შესაბამის დამადატურებელ საბუთებს წევრობისათვის. ზოგიერთ ქვეყანაში მთავრობა არეგულირებს მათ პრაქტიკას ლიცენზირების, სერტიფიცირების და რეგისტრაციის პროცესებით (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada).

ქვემოთ მოყვანილია რეკომენდებული მინიმალური პროფესიული მოთხოვნები ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტებისათვის, რომლებიც ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ კლიენტებთან მუშაობენ:

1. სპეციალური მომზადება და კომპეტენტურობა ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული კლიენტების კომუნიკაციური უნარების შეფასებასა და განვითარებაში.
2. საბაზისო ცოდნა ტრანსგენდერული ჯანმრთელობის, ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობებისა და ტრანს-სპეციფიკური ფსიქოსოციალური საკითხების შესახებ, როგორც ეს *SOC*-შია მოყვანილი; და ძირითადი ტრანს-სპეციფიკური პროტოკოლების ცოდნა, ისეთების, როგორიცაა სასურველი გენდერული ნაცვალსახელის და სახელის გამოყენება (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. უწყვეტი განათლება ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული კლიენტებისათვის კომუნიკაციური უნარების შეფასებასა და განვითარებაში. ეს, შეიძლება, მოიცავდეს პროფესიულ შეხვედრებზე, სამუშაო ჯგუფებში ან სემინარებზე დასწრებას; მონაწილეობას კვლევებში, რომლებიც გენდერული იდენტობის საკითხებს ეხება; დამოუკიდებელ კვლევას; ან გამოცდილი, სერტიფიცირებული კლინიკისტის მიერ განეულ პროფესიულ ზედამხედველობას.

სხვა სპეციალისტებს, როგორებიცაა ხმის მწვრთნელები, თეატრის პროფესიონალები, სიმღერის მასწავლებლები და მოძრაობის ექსპერტები, შეუძლიათ ფასეული დამატებითი როლის შესრულება. ასეთ პროფესიონალებს, იდეალურ შემთხვევაში, ექნებათ მეტყველება-ენის დეფექტოლოგთან მუშაობის ან აქტიური თანამშრომლობის გამოცდილება.

შეფასებისა და მკურნალობის საკითხები

ხმის ფორმირების და კომუნიკაციის თერაპიის ზოგადი დანიშნულებაა კლიენტს დახმარება გაუწიოს ხმისა და კომუნიკაციის ისე ადაპტირებაში, რომ ეს უსაფრთხოც იყოს, ბუნებრივად და შედეგად კომუნიკაციის ის სახე მიიღოს, რომელიც, კლიენტების შეგრძნებით, შეესაბამება მათ გენდერულ იდენტობას და ასახავს მათი „მე“-ს შეგრძნებას (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). აუცილებელია, რომ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტები მგრძნობიარენიყვნენ კომუნიკაციის საკითხში კლიენტის ინდივიდუალური პრიორიტეტების მიმართ. კომუნიკაცია – სტილი, ხმა, ენის არჩევანი, სხვ. – პირადულია. ინდივიდებს არ უნდა მიეცეთ რჩევა ისეთი ქცევების გათავისებისათვის, რომლებსაც მათთვის კომფორტულობის შეგრძნება არ მოაქვთ ან რომლებსაც ვერ ითავისებენ. სპეციალისტები საუკეთესო სამსახურს გაუწევენ მათ კლიენტებს, თუ საკმარის დროს დაუთმობენ მათი გენდერული პრობლემების და გენდერული როლის გამოხატვის მიზნების გაგებას (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

ინდივიდებმა შეიძლება აირჩიონ ისეთი კომუნიკაციური ქცევის ფორმები, რომელთა შეძენა მათ გენდერული იდენტობის შესაბამისად სურთ. ეს გადანყვევტილებები, აგრეთვე, ინფორმირებულია და გამყარებულია ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტის ცოდნითა და კონკრეტული კლიენტის შეფასების მონაცემებით (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010). შეფასება მოიცავს კლიენტის თვითშეფასებას და სპეციალისტის მიერ ხმის, ტემბრის, გამოთქმის, სალაპარაკო ენის და არავერბალური კომუნიკაციის შეფასებას (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

ხმისა და კომუნიკაციის მკურნალობის გეგმების ჩამოყალიბება ხდება არსებული კვლევების მაჩვენებლების, შესაბამისი სპეციალისტის კლინიკური ცოდნისა და გამოცდილების და კლიენტის საკუთარი მიზნების და ფასეულობების გათვალისწინებით (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada). მკურნალობის მიზნები, ჩვეულებრივ, მოიცავს ხმის სიმაღლეს, ინტონაციას, ხმის აწევის და მახვილების დასმის წესს, ხმის ხარისხს, ტემბრს, გამოთქმას, მეტყველების სიჩქარეს და არტიკულაციას, ფრაზირებას, ენას და არავერბალურ კომუნიკაციას (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). მკურნალობა შეიძლება გულისხმობდეს ინდივიდუალურ და/ან ჯგუფურ სესიებს. მკურნალობის სიხშირე და ხანგრძლივობა ცვლილებას განიცდის კლიენტების საჭიროებებიდან გამომდინარე. ხმისა და კომუნიკაციური თერაპიის არსებული პროტოკოლები გათვალისწინებული შეიძლება იყოს ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების ჩამოყალიბებისას (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

ხმის ფემინიზაცია ან მასკულიზაცია მოიცავს ხმის წარმოქმნის მექანიზმის არაჩვეულებრივად გამოყენებას. აუცილებელია პროფილაქტიკური ზომების მიღება ხმის არასწორი გამოყენების და ხმის ხანგრძლივი დაზიანების თავიდან ასაცილებლად. ამის გამო, ხმის ფორმირების და კომუნიკაციური თერაპიის ყველა სერვისი უნდა შეიცავდეს ხმის ჯანმრთელობის დაცვის კომპონენტს (Adler et al., 2006).

ხმის ჯანმრთელობა ხმის ფემინიზაციისათვის ჩატარებული ქირურგიის შემდეგ

როგორც XI თავშია აღნიშნული, ზოგი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანი ხმის ფემინიზაციის ქირურგიას იტარებს (ხმის დაბოხებას შეიძლება მიაღწიონ მასკულინიზაციის ჰორმონული თერაპიით, მაგრამ ფემინიზაციის ჰორმონულ თერაპიას არა აქვს გავლენა მოზრდილი ტრანსგენდერი ქალის [MtF] ხმაზე). პაციენტებში, რომლებსაც ეს ქირურგია ჩაუტარდათ, დაკმაყოფილების, უსაფრთხოების და ხანგრძლივი ვადით გაუმჯობესების ხარისხი სხვადასხვაა. რეკომენდებულია, რომ ინდივიდებმა, რომლებიც ხმის ფემინიზაციის ოპერაციის გაკეთებას აპირებენ, კონსულტაცია აიღონ ხმისა და კომუნიკაციის სპეციალისტისაგან ქირურგიის შედეგების მაქსიმალიზაციის, ხმის ჯანმრთელობის დაცვის და ხმის სიმალლესთან არდაკავშირებული კომუნიკაციის საშუალებების შესასწავლად. ხმის ქირურგიის პროცედურები უნდა შეიცავდეს ქირურგიის შემდგომ სეანსებს ხმისა და მეტყველების სპეციალისტთან, რომელიც, მოცემულ ქვეყანაში, მეტყველების თერაპისტების/მეტყველება-ენის დეველპოლოგების საბჭოს მიერ არის ლიცენზირებული და/ან აკრედიტირებული (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

XI

ქირურგია

სქესის შეცვლის/სქესის კვლავმინიჭების ქირურგია ეფექტიანი და სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელია

ქირურგია – განსაკუთრებით, გენიტალური ქირურგია – ხშირად ბოლო და ყველაზე დიდხანს ნაფიქრი ნაბიჯია გენდერული დისფორიის მკურნალობის პროცესში. მაშინ, როცა ბევრი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდი ქირურგიის გარეშეც კომფორტულად გრძნობს თავს თავის გენდერულ იდენტობასთან, როლთან და გამოხატვასთან, სხვა მრავალისთვის გენდერული დისფორიის შეამსუბუქებლად ოპერაცია არსებითი და სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი საკითხია (Hage & Karim, 2000). ამ ბოლო ჯგუფისათვის გენდერული დისფორიისგან განთავისუფლება ვერ მიიღწევა მათი პირველადი და/ან მეორადი სასქესო ნიშნების მოდიფიცირების გარეშე მათ გენდერულ იდენტობასთან მეტ შესაბამისობაში მოსაყვანად. უფრო მეტიც, ქირურგიას შეუძლია პაციენტებს დაეხმაროს, უკეთ იგრძნონ თავი თავიანთი სექს-პარტნიორების გვერდით ან ისეთ ადგილებში, როგორებიცაა ექიმთა კაბინეტები, საცურაო აუზები ან ჯანმრთელობის კლუბები. ზოგ ვითარებაში ქირურგიას შეუძლია ზიანის რისკის შემცირება პოლიციის ან სხვა ოფიციალური პირების მიერ დაპატიმრების ან ჩხრეკის შემთხვევაში.

შემდგომმა დაკვირვებებმა აჩვენა, რომ სქესის შეცვლის ქირურგიას უეჭველად პოზიტიური გავლენა აქვს ისეთ პოსტოპერაციულ შედეგებზე, როგორებიცაა კარგად

ყოფნის სუბიექტური შეგრძნება, კოსმეტიკური მხარე და სექსუალური ფუნქცია (De Cuyper et al., 2005; Gijss & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfafflin & Junge, 1998). დამატებითი ინფორმაცია ქირურგიული მკურნალობის შედეგებზე შეჯამებულია დანართ D-ში.

სქესის შეცვლის ქირურგიასთან დაკავშირებული ეთიკის საკითხები

ჩვეულებრივ, ქირურგიულ პრაქტიკაში პათოლოგიური ქსოვილების მოცილება ხდება დარღვეული ფუნქციის აღსადგენად, ან სხეულის ნაწილების ცვლილება ხორციელდება პაციენტის თვითაღქმის გასაუმჯობესებლად. ზოგიერთი პიროვნება, ჯანდაცვის ზოგიერთი სპეციალისტის ჩათვლით, აპროტესტებს ქირურგიის, როგორც გენდერული დისფორიის მკურნალობის ვერსიის, ჩატარების ეთიკურ მხარეს, რადგან ითვლება, რომ ეს პირობები არ სრულდება.

მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სპეციალისტებმა, რომლებიც გენდერული დისფორიის მქონე პაციენტებზე ზრუნავენ, მშვიდად მიიღონ, რომ ანატომიურად ნორმალური სტრუქტურების შეცვლა უნევთ. იმისთვის, რომ გაიგონ, თუ როგორ შეუძლია ქირურგიას გენდერული დისფორიის მქონე ინდივიდებისათვის ფსიქოლოგიური დისკომფორტის და დისტრესის შემსუბუქება, სპეციალისტებმა ამ უნდა მოუსმინონ პაციენტებს, რომლებიც თავიანთ სიმპტომებზე, დილემაზე და ცხოვრების ისტორიებზე მსჯელობენ. ქირურგიის ჩატარების სანაღამდეგო აზრი, რომელიც აიხსნება ეთიკური საფუძველით „რაც მთავარია, არ ავნო“, პაციენტისთვის უნდა იქნეს მოსმენილი, განხილული და ამ აზრის მქონეებს შესაძლებლობა უნდა მიეცეთ, თავად პაციენტებისგან გაიგონ გენდერული დისფორიისაგან გამომწვეული ფსიქოლოგიური დისტრესის შესახებ და იმ ზიანის თაობაზე, რომელიც მათ შეიძლება მიაღდეს სათანადო მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევაში.

გენდერული დისფორიის მკურნალობა გენიტალური და სარძევე ჯირკვლის/გულ-მკერდის ქირურგიის გზით არ წარმოადგენს უბრალოდ მორიგ არჩევით პროცედურას. ტიპური არჩევითი პროცედურები მხოლოდ პაციენტსა და ქირურგს შორის კერძო ურთიერთშეთანხმებას მოითხოვს. გენიტალური და სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის ქირურგია, როგორც გენდერული დისფორიისათვის სამედიცინო თალსაზრისით აუცილებელი მკურნალობა, უნდა ჩატარდეს მხოლოდ კვლიფიციური ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ ჩატარებული შეფასების შემდეგ, როგორც ეს SOC-ის VII თავშია აღნიშნული. ეს ქირურგიული ოპერაციები შეიძლება მხოლოდ მაშინ ჩატარდეს, როცა არსებობს წერილობითი დოკუმენტაცია იმისა, რომ ხსენებული შეფასება ჩატარებულია და პირი შეესაბამება სპეციფიკური ქირურგიული მკურნალობის ჩატარების კრიტერიუმებს. ამ პროცედურის დაცვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, ქირურგები და, რა თქმა უნდა, პაციენტები, სხეულისათვის უკუქცევადი ცვლილებების ჩატარების პასუხისმგებლობას ინაწილებენ.

არაეთიკურია სქესის შეცვლის ქირურგიის ან მისი ჩატარებისათვის ჩვენებების არსებობის უარყოფა მხოლოდ იმის საფუძველზე, რომ აღინიშნება სისხლის სეროპოზიტიურობა ისეთ სისხლის გზით გადამდებ ინფექციებზე, როგორებიცაა აივ ან ჰეპატიტი C და B.

ქირურგების ურთიერთდამოკიდებულება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან, ჰორმონების დანიშვნაზე პასუხისმგებელ ექიმებთან (მათი ჩართულობის შემთხვევაში) და პაციენტებთან (ინფორმირებული თანხმობით)

ქირურგის როლი გენდერული დისფორიის მკურნალობაში არ არის მხოლოდ უბრალო ტექნიკური პერსონალის ფუნქცია. არამედ, პასუხისმგებელიანი ქირურგი კარგად იქნება გაცნობილი პაციენტის ისტორიას და იმ საფუძველს, რომელმაც პაციენტის ქირურგიაზე გადამომისამართება განაპირობა. ამ თვალსაზრისით, ქირურგებმა დიდი დრო უნდა დაუთმონ პაციენტებთან საუბარს და ახლო სამუშაო ურთიერთობა უნდა ჰქონდეთ ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან, რომლებიც აქტიურად იყვნენ ჩართული მათ კლინიკურ მომსახურებაში.

კონსულტაციის სრულყოფა ადვილდება, თუ ქირურგი მოქმედებს, როგორც ინტერ-დისციპლინური ჯანდაცვის გუნდის ნაწილი. სხვა შემთხვევაში, ქირურგი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ მიმართვის გამცემი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტ(ებ)ი და, თუ ეს პუნქტი ესადაგება, ექიმი, რომელიც ჰორმონებს ნიშნავს, კომპეტენტური არიან გენდერული დისფორიის შეფასებასა და მკურნალობაში, რადგან ქირურგი დიდად ეყრდნობა მათ კომპეტენტურობას.

როგორც კი ქირურგი დარწმუნდება, რომ სპეციფიკური ქირურგიული ოპერაციების ჩვენებები არსებობს (როგორც ეს ქვემოთაა მოცემული), ქირურგიული მკურნალობა შესაძლებლად უნდა ჩაითვალოს და წინასაოპერაციო კონსულტაცია უნდა შედგეს. ამ კონსულტაციის დროს, თავად პროცედურა და პოსტოპერაციული მიმდინარეობა აქტიურად უნდა იქნას განხილული პაციენტთან. ქირურგებს აქვთ პასუხისმგებლობა, ქირურგიის მსურველ გენდერული დისფორიის მქონე პაციენტთან განიხილონ ყველა ის საკითხი, რომლებიც ქვემოთაა მოყვანილი:

- არსებობს ქირურგიული მიდგომის სხვადასხვა ტექნიკა (შესაძლებელია გადა-მისამართება სხვა კოლეგებთან, ალტერნატიული ვარიანტებისთვის);
- თითოეული მეთოდის უპირატესობა და ნაკლი;
- პროცედურის შესაძლებლობების შეზღუდულობა „იდეალური“ შედეგის მისაღწის საქმეში; ქირურგებმა უნდა წარმოადგინონ საკუთარი პაციენტების ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომი ფოტოების სრული ნაკრები, წარმატებული და წარუმატებელი შედეგების ჩათვლით;
- სხვადასხვა მეთოდის გარდაუვალი რისკები და შესაძლო გართულებები; ქირურგებმა პაციენტებს უნდა აცნობონ, რა სიხშირით აწყდებოდნენ საკუთარი გართულებებს ყოველი ცალკეული პროცედურისას.

ეს განხილვები საფუძვლად უდევს ინფორმირებულ თანხმობას, რომელიც ნებისმიერი ქირურგიული პროცედურის ჩატარების მოთხოვნაა – როგორც ეთიკური, ისე იურიდიული. იმაში დარწმუნება, რომ პაციენტებს ქირურგიულ გამოსავალზე რეალისტური მოლოდინი აქვთ, მნიშვნელოვანი ფაქტორია იმ შედეგის მისაღწევად, რომელიც მათ გენდერულ დისფორიას შეამსუბუქებს.

ყველა ეს ინფორმაცია პაციენტს წერილობითი სახით უნდა მიენოდოს, იმ ენაზე, რომელსაც ისინი თავისუფლად ფლობენ, გრაფიკული ილუსტრაციებით. პაციენტებმა ინფორმაცია წინასწარ უნდა მიიღონ (შესაძლოა, ინტერნეტის საშუალებით) და საკმარისი დრო უნდა მიეცეთ მასთან გასაცნობად. ინფორმირებული თანხმობის ელემენტები ყოველთვის პირისპირ უნდა იყოს განხილული ქირურგიულ ჩარევამდე. ამის შემდეგ შეიძლება საჭირო იყოს პასუხის გაცემა დასმულ კითხვებზე და პაციენტისაგან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა იქნება აღებული. იმის გამო, რომ ეს ოპერაციები შეუქცევადია, ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ პაციენტებს საკმარისი დრო ჰქონდეთ მიცემული ინფორმაციის აღსაქმელად, სანამ მათ წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის წარმოდგენას მოსთხოვენ. ამისთვის, სულ ცოტა, 24 საათია რეკომენდებული.

ქირურგებმა უნდა უზრუნველყონ დაუყოვნებელი პოსტოპერაციული ზრუნვის არსებობა და კონსულტაციის გავლა სხვა ექიმებთან, რომლებიც პაციენტს მომავალში მოემსახურებიან. პაციენტებმა უნდა ითანამშრომლონ ქირურგთან პოსტოპერაციული ზრუნვის გეგმის ჩამოსაყალიბებლად.

გენდერული დისფორიის მქონე პაციენტების სამკურნალოდ გამიზნული ქირურგიული პროცედურების მიმოხილვა

ტრანსგენდერი ქალი (MtF) პაციენტისათვის ქირურგიული პროცედურები შეიძლება მოიცავდეს შემდეგს:

1. სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის ქირურგია: გაზრდაზე ორიენტირებული მამოპლასტიკა (იმპლანტები/ ლიპოფილინგი)
2. გენიტალური ქირურგია: პენექტომია, ორქიექტომია, ვაგინოპლასტიკა, კლიტოროპლასტიკა, ვულვოპლასტიკა;
3. ქირურგიული ჩარევები, რომლებიც არ ეხება სასქესო ორგანოებს (გენიტალიებს) და მკერდს: სახის ფემინიზაციის ქირურგია, ლიპოსაქცია, ლიპოფილინგი, ხმის ქირურგია, კრიკოიდული ხრტილის ზომაში შემცირება, დუნდულა კუნთების გაზრდა (იმპლანტები/ლიპოფილინგი), თმის რეკონსტრუქცია და სხვადასხვა ესთეტიკური პროცედურები.

ტრანსგენდერი მამაკაცი (FtM) პაციენტისათვის ქირურგიული პროცედურები შესაძლოა მოიცავდეს შემდეგს:

1. სარძევე ჯირკვლების/გულმკერდის ქირურგია: კანქვეშა მასტექტომია, მამაკაცის გულმკერდის შექმნა;
2. გენიტალური ქირურგია: ჰისტერექტომია/ოვარიექტომია, ურეთრის ფიქსირებული ნაწილის რეკონსტრუქცია, რომელიც, შეიძლება, კომბინირებული იყოს მეტოიდოპლასტიკასთან ან ფალოპლასტიკასთან (ფუძით მიმაგრებული ან თავისუფალი ვასკულიზირებული ქსოვილის მონაკვეთის (გრაფტის) გამოყენებით), ვაგინექტომია, სკროტოპლასტიკა და ფალოპროტეზის და/ან სათესლეების პროტეზების იმპლანტაცია;

3. არაგენიტალური და არა-სარძევე ჯირკვლების ქირურგიული ჩარევები: ხმის ფორმირების ქირურგია, ლიპოსაქცია, ლიპოფილინგი, გულმკერდის იმპლანტატები და სხვადასხვა ესთეტიკური პროცედურები.

რეკონსტრუქციული თუ ესთეტიკური ქირურგია

კითხვა იმის შესახებ, სქესის კვლავმინიჭების ოპერაცია „ესთეტიურ“ ქირურგიად უნდა ჩაითვალოს თუ „რეკონსტრუქციულად“, მართო ფილოსოფიური თვალსაზრისით კი არ არის მართებული, არამედ ფინანსური თვალსაზრისითაც. ესთეტიკური ან კოსმეტიკური ქირურგია ძირითადად სამედიცინო თვალსაზრისით არააუცილებლად ითვლება და ამის გამო, ჩვეულებრივ, მთლიანად პაციენტის მიერ ანაზღაურდება. ამის საწინააღმდეგოდ, რეკონსტრუქციული პროცედურები სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლად ითვლება – უეჭველი თერაპიული შედეგებით – და, ამის გამო, მთლიანად ან ნაწილობრივ ფინანსდება ეროვნული ჯანდაცვის სისტემიდან ან სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

სამწუხაროდ, პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგიის სფეროში (როგორც ზოგადში, ასევე სპეციფიკურად გენდერთან დაკავშირებული ოპერაციებისას), არ არსებობს მკაფიო განსხვავება იმის თაობაზე, თუ რა არის წმინდად რეკონსტრუქციული და რა არის წმინდად კოსმეტიკური. პლასტიკური ქირურგიის უმეტესი პროცედურა, ფაქტობრივად, ორივეს ნარევია – რეკონსტრუქციულის და კოსმეტიკური კომპონენტების.

მაშინ, როცა სპეციალისტთა უმრავლესობა თანხმდება, რომ გენიტალური ქირურგია და მასტექტომია არ შეიძლება ჩაითვალოს წმინდად კოსმეტიკურ ოპერაციებად, განსხვავებულია მოსაზრებები იმის შესახებ, თუ რა ხარისხით შეიძლება ჩაითვალოს სხვა ქირურგიული პროცედურები (მაგ, სარძევე ჯირკვლების/მკერდის გადიდება, სახის ფმინიზაციის ოპერაცია) წმინდად რეკონსტრუქციულად. თუმცა, შეიძლება, გაცილებით ადვილი იყოს ფალოპლასტიკის და ვაგინოპლასტიკის მიჩნევა მთელი ცხოვრების მანძილზე გაგრძელებული ტანჯვის დასასრულებლად გამიზნულ ჩარევად ზოგიერთი პაციენტისათვის ზომაში შემამცირებელ რინოპლასტიკასაც შეიძლება რადიკალური და მუდმივი დადებითი შედეგი ქონდეს მათი ცხოვრების ხარისხზე და, ამის გამო, გაცილებით მნიშვნელოვანი იყოს სამედიცინო თვალსაზრისით, ვიდრე ვინმესთვის, რომელსაც გენდერული დისფორია არა აქვს.

კრიტერიუმები ქირურგიისათვის

ისევე, როგორც SOC-ისთვის მთლიანად, გენდერული დისფორიის დროს ქირურგიული მკურნალობის დაწყების კრიტერიუმები შემუშავდა ოპტიმალური სამედიცინო დახმარების გასავითარებლად. მიუხედავად იმისა, რომ SOC ინდივიდუალური მიდგომის საშუალებას იძლევა პაციენტის ჯანდაცვის საჭიროებების საუკეთესო ხარისხით მისაწოდებლად, სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდისა თუ გენიტალიების ნებისმიერი ტიპის ოპერაციის ჩატარების აუცილებელი კრიტერიუმია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ დოკუმენტირებული გენდერული დისფორიის არსებობა. ზოგიერთი ოპერაციისათვის დამატებითი კრიტერიუმები მოიცავს მომზადებას და მკურნალობას, რომელშიც შედის ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპია და ერთი წელი

უწყვეტად ცხოვრება იმ გენდერული როლში, რომელიც შესაბამისობაშია ადამიანის გენდერულ იდენტობასთან.

ეს კრიტერიუმები მოყვანილია ქვემოთ. არსებული მტკიცებულებისა და სპეციალისტთა კლინიკური კონსენსუსის მიხედვით, სხვადასხვა ოპერაციისათვის სხვადასხვა რეკომენდაციებია მოცემული.

SOC არ აზუსტებს განრიგს, რომლის მიხედვითაც სხვადასხვა ოპერაცია უნდა შედგეს. ქირურგიული პროცედურების რაოდენობა და თანმიმდევრობა შეიძლება შეიცვალოს პაციენტიდან პაციენტამდე, მათი კლინიკური საჭიროებების მიხედვით.

სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის ქირურგიის კრიტერიუმები (ერთი რეფერალი)

კრიტერიუმები მასტექტომიისათვის და მამაკაცური ტიპის გულმკერდის შექმნისთვის FtM პაციენტებში:

1. პერსისტენტული, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის შესაძლებლობა;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში (უფრო მცირეწლოვანებისთვის იხელმძღვანელებს *SOC*-ით ბავშვებისა და მოზარდებისათვის);
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად უნდა იყოს კონტროლირებული.

ჰორმონული თერაპია აუცილებელი წინაპირობა არ არის.

კრიტერიუმები სარძევე ჯირკვლების გასადიდებლად (იმპლანტები/ლიპოფილინგი) MtF პაციენტებში

1. პერსისტენტული, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემული ქვეყნისათვის (უფრო მცირეწლოვანისათვის იხელმძღვანელებს *SOC*-ით ბავშვებისა და მოზარდებისათვის);
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად კონტროლირებული უნდა იყოს.

რეკომენდებულია, რომ MtF პაციენტებმა ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპია (მინიმუმ 12 თვე) სარძევე ჯირკვლების გადიდების ოპერაციამდე გაიარონ, თუმცა, ეს ცალსახა

ჩვენებას არ წარმოადგენს. მისი მიზანია მკერდის ზრდის სტიმულირება უკეთესი ქირურგიული (ესთეტიკური) შედეგების მისაღწევად.

კრიტერიუმები გენიტალური ქირურგიისათვის (ორი რეფერალი)

გენიტალური ქირურგიის კრიტერიუმები სპეციფიკურია და მოთხოვნილი ოპერაციის ტიპზეა დამოკიდებული.

კრიტერიუმები ჰისტერექტომიისა და ოვარიექტომიისათვის FtM პაციენტებში და ორქიექტომიისათვის MtF პაციენტებში

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადანყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში;
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად კონტროლირებული უნდა იყოს;
5. უწყვეტი ჰორმონული თერაპია 12 თვის განმავლობაში პაციენტის გენდერული როლის მიზნების შესაბამისად (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა პაციენტს სამედიცინო უკუჩვენება აქვს ან, რამე სხვა მიზეზით, ვერ იღებს ან არ სურს ჰორმონების მიღება).

გონადექტომიის წინ ჰორმონული თერაპიის ჩატარების მიზანი, უპირველესად, ესტროგენის ან ტესტოსტერონის შექცევადი დათრგუნვაა მანამდე, სანამ პაციენტს შეუქცევადი ქირურგიული ოპერაცია ჩაუტარდება.

ეს კრიტერიუმები არ ეხება იმ პაციენტებს, რომლებსაც ეს პროცედურები გენდერული დისფორიისაგან დამოუკიდებელი სამედიცინო ჩვენებების გამო უტარდებათ.

კრიტერიუმები მეტოიდოპლასტიკის ან ფალოპლასტიკისათვის FtM პაციენტებისათვის და ვაგინოპლასტიკისათვის MtF პაციენტებში.

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადანყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში;
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად კონტროლირებული უნდა იყოს;

5. უწყვეტი ჰორმონული თერაპია 12 თვის განმავლობაში პაციენტის გენდერული როლის მიზნების შესაბამისად (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა პაციენტს სამედიცინო უკუჩვენება აქვს ან, რამე სხვა მიზეზით, ვერ იღებს ან არ სურს ჰორმონების მიღება);
6. 12 თვის განმავლობაში უწყვეტი ცხოვრება იმ გენდერულ როლში, რომელიც მათ გენდერულ იდენტობას შეესაბამება.

რეკომენდებულია, რომ ეს პაციენტები რეგულარულად დადიოდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან სხვა სამედიცინო სპეციალისტების კონსულტაციებზე, თუმცა ეს ცალსახა წინაპირობა არ არის.

ოპერაციამდე 12 თვის განმავლობაში იდენტობასთან შესაბამის გენდერულ როლში ცხოვრების დასაბუთება

გარკვეული ტიპის გენიტალური ქირურგიისთვის დადგენილი ეს კრიტერიუმი – კერძოდ, ის, რომ პაციენტები 12 უწყვეტი თვის განმავლობაში იმ გენდერულ როლში ცხოვრობდნენ, რომელიც მათ გენდერულ იდენტობას შეესაბამება – ეფუძნება სპეციალისტთა კლინიკურ კონსენსუსს, რომ ეს გამოცდილება პაციენტებს საკმარის შესაძლებლობებს აძლევს, გამოსცადონ და სოციალურად შეეგუონ მათ სასურველ გენდერულ როლს, სანამ შეუქცევად ქირურგიულ ოპერაციას ჩაიტარებენ. როგორც VII თავშია ნახსენები, პიროვნების გენდერული როლის ცვლილების სოციალური ასპექტები, ჩვეულებრივ, გამოწვევებთანაა დაკავშირებული – ხშირად უფრო მეტად, ვიდრე მისი ფიზიკური ასპექტები. გენდერული როლის ცვლილებას, შეიძლება, ღრმა პიროვნული და სოციალური შედეგები მოჰყვეს და იმისთვის, რომ ადამიანებმა წარმატებით ფუნქციონირება შეძლონ მათ გენდერულ როლში, ამის გაკეთების შესახებ მიღებული გადაწყვეტილება უნდა მოიცავდეს იმის გაცნობიერებას, თუ როგორი იქნება ოჯახური, ინტერპერსონალური, განათლებითი, დასაქმებითი, ეკონომიკური და იურიდიული გამოწვევები. კვალიფიცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტისა და თანასწორთაგან მხარდაჭერა გენდერულ როლში წარმატებული ადაპტაციისათვის შესაძლოა ფასდაუდებო დახმარება იყოს (Bockting, 2008).

12-თვიან პერიოდში პაციენტს ექნება საშუალება, დადგეს იმ სხვადასხვა ცხოვრებისეული გამოცდილების და მოვლენათა წინაშე, რომლებიც წლის განმავლობაში შეიძლება მოხდეს (მაგ. ოჯახური ღონისძიებები, გამოსასვლელი დღეები, შევბუთებები, სეზონზე დამოკიდებული სამუშაო ან სკოლის გამოცდილებები). ამ დროის განმავლობაში პაციენტები უწყვეტად, ყოველდღიურ რეჟიმში და ცხოვრების ყველა სიტუაციაში უნდა წარსდგნენ მათთვის სასურველ გენდერულ როლში. ეს გულისხმობს ქამინაუთს მშობლებთან, ოჯახთან, მეგობრებთან, თემის წევრებთან (მაგ. სკოლაში, სამუშაოზე, სხვა ადგილებში).

ჯანდაცვის პროფესიონალებმა სამედიცინო ანკეტაში მკაფიო დოკუმენტაციით უნდა დაასაბუთონ გენდერულ როლში პაციენტის უწყვეტად ცხოვრების გამოცდილება, მისი დაწყების თარიღის ჩათვლით მათთვის, ვინც გენიტალური ქირურგიისათვის ემზადება. ზოგ სიტუაციაში, თუ საჭიროა, ჯანდაცვის სპეციალისტებმა შესაძლოა მოითხოვონ იმის შემოწმება, რომ ეს კრიტერიუმი სრულდებოდა: ისინი, შესაძლოა, დაუკავშირდნენ იმ ინდივიდებს, რომლებიც პაციენტთან დაკავშირებული იყვნენ იდენტობის შესაბამის

გენდერულ როლში, ან მოითხოვონ იურიდიული სახელის და/ან გენდერული მარკერის შეცვლის საბუთები, თუ ასეთი რამ მოხდა.

ქირურგია იმ პირებისათვის, ვისაც ფსიქოტური მდგომარეობები და სხვა სერიოზული ფსიქიკური დაავადებები აქვთ

როცა გენდერული დისფორიის პაციენტებს დამატებით უდგინდებათ მძიმე ფსიქიატრიული დარღვევები და რეალობის შეცვლილი აღქმა (მაგ. ფსიქოტური ეპიზოდები, ბიპოლარული აშლილობა, იდენტობის დისოციაციური აშლილობა, პიროვნული აშლილობის მოსაზღვრე მდგომარეობა), აუცილებლად უნდა შეეცადონ ამ მდგომარეობების გაუმჯობესებას ფსიქოტროპული მედიკამენტებით და/ან ფსიქოთერაპიით, სანამ ქირურგიის შესაძლებლობა განიხილება. განმეორებითი შეფასება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ, რომელსაც ფსიქოტური მდგომარეობების შეფასების და მართვის კვალიფიკაცია აქვს, ქირურგიამდე უნდა იქნას ჩატარებული და უნდა აღწერდეს პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატუსს და ქირურგიისათვის მზადყოფნას. ოპერაცია ვერ ჩატარდება, სანამ პაციენტი გამწვავებულ ფსიქოტურ ფაზაშია (De Cuypere & Vercruyse, 2009).

ქირურგების კომპეტენცია, რომლებიც სარძევე ჯირკვლის/ გულმკერდის ან გენიტალურ ქირურგიას ატარებენ

ექიმები, რომლებიც გენდერული დისფორიისათვის ქირურგიულ მკურნალობას ატარებენ, უნდა იყვნენ უროლოგები, გინეკოლოგები, პლასტიკური ქირურგები ან ზოგადი პროფილის ქირურგები და, შესაბამისად, სერტიფიცირებული უნდა იყვნენ ეროვნული და/ან რეგიონული ასოციაციების მიერ. ქირურგებს გენიტალურ რეკონსტრუქციულ ტექნიკაში სპეციალური კომპეტენცია უნდა ჰქონდეთ, რაც აღნიშნული უნდა იყოს უფრო გამოცდილი ქირურგის ზედამხედველობით ჩატარებული სწავლების ჩანაწერებში. გამოცდილ ქირურგებსაც კი უნდა სურდეთ, რომ მათ ქირურგიულ უნარებს მათმა კოლეგებმა გადახედონ. ქირურგიული შედეგების ოფიციალური აუდიტი და ამ შედეგების გამოქვეყნება გამამხნეველი იქნება როგორც ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის, ასევე პაციენტებისათვის. ქირურგები რეგულარულად უნდა დაესწრონ პროფესიულ შეხვედრებს, სადაც ახალი ტექნიკები განიხილება. ზოგჯერ პაციენტები ეფექტიანად იყენებენ ინტერნეტს საკუთარი გამოცდილების ქირურგებისთვის და მათი გუნდებისთვის გასაზიარებლად.

იდეალურ შემთხვევაში ქირურგებმა გენიტალური რეკონსტრუქციის ერთზე მეტი ქირურგიული ტექნიკა უნდა იცოდნენ, რათა პაციენტთან კონსულტაციისას ყოველი ინდივიდისათვის იდეალური ტექნიკის შერჩევა შეეძლოთ. ალტერნატიულად, თუ ქირურგი მხოლოდ ერთ ტექნიკურ მეთოდშია სპეციალიზირებული და ეს პროცედურა ან არ ერგება ან არ სურს პაციენტს, ქირურგმა პაციენტს ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს სხვა პროცედურების შესახებ და შესთავაზოს გადამისამართება სხვა, სათანადოდ მომზადებულ ქირურგთან.

სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის ქირურგიული ტექნიკა და გართულებები

მიუხედავად იმისა, რომ სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის შესახედაობა მნიშვნელოვანი მეორადი სასქესო მახასიათებელია, სარძევე ჯირკვლების არსებობა და ზომა არ შედის სქესის და გენდერის იურიდიულ განმარტებაში და არც აუცილებელია რეპროდუქციისათვის. სარძევე ჯირკვლების/გულმკერდის ოპერაციების ჩატარება გენდერული დისფორიის სამკურნალოდ განხილული უნდა იქნას იგივე სიფრთხილით, როგორც ჰორმონული თერაპიის დანყება, რადგან ორივე განაპირობებს სხეულის შედარებით შეუქცევად ცვლილებებს.

MtF პაციენტებისათვის სარძევე ჯირკვლების გადიდება (ზოგჯერ მოიხსენება, როგორც „მკერდის რეკონსტრუქცია“) არ არის განსხვავებული დაბადებიდან მდედრობითი სქესის პაციენტისთვის ცატარებული პროცედურისაგან. ის, ჩვეულებრივ, ტარდება სარძევე ჯირკვლის პროტეზის იმპლანტაციით და ზოგჯერ – ლიპოფილინგის ტექნიკით. ინფექციები და კაფსულარული ფიბროზი იშვიათი გართულებებია აუგმენტაციური მამოპლასტიკის MtF პაციენტებში (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

FtM პაციენტებს შეუძლიათ მიმართონ მასტექტომიას ანუ „მამაკაცის მკერდის კონტურიებას“. ბევრი FtM პაციენტისათვის ესაა ერთადერთი ოპერაცია, რომელსაც იტარებენ. როცა სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის მასის მოცილება ხდება, მასთან ერთად კანიც სცილდება და ნაწიბური რჩება, რის შესახებაც პაციენტს უნდა ეცნობოს. კანქვეშა მასტექტომიის გართულებები შესაძლოა მოიცავდეს ძუძუს თავების ნეკროზს, კონტურის უსწორმასწორობას, შეუხედავ დანაწირებულებას (Monstrey et al., 2008).

გენიტალური ქირურგიული ტექნიკა და გართულებები

გენიტალური ქირურგიის პროცედურები MtF პაციენტისათვის შეიძლება მოიცავდეს ორქიექტომიას, პენექტომიას, ვაგინოპლასტიკას, კლიტოროპლასტიკას და ლაბიაპლასტიკას. ქირურგიული ტექნიკა შეიძლება იყოს პენისის კანის ინვერსია, ფუძეზე მიმაგრებული კოლოსიგმოიდური ტრანსპლანტი და თავისუფალი კანის ტრანსპლანტი ნეოვაგინის ამოსაფენად. სექსუალური შეგრძნება მნიშვნელოვანი ამოცანაა ვაგინოპლასტიკაში, ფუნქციური საშოს და მისაღებ კოსმეტიკურ მხარესთან ერთად.

MtF გენიტალური ოპერაციების ქირურგიული გართულებები შესაძლოა იყოს საშოს ან ბაგეების სრული ან ნაწილობრივი ნეკროზი, საშარდე ბუშტიდან ან ნაწლავიდან საშოში გახსნილი ფისტულა, ურეთრის სტენოზი და საშო, რომელიც ან ძალიან მოკლეა ან ძალიან პატარაა კოიტუსისათვის. მაშინ, როცა ქირურგიული ტექნიკა ნეოვაგინის შესაქმნლად ფუნქციურად და ესთეტიკურადაც შესანიშნავია, ამ პროცედურების შემდეგ ყოფილა ანორგაზმიის ჩივილები, ამასთან, კოსმეტიკური თვალსაზრისით შესაძლოა საჭირო გახდეს მეორე საფეხურის ლაბიაპლასტიკა (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

გენიტალური ქირურგიული პროცედურები FtM პაციენტებისათვის შეიძლება შეიცავდეს ჰისტერექტომიას, ოვარიექტომიას (სალპინგოოფორექტომიას), ვაგინექტომიას, მეტოიდოპლასტიკას, სკროტოპლასტიკას, ურეთროპლასტიკას, ტესტიკულური პროტეზის ჩასმას და ფალოპლასტიკას. პაციენტებისთვის, რომლებსაც მუცლის ღრუს ოპერაცია არასოდეს გაუკეთებიათ, მონოდებულობა ლაპარასკოპიული ტექნიკა

ჰისტერექტომიისა და სალპინგოოფორექტომიისათვის, მუცლის ქვედა ზედაპირზე ნაწიბურის თავიდან ასაცილებლად. ვაგინალური მიდგომა, შესაძლოა, რთული იყოს, რადგან ამ პაციენტთა უმრავლესობას შვილი არასოდეს გაუჩენია და პენეტრაციული კოიტუსი არ გამოუცდია. ფალოპლასტიკის თანამედროვე ოპერაციული ტექნიკა სხვადასხვანაირია. ქირურგიული ტექნიკის არჩევანი შეიძლება შეზღუდული იყოს ანატომიური ან ქირურგიული მოსაზრებებით და კლიენტის ფინანსური მდგომარეობით. თუ ფალოპლასტიკის ამოცანებია კარგი შესახედაობის ნეოფალოსი, შარდვა ფეხზე დამდგარ მდგომარეობაში, სექსუალური შეგრძნება და/ან კოიტუსის შესაძლებლობა, პაციენტებს მკაფიოდ უნდა განემარტოთ, რომ ამისთვის არსებობს ქირურგიის რამდენიმე ცალკე სტადია და ხშირი ტექნიკური სირთულეები, რომლებიც, შესაძლოა, დამატებითი ოპერაციის ჩატარებას მოითხოვდეს. მეტოიდოპლასტიკაც კი, რომელიც, თეორიულად, ერთსაფეხურიანი პროცედურაა მიკროფალოსის კონსტრუქციისათვის, ხშირად ერთზე მეტ ოპერაციას საჭიროებს. ფეხზე დამდგარი შარდვის ამოცანა ამ ტექნიკური მეთოდით შესაძლოა ყოველთვის ვერ გადაიჭრას (Monstrey et al., 2009).

ფალოპლასტიკის გართულებები FtM პაციენტებში შესაძლოა შეიცავდეს საშარდე ტრაქტის ხშირ სტენოზებს და ფისტულებს და ზოგჯერ – ნეოფალოსის ნეკროზს. მეტოიდოპლასტიკის შედეგია მიკროპენისი, რომელიც შეუძლებელს ხდის შარდვას ფეხზემდგომ მდგომარეობაში. ფალოპლასტიკა, ფუძეზე მიმაგრებული ან თავისუფალი ვასკულირებული ქსოვილის ნაჭრის გამოყენებით, ხანგრძლივი, მრავალსაფეხურიანი პროცედურაა მნიშვნელოვანი ავადობით, რომელიც მოიცავს საშარდე გზების გართულებებს და სხეულის დონორული უბნის დანაწიბურებას. ამ მიზეზით, ბევრი FtM პაციენტი არასოდეს იტარებს გენიტალურ ქირურგიას ჰისტერექტომიის და სალპინგოოფორექტომიის გარდა (Hage & De Graaf, 1993).

ის პაციენტებიც კი, რომლებსაც მძიმე ქირურგიული გართულებები ემართებათ, იშვიათად ნანობენ ოპერაციის გაკეთებას. ქირურგიის მნიშვნელობა შეიძლება სათანადოდ შეფასდეს იმის ისევ და ისევ აღმოჩენით, რომ ქირურგიული შედეგების ხარისხი სქესის შეცვლის საერთო შედეგის ერთ-ერთი საუკეთესო განმსაზღვრელია (Lawrence, 2006).

სხვა ოპერაციები

სხეულის ფემინიზაციის სხვა დამხმარე ოპერაციებია კრიკოიდული ქონდროპლასტიკა („აღამის ვაშლის“ შემცირება), ხმის მოდიფიცირების ოპერაცია, ლიპოპლასტიკა ცხიმის ამოტუმბვით (კონტურის მოდელირება) წელის არეში, რინოპლასტიკა (ცხვირის კორექცია), სახის ძვლების ზომამი შემცირება, სახის დაჭიმვა, ბლეფაროპლასტიკა (ქუთუთოს გაახალგაზრდავება). სხეულის მასკულინიზაციის ხელშემწყობ სხვა ოპერაციებში განეკუთვნება ლიპოსაქცია, ლიპოფილინგი, მამაკაცური ტიპის გულმკერდის იმპლანტები. ხმის ქირურგია ხმის დაბოხების მიზნით იშვიათია, მაგრამ, შესაძლოა, რეკომენდებული იყოს ზოგიერთ შემთხვევაში, მაგალითად, როცა ჰორმონული თერაპია არაეფექტიანი გამოდგება.

მართალია, ეს ოპერაციები არ მოითხოვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ გაცემულ გადამისამართებას, მაგრამ ამ სპეციალისტებს შეუძლიათ, მნიშვნელოვანი როლი ითამაშონ ამ პროცედურების დროის ოპტიმალურ შერჩევაში და მათ შედეგებში სოციალური ტრანზიციის თვალსაზრისით.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ პროცედურების უმეტესობა ზოგადად იწოდება, როგორც „წმინდად ესთეტიკური“, ზუსტად ეს ოპერაციები მძიმე გენდერული დისფორიის მქონე პაციენტებში შესაძლოა, სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლად ჩასატარებლად ჩაითვალოს, რაც დამოკიდებულია მოცემული პაციენტის უნიკალურ კლინიკურ მდგომარეობასა და ცხოვრებისეულ სიტუაციაზე. ეს ორგანიზმზე ასახავს კლინიკური სიტუაციების რეალობას და იძლევა ამ პროცედურების ჩატარების საჭიროებისა და სურვილის თვალსაზრისით ინდივიდუალური გადაწყვეტილებების მიღების საშუალებას.

XII

პოსტოპერაციული სამედიცინო მომსახურება და შემდგომი მეთვალყურეობა

ხანგრძლივი პოსტოპერაციული სამედიცინო მომსახურება და შემდგომი მეთვალყურეობა გენდერული დისფორიის გამო ქირურგიული მკურნალობის ჩატარების შემდეგ კარგ ქირურგიულ და ფსიქოსოციალურ შედეგებს უკავშირდება (Monstrey et al., 2009). შემდგომი მეთვალყურეობა აუმჯობესებს პაციენტის შემდგომ ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და, აგრეთვე, ქირურგიის ცოდნას ქირურგიის სარგებლიანობისა და ლიმიტების შესახებ. ქირურგებმა, რომლებიც შორი მანძილიდან ჩამოსულ პაციენტებს უკეთებენ ოპერაციას, პაციენტის ინდივიდუალური შემდგომი მეთვალყურეობა მათ სამედიცინო დახმარების გეგმაში უნდა შეიტანონ და შეეცადონ, უზრუნველყონ ხელმისაწვდომი ხანგრძლივი შემდგომი ზრუნვა პაციენტის გეოგრაფიულ რეგიონში.

პოსტოპერაციულმა პაციენტებმა შესაძლოა ზოგჯერ თავი აარიდონ სპეციალისტების მიერ ჩატარებულ შემდგომ მეთვალყურეობას, მათ შორის – ჰორმონული თერაპიის დამნიშნავ სპეციალისტებსაც (ჰორმონების მიმღები პაციენტების შემთხვევაში), იმის გაუცნობიერებლად, რომ ამ მომწოდებლებს ყველაზე კარგად შეუძლიათ იმ სამედიცინო მდგომარეობების პროფილაქტიკა, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რომლებიც მხოლოდ ჰორმონული და ქირურგიული მკურნალობის მიმღებ პაციენტებს ახასიათებთ. შემდგომი მეთვალყურეობის საჭიროება ასევე ვრცელდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებზეც, რომლებმაც, შესაძლოა, მეტი დრო გაატარეს პაციენტთან, ვიდრე ნებისმიერმა სხვა სპეციალისტმა და, ამის გამო, საუკეთესოდ შეუძლიათ ნებისმიერ პოსტოპერაციულ სიძნელეებში დახმარების გაწევა. ჯანდაცვის სპეციალისტებმა ხაზი უნდა გაუსვან პოსტოპერაციული მეთვალყურეობის მნიშვნელობას პაციენტებთან საუბარში და მათ უწყვეტი დახმარება უნდა შესთავაზონ.

პოსტოპერაციულმა პაციენტებმა რეგულარული სამედიცინო სკრინინგი უნდა ჩაიტარონ იმ მითითებების მიხედვით, რომლებიც მათი ასაკისთვისაა რეკომენდებული. ეს საკითხი განხილულია შემდეგ თავში.

XIII

პროფილაქტიკური და პირველადი ჯანდაცვა სიცოცხლის განმავლობაში

ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებს ჯანმრთელობის დაცვა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სჭირდებათ. მაგალითად, გონადექტომიის ახალგაზრდა ასაკში გაკეთების და/ან ხანგრძლივი, მაღალი დოზით ჰორმონული თერაპიის შედეგად უარყოფითი გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად, პაციენტებს ყოველმხრივი სამედიცინო დახმარება სჭირდებათ მიმწოდებლისგან, რომლებსაც პირველადი ჯანდაცვის და ტრანსგენდერთა ჯანმრთელობის დაცვის გამოცდილება აქვთ. თუ ერთ მიმწოდებელს არ შეუძლია ყველა მომსახურების განევა, აუცილებელია უწყვეტი კომუნიკაცია მიმწოდებლებს შორის.

პირველადი ჯანდაცვის და ჯანმრთელობის შენარჩუნების საკითხები მართული უნდა იყოს გენდერული როლის შესაძლო ცვლილების და გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებელი ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის წინ, მათი მიმდინარეობისას და მათ შემდეგ. მიუხედავად იმისა, რომ ჰორმონული თერაპიის მიმწოდებლები და ქირურგები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ პროფილაქტიკურ დახმარებაში, ყოველი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული პიროვნება ზოგადი ჯანდაცვის საჭიროებებისათვის პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელთან უნდა თანამშრომლობდეს (Feldman, 2007).

ზოგადი პროფილაქტიკური ჯანდაცვა

საერთო მოსახლეობისათვის შემუშავებული მითითებები გამოსადეგია იმ ორგანოების სისტემების სკრინინგისათვის, რომლებიც ნაკლებალბათურია, დაზიანდეს ფემინიზაცია/მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიით. თუმცა ისეთი სფეროებისთვის, როგორებიცაა გულსისხლძარღვთა რისკ-ფაქტორები, ოსტეოპოროზი და ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნე (სარძევე ჯირკვლის, საშვილოსნოს ყელის, საკვერცხეების, საშვილოსნოს და პროსტატის), ასეთი ზოგადი მითითებები, შესაძლოა, ჭარბად ან არასაკმარისად აფასებდეს იმ ინდივიდების სკრინინგის რენტაბელობას, რომლებიც ჰორმონულ თერაპიას იღებენ.

არსებობს რამდენიმე წყარო, რომლებიც გვაძლევს პირველადი ჯანდაცვის დეტალურ პროტოკოლებს პაციენტებისთვის, რომლებიც ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიას გადიან, იმ თერაპიის ჩათვლით, რომელიც სქესის შეცვლის ოპერაციების შემდეგ ინიშნება (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005). კლინიკისტებმა უნდა იხელმძღვანელონ ეროვნული მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მითითებებით და სკრინინგის საკითხები განიხილონ პაციენტებთან, ბაზისურ რისკებზე ჰორმონული თერაპიის ზემოქმედების ქრილში.

ონკოლოგიური სკრინინგი

სქესთან დაკავშირებული ორგანოთა სისტემების ონკოლოგიური სკრინინგი ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული პირებისა და მათი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის, შესაძლოა, სპეციფიკურ სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ გამოწვევებთან იყოს დაკავშირებული. დიდი მასშტაბის პროსპექტული კვლევების არარსებობის პირობებში ნაკლებ შესაძლებელია, რომ მიმწოდებლებს საკმარისი მტკიცებულება ჰქონდეთ იმისთვის, თუ რა სახის და სიხშირის ონკოლოგიური სკრინინგია გამართლებული ამ პოპულაციისათვის. ჭარბ სკრინინგს შედეგად მოსდევს ჯანდაცვის გაზრდილი ხარჯები, ცრუპოზიტიური გავრცელების მაჩვენებლების მატება, ხშირად, არასაჭირო რადიაციული დასხივება და/ან ისეთი დიაგნოსტიკური ჩარევები, როგორიცაა ბიოფსია. არასაკმარისი სკრინინგის შედეგია პოტენციურად განკურნებადი სიმსივნეების დაგვიანებული დიაგნოსტიკა. პაციენტებმა, შესაძლოა, ონკოლოგიური სკრინინგი აღიქვან გენდერის დადასტურებად (როგორიცაა მამოგრამა MtF პაციენტებისათვის) ან ფიზიკურად და ემოციურად მტკივნეულად (როგორიცაა Pap-ტესტი, რომელიც განგრძობად ზრუნვას განაპირობებს FtM პაციენტებისათვის).

უროგენიტალური დახმარება

გინეკოლოგიური დახმარება, შესაძლოა, აუცილებელი იყოს ორივე სქესის ტრანს-სექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის. FtM პაციენტებისათვის ასეთი დახმარება, ძირითადად, საჭიროა იმ ინდივიდებისათვის, რომლებსაც გენიტალური ქირურგია არ ჩატარებიათ. MtF პაციენტებისათვის ასეთი დახმარება საჭიროა გენიტალური ქირურგიის შემდეგ. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი ქირურგი კონსულტაციას უწევს პაციენტებს პოსტოპერაციული უროგენიტალური ზრუნვის თაობაზე, პირველადი ჯანდაცვის კლინიკისტიები და გინეკოლოგებიც უნდა იცნობდნენ ამ პოპულაციის სპეციფიკურ გენიტალურ პრობლემებს.

ყველა MtF პაციენტმა უნდა მიიღოს კონსულტაცია გენიტალური ჰიგიენის, სექსუალობის და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის თაობაზე; ისინი, ვისაც გენიტალური ქირურგია ჩაუტარდათ, აგრეთვე, კონსულტირებული უნდა იყვნენ სამოს რეგულარული დილატაციის ან პენეტრაციული კოიტუსის საჭიროებაზე სამოს სიღმის და სიგანის შესანარჩუნებლად (van Trotsenburg, 2009). მამაკაცის მენჯის ანატომიის გამო, ნეოვაგინის ლერძი და განზომილებები საფუძვლიანად განსხვავდება ბიოლოგიური სამოსგან. ამ ანატომიურმა განსხვავებამ, შესაძლოა, უარყოფითად იმოქმედოს კოიტუსზე, თუ ის MtF პაციენტებსა და მათ პარტნიორებს კარგად არ ესმით (van Trotsenburg, 2009).

MtF პაციენტებში, რომლებსაც დამოკლებული ურეთრის რეკონსტრუქციის საჭიროების გამო ოპერაცია აქვთ ჩატარებული, ხშირია ქვედა საშარდე გზების ინფექციები. დამატებით ამ პაციენტებს შესაძლოა ანუხებდეს ქვედა საშარდე გზების ფუნქციური დარღვევები; ეს დარღვევები, შეიძლება, გამოწვეული იყოს საშარდე ბუშტის ფუძის ავტონომიური ინერვაციის დაზიანებით, სწორ ნაწლავსა და საშარდე ბუშტს შორის განაკვეთის გაკეთებისას და თვით საშარდე ბუშტის პოზიციის ცვლილების გამო. სქესის შეცვლის ოპერაციის შემდეგ შეიძლება ჩამოყალიბდეს დისფუნქციური საშარდე ბუშტი (მაგ. ჰიპერაქტიური საშარდე ბუშტი, დაძაბვისას ან სასწრაფო სიტუაციაში შარდის შეუკავებლობა) (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

FtM პაციენტების უმეტესობას ვაგინექტომია (კოლპექტომია) არ უტარდება. პაციენტებისათვის, რომლებიც მასკულინიზაციის ჰორმონებს იღებენ, მიუხედავად ტესტოსტერონის ესტროგენად დიდი ოდენობით გარდაქმნისა, შესაძლოა, რეგულარულად შეინიშნებოდეს საშოს შიდა გამომფენი შრის ატროფიული ცვლილებები, რამაც შეიძლება ქავილი და წვა გამოიწვიოს. გასინჯვა შეიძლება, მტკივნეული იყოს როგორც ფიზიკურად, ისე ემოციურად, მაგრამ მკურნალობის არჩატარებას სიტუაციის მნიშვნელოვანი გართულება შეუძლია. გინეკოლოგებს, რომლებიც FtM პაციენტების გენიტალურ ჩივილებს მკურნალობენ, გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეთ მომატებული მგრძნობელობა, რომელიც მამაკაცური გენდერული იდენტობის და გენდერული თვითგამოხატვის პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ჩვეულებრივ ქალის სქესთან ასოცირებული გენიტალიების ქონის გამო.

XIV

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გამოყენების შესაძლებლობა ინსტიტუციონალიზებულ გარემოში მცხოვრები ადამიანებისათვის

SOC მთლიანობაში ესადაგება ყველა ტრანსსექსუალ, ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანს, მიუხედავად მათი საცხოვრებელი სიტუაციისა. ადამიანები არ უნდა განიცდიდნენ დისკრიმინაციას სათანადო ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, იმისდა მიუხედავად, თუ სად ცხოვრობენ – აქ იგულისხმება ისეთი ინსტიტუციონალიზებული გარემოც, როგორიცაა ციხეები ან ხანგრძლივი/საშუალო ვადის ჯანდაცვითი დაწესებულებები (Brown, 2009). ჯანდაცვა ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის, რომლებიც ინსტიტუციონალიზებულ გარემოში ცხოვრობენ, უნდა იყოს იმ მომსახურების ასლი, რომელიც მათთვის ხელმისაწვდომი იქნებოდა, იმავე საზოგადოებაში და არაინსტიტუციონალიზებულ პირობებში რომ იმყოფებოდნენ.

SOC-ში აღწერილი შეფასებისა და მკურნალობის ყველა ელემენტი შეიძლება მიენოდოს ადამიანებს, რომლებიც ინსტიტუციებში იმყოფებიან (Brown, 2009). არ შეიძლება უარი ითქვას სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელ მკურნალობაზე სპეციალური სიტუაციის ან საცხოვრებელი გარემოს გამო. თუ ჯანდაცვის პროფესიონალებს, რომლებიც მოცემულ სისტემაში მუშაობენ ან მასთან არიან ასოცირებული, გენდერული დისფორიის მქონე პირების შეფასების/მკურნალობისათვის სათანადო გამოცდილება არ გააჩნიათ, გამართლებულია გარე კონსულტაციის მიღება იმ პროფესიონალებისგან, რომლებსაც ჯანდაცვის ამ სპეციფიკური სფეროსთვის შესაბამისი ცოდნა აქვთ.

ინსტიტუციებში განთავსებულ, გენდერული დისფორიის მქონე ადამიანებს, შესაძლოა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანაარსებული პრობლემები ჰქონდეთ (Cole et al., 1997). ეს პრობლემები სათანადოდ უნდა იქნეს შეფასებული და ნამკურნალები.

პირებს, რომლებიც ინსტიტუციებში ხვდებიან უკვე დანიშნული ჰორმონული თერაპიის სათანადო სქემით, იგივე ან მსგავსი თერაპია უნდა გაუგრძელდეთ და მონიტორირება SOC-ის მიხედვით უნდა ჩაუტარდეთ. სიტუაციების უმეტესობაში, ე.წ. „გაჩერებული კადრის“⁴ მიდგომა არ ითვლება გამართლებულ დახმარებად (Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). გენდერული დისფორიის მქონე ადამიანებს, რომლებზეც მიჩნეულია, რომ ჰორმონებით მკურნალობას საჭიროებენ (SOC-ის მიხედვით), ასეთი მკურნალობა უნდა დაენციოთ. ჰორმონული თერაპიის სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებლობის დროს ჰორმონების უეცარი შეწყვეტა ან არდანიშვნა, იწვევს ისეთ უარყოფით შედეგებს, როგორიცაა ქირურგიული თვითმკურნალობა აუტოკასტრაციით, დეპრესიული განწყობა, დისფორია და/ან თვითმკვლელობისადმი მიდრეკილება (Brown, 2010).

შეიძლება გაკეთდეს SOC-თან შესაბამისი სამედიცინო დახმარების მიწოდების გონივრული მორგება ინსტიტუციონალურ გარემოზე, თუ ეს მორგება საფრთხეს არ შეუქმნის გენდერული დისფორიის მქონე პირისათვის სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი დახმარების განცხადებას. გონივრული მორგების მაგალითია საინექციო ჰორმონების გამოყენება (სამედიცინო უკუჩვენების არარსებობისას) იქ, სადაც მაღალია პერორალური პრეპარატების მიღების წესების დარღვევის ალბათობა (Brown, 2009). გენდერული როლისთვის საჭირო ცვლილებებზე ან მკურნალობაზე უარის თქმა, სქესის შეცვლის ქირურგიის ჩათვლით, იმის გამო, რომ ადამიანი ინსტიტუციაში იმყოფება, SOC-ის მიხედვით, გონივრულ მორგებას არ წამოადგენს (Brown, 2010).

საცხოვრებელ და საშხაპე/საპირფარეშო ოთახებში, რომლებსაც ინსტიტუციებში მცხოვრები ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანები იყენებენ, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მათი გენდერული იდენტობა და როლი, ფიზიკური მდგომარეობა, თავმოყვარეობა და პირადი უსაფრთხოება. მათი ერთსქესიან საცხოვრებელ ოთახში, პალატაში ან საკანში განთავსება მხოლოდ მათი გარეთა სასქესო ნიშნების შესახედაობის საფუძველზე, შესაძლოა, არ იყოს გამართლებული და პირი მსხვერპლის მდგომარეობაში აღმოჩენის რისკის ქვეშ დააყენოს (Brown, 2009).

ინსტიტუციები, სადაც ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანები ცხოვრობენ და ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებას იღებენ, ტოლერანტული და დადებითი კლიმატის არსებობას უნდა აკონტროლებდნენ და უზრუნველყონ, რომ მათ რეზიდენტებს თანამშრომლების ან სხვა რეზიდენტებისგან საფრთხე არ ემუქრებოდეთ.

4 ამ მიდგომით, ჰორმონებით მკურნალობის დაწყება ან მედიკამენტების დამატება აკრძალულია სასჯელაღსრულების სისტემაში მოხვედრილი ტრანსგენდერი პირისათვის. მაგრამ თუ საპატიმროში შესვლისას ის უკვე იღებდა ჰორმონულ პრეპარატებს, მაშინ ამ თერაპიის გაგრძელება ნებადართულია

XV

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გამოყენების შესაძლებლობა სქესის განვითარების დარღვევის მქონე ადამიანებისათვის

ტერმინოლოგია

ტერმინი *სქესის განვითარების დარღვევა* (სგდ) რეპროდუქციული ტრაქტის ატიპური გავითარების სომატურ მდგომარეობას აღნიშნავს. (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPE51/ESPE2 Consensus Group, 2006). სგდ მოიცავს მდგომარეობას, რომელსაც ადრე *ინტერსექსუალობა*ს უწოდებდნენ. მიუხედავად იმისა, რომ ტერმინოლოგია შეიცვალა სგა-ს სასარგებლოდ საერთაშორისო კონსენსუსის კონფერენციაზე 2005 წელს (Hughes et al., 2006), ტერმინის გამოყენების შესახებ შეუთანხმებლობა გრძელდება. ზოგი მკაცრად ეწინააღმდეგება „აშლილობის“ იარლიყს და ურჩევნიათ, მის ნაცვლად ეს თანდაყოლილი მდგომარეობა განიხილებოდეს, როგორც მრავალფეროვნების საკითხი (Diamond, 2009), ამიტომ აგრძელებენ ტერმინების *ინტერსექსი* ან *ინტერსექსუალობა* გამოყენებას. WPATH SOC-ში იყენებს ტერმინს *სგდ* ობიექტურად და განსჯისგან დაცლილი ფორმით, რათა უზრუნველყოს, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალებს შეეძლებათ, იცნონ ეს სამედიცინო ტერმინი და გამოიყენონ ის შესაბამისი ლიტერატურის მოსაძიებლად, ამ სფეროს გავითარების კვალად. WPATH ღიაა ახალი ტერმინოლოგიისათვის, რომელიც უფრო მეტად მოჰყვანს ნათელს ამ მრავალფეროვანი პოპულაციის წევრების გამოცდილებას და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის და მიწოდების გაუმჯობესებას უზრუნველყოფს.

საფუძველი SOC-ზე დამატებისათვის

ადრე, სგად-ის მქონე ინდივიდები, რომლებიც, აგრეთვე, შეესაბამებოდნენ *DSM-IV-TR*-ის გენდერული იდენტობის აშლილობის ქცევით კრიტერიუმებს (American Psychiatric Association, 2000), გამოირიცხებოდნენ ამ ზოგადი დიაგნოზიდან. ამის ნაცვლად, ისინი კატეგორიზირებულები იყვნენ, როგორც „გენდერული იდენტობის დაღვევა – სხვაგვარი დაუზუსტებელი“ დიაგნოზის მქონენი. ისინი აგრეთვე გამოირიცხებოდნენ WPATH-ის სამედიცინო დახმარების სტანდარტებიდანაც.

მიმდინარე შეთავაზება *DSM-5* (www.dsm5.org)-ისთვის არის ტერმინ *გენდერული იდენტობის აშლილობის* შეცვლა *გენდერული დისფორიით*. ამას გარდა, *DSM*-ისთვის შეთავაზებული ცვლილებები მიიჩნევენ, რომ მდგომარეობა, როცა ინდივიდს გენდერული დისფორია და სგდ აქვს, ჩაითვალოს გენდერული დისფორიის განსხვავებულ ფორმად, რომელიც შეიძლება ქვეტიპის სახით გამოიყოს. ეს შეთავაზებული კატეგორია, რომელიც გარკვევით მიჰყვანს გენდერული დისფორიის ინდივიდებს, რომლებსაც აქვთ და რომლებსაც არ აქვთ სგდ, გამართლებულია: ადამიანებში, რომლებსაც სგდ აქვთ, გენდერული დისფორია განსხვავდება მისი ფენომენოლოგიური გამოვლინებით, ეპიდემიოლოგიით, ცხოვრების მიმდინარეობით და ეტიოლოგიით (Meyer-Bahlburg, 2009).

მოზრდილები სგდ

სგდ-ით და გენდერული დისფორიით სულ უფრო ხშირად ხვდებიან ჯანდაცვის სპეციალისტების ყურადღების ველში. შესაბამისად, მათი სამედიცინო დახმარების მოკლე მიმოხილვა შეტანილია SOC-ის ამ ვერსიაში.

ჯანმრთელობის ანამნეზის საკითხები

ჯანდაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც დახმარებას უწევენ პაციენტებს სგა-ის და გენდერული დისფორიის თანაარსებობის შემხვევაში, უნდა ესმოდეთ, რომ სამედიცინო კონტექსტი, რომელშიც პაციენტები გაიზარდნენ, ჩვეულებრივ, ძალიან განსხვავებულია იმ ადამიანების სიტუაციისაგან, რომლებსაც სგა არ აქვთ.

ზოგიერთ ადამიანს სგდ უდგინდება დაბადების მომენტში, გენდერისათვის ატიპური სასქესო ორგანოების არსებობის დადასტურებით (ეს აღმოჩენა სულ უფრო ხშირად კეთდება პრენატალურ პერიოდში ვიზუალიზაციის ისეთი მეთოდებით, როგორიც ულტრასონოგრაფიაა). ეს ჩვილები ამის შემდეგ ინტენსიურ სამედიცინო დიაგნოსტიკას გადიან. ოჯახთან და ჯანდაცვის სპეციალისტებთან კონსულტაციის შემდეგ – რომლის დროსაც სპეციფიკური დიაგნოზი, ფიზიკური და ჰორმონული გამოკვლევის შედეგები და გრძელვადიანი შედეგების შემსწავლელი კვლევების დასკვნები (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004) იქნება გათვალისწინებული – ახალშობილს სქესი ენიჭება: მამრობითი ან მდედრობითი.

სხვა ინდივიდები სგდ-ით ჯანდაცვის სპეციალისტების ყურადღების არეალში დაახლოებით პუბერტატული ასაკის დროს ხვდებიან, ატიპური მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლენის შემდეგ, რაც სპეციფიკური სამედიცინო შეფასების/დიაგნოსტიკის დაწყებას განაპირობებს.

სგდ ტიპი და მდგომარეობის სირთულე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტისთვის საწყისი სქესის მინიჭების გადაწყვეტილებაზე, შემდგომ გენიტალიურ ქირურგიაზე და სხვა სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ დახმარებაზე (Meyer-Bahlburg, 2009). მაგალითად, ანდროგენების პრენატალური ზემოქმედება სგდ-ის მქონე ინდივიდებში კორელირებულია გენდერთან დაკავშირებული ქცევის მასკულიზაციის ხარისხთან (როგორებიცაა გენდერული როლი და (თვით)გამოხატვა); თუმცა, ეს კორელაცია მხოლოდ ზომიერია, ქცევის ბევრი სახესხვაობა პრენატალური ანდროგენის ზემოქმედებაზე არადამოკიდებული რჩება (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006). აღსანიშნავია, რომ მსგავსი კორელაცია პრენატალურ პერიოდში ანდროგენის ზემოქმედებასა და გენდერულ იდენტობას შორის აღმოჩენილი არ არის (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004). ეს ხაზგასმულია იმ ფაქტით, რომ ადამიანები ერთი და იმავე (ბირთვული) გენდერული იდენტობით შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდნენ მათი გენდერთან დაკავშირებული ქცევის მასკულიზაციის ხარისხით.

გენდერული დისფორიის შეფასება და მკურნალობა სქესის განვითარების დარღვევის მქონე ადამიანებში

სგდ-ის მქონე ინდივიდებში გენდერული დისფორიის დადგენა ძალიან იშვიათად ხდება სგდ-ის დიაგნოზის დასამამდე. ამ შემთხვევებშიც, სგდ-ის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, ნათელია სათანადო ანამნეზის აღების და ბაზისური ფიზიკური გასინჯვისას – ეს ორივე კი სამედიცინო შეფასების ნაწილია, რომელიც გენდერული დისფორიის გამო ჰორმონული თერაპიის დანიშვნის და ქირურგიული ჩარევის მართებულობას განსაზღვრავს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებმა გენდერული დისფორიით მოსულ კლიენტებს ფიზიკური გასინჯვის გავლა უნდა სთხოვონ, განსაკუთრებით, თუ ისინი არ დადიან პირველადი ჯანდაცვის (ან სხვა ჯანდაცვის მომსახურების) მიმწოდებელთან.

სგა-ის მქონე ადამიანების უმეტესობას, რომლებიც ორგანოვანი გენიტალიებით დაიბადნენ, გენდერული დისფორია არ უვითარდებათ (e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). თუმცა, სგდ-ის მქონე ზოგიერთ ადამიანს უვითარდება ქრონიკული გენდერული დისფორია და დაბადებისას მინიჭებული სქესის და ან/გენდერული როლსაც კი იცვლის (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). თუ სახეზეა გენდერული დისფორიის არსებობის სტაბილური და ძლიერი ინდიკატორი, პაციენტის ასაკის მიუხედავად, აუცილებელია კომპლექსური შეფასება გენდერული დისფორიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მცოდნე კლინიკისტების მიერ. გამოქვეყნებულია დეტალური რეკომენდაციები ასეთი შეფასების და მკურნალობასთან დაკავშირებული გადწყვეტილებების გასაკეთებლად სგდ-ის კონტექსტში (Meyer-Bahlburg, in press). პაციენტის დაბადებისას მინიჭებული სქესისა და გენდერული როლის შეცვლის მიმართულებით ნაბიჯები მხოლოდ საფუძვლიანი შეფასების შემდეგ უნდა გადაიდგას.

კლინიკისტებმა, რომლებიც ასეთ პაციენტებს გენდერული დისფორიის დაძლევაში ეხმარებიან, შესაძლოა, ისარგებლონ იმ გამოცდილებით, რომელიც მათ სგა-ის არმქონე პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას მიიღეს (Cohen-Kettenis, 2010). თუმცა, მკურნალობის გარკვეული კრიტერიუმები (მაგ. ასაკი, სასურველ გენდერულ როლში ცხოვრების გამოცდილების ხანგრძლივობა), ჩვეულებრივ, რუტინულად არ ესადაგება სგა-ს მქონე ადამიანებს; არამედ, ეს კრიტერიუმები განმარტებულია პაციენტის სპეციფიკური სიტუაციის გათვალისწინებით (Meyer-Bahlburg, in press). სგდ-ის ფონზე, დაბადებისას მინიჭებული სქესისა და გენდერული როლის ცვლილებები მომხდარა ნებისმიერ ასაკში, ადრეული დაწყებითი სასკოლო ასაკიდან შუახნის მოზრდილობამდე. გენიტალური ქირურგია, შესაძლებელია, ამ პაციენტებს გაცილებით ადრე ჩაუტარდეთ, ვიდრე გენდერული დისფორიის მქონე პაციენტებს სგდ-ის გარეშე, თუ ქირურგია სავსებით გამართლებულია დიაგნოზით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გენდერული იდენტობის პროგნოზით მოცემული სინდრომისათვის, ამ სინდრომის სიმწვავეთ და პაციენტის სურვილით.

ამ განსხვავებული მკურნალობების ერთ-ერთი მიზეზი ის არის, რომ სგდ ინდივიდებში გენიტალური ქირურგია ხშირია ჩვილობის და მოზარდობის ასაკში. უნაყოფობა, შესაძლოა, უკვე არსებობდეს ადრეული გონადური უკმარისობის ან ონკოლოგიური რისკის გამო გაკეთებული გონადექტომიის გამო. ამ შემთხვევაშიც კი, სგდ-ის მქონე პაციენტებისათვის რეკომენდებულია სრული სოციალური ტრანზიციის გავლა. თუ სახეზეა გენდერისათვის ატიპური ქცევის ხანგრძლივი ანამნეზი და თუ გენდერული დისფორია და/ან გენდერული როლის შეცვლის სურვილი ძლიერი და უცვლელი იყო მნიშვნელოვანი პერიოდის

განმავლობაში. სიმპტომოკომპლექსის სრული გამოხატვის შემთხვევაში ექვსი თვე არის დროის ის მონაკვეთი, რომელიც აუცილებელია გენდერული დისფორიის დიგნოზის დასასმელად *DSM-5* (Meyer-Bahlburg, in press).

დამატებითი წყაროები

სგდ-ის მქონე ადამიანების გენდერთან დაკავშირებული სამედიცინო ანამნეზი ხშირად კომპლექსურია. ეს ანამნეზი, შესაძლოა, ასახავდეს თანდაყოლილი გენეტიკური და სომატური ატიპურობის დიდ დიაპაზონს, აგრეთვე, სხვადასხვა ჰორმონულ, ქირურგიულ და სხვა სამედიცინო მკურნალობას. ამ მიზეზით, ასეთი პაციენტების ფსიქოსოციალური და სამედიცინო დახმარების თვალსაზრისით ბევრი დამატებითი საკითხი უნდა იყოს გათვალისწინებული, იმისგან დამოუკიდებლად, აქვს თუ არა მას გენდერული დისფორია. ამ საკითხების განხილვა სცილდება *SOC*-ის კომპეტენციის ჩარჩოებს. დაინტერესებული მკითხველისთვის მითითებულია არსებული პუბლიკაციები (e.g., Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). ზოგი ოჯახი და პაციენტი სასარგებლოდ თვლის სათემო მხარდაჭერის ჯგუფებთან კონსულტაციის გავლას ან მუშაობას.

არსებობს მნიშვნელოვანი ფუნდამენტური სამედიცინო ლიტერატურა სგდ-ის მქონე პაციენტების სამედიცინო მართვის შესახებ. ამ ლიტერატურის უმეტესობა შექმნილია პედიატრიული ენდოკრინოლოგიის და უროლოგიის მაღალი დონის სპეციალისტების მიერ, გენდერზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალიზაციის მქონე პროფესიონალების მონაწილეობით. ბოლო საერთაშორისო კონსენსუსის კონფერენციებმა განიხილეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო დახმარების მეთოდური მითითებები (გენდერისა და გენიტალური ქირურგიის საკითხების ჩათვლით) სგდ-ისათვის ზოგადად (Hughes et al., 2006) და, განსაკუთრებით, თანდაყოლილი ადრენალური ჰიპერპლაზიისათვის (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). სხვები შეეხნენ კვლევების საჭიროებებს საერთოდ სგდ-ისთვის (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) და შერჩეული სინდრომებისათვის, როგორიცაა 46,XXY (Simpson et al., 2003).

გამოყენებული ლიტერატურა

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183-189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139-140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine . Retrieved August 10, 2009, from [http:// www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html](http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html)
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08) . Retrieved from [http:// www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc](http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc)
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice . Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22-24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372-453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635-642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011-1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237-238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325-329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45-51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277-296). New York: Garland Publishing, Inc.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285-328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Sexual Report*, 28(1), 3-7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211-224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001

- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35-82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). In search of Eve (pp. 189-192). New York: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447-486). New York: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361-380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133-139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31-39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591-603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3-8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803-812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2-17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391-391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006

- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 α -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695-725). New York: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325-334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153-166.
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293-302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397-405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13-26.
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313-321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37-60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549-556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111-134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615-644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 167-196. doi:10.1300/J485v09n03_08

- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220-227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. doi:10.1080/15532730903383781
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41-60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183-185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no03_02.htm
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 83-94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl 1), S131-S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(suppl 2), 75-75. doi:10.1159/000081145
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389-397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41-67.
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387-396. doi:10.1177/1359104506064983
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172-172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6

- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Carmelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469-3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198-2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638-640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39-45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1-12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15-32). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235-253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33-72). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3-34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146-182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved May 24, 2011, from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181

- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381-387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Third ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247-263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715-722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383-413). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201-208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31-36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163-174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217-219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3-16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71-92.

- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842-1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592-598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222-1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335-344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6-23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398-402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181-190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE2 Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079-1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319-324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429-1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048-4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443-453. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476-483.

- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21-49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54-59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396-402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685-1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226-230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189-194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299-315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717-727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74-99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367-378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Malpas, J. (in press). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*.
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411-421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521-523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010-1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262-265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010-1015.
- Meyer III, W. J. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127-132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer III, W. J., Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121-138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199-223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423-438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345-349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226-237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461-476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (in press). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59-69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5-12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97-104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667-684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615-1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849-859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467-3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328. doi:10.1080/09589236.1998.9960 725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229-238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/ role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29-41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470-3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. doi:10.1111/ j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Gender-queer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153-167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409-419. doi:10.1093/ humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242-255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism-a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139-151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved April 22, 2010 from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185-194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172-181.
- Payer, A. F., Meyer III, W. J., & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309-340. doi:10.1086/498947

- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69-85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961-1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijtpfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference . (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference . (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34-51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (Fourth ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49-57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1-7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from [http:// www.WPATH.org](http://www.WPATH.org)
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243-258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155-166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution . Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71-89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143-151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619-621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321-333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858-932). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15-28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460-468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89-99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202-210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133-4160. doi:10.1210/jc.2009-2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649-650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289-296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220-226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280-304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12-21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (muang thai). In R. Francouer (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York: Continuum.
- The World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289-295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>

- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501-504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145-147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589-600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238-246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada. <http://www.vch.ca/>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135-154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1-25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255-257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195-196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307-1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14-16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409-425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726-737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19-41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497-2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). International classification of diseases and related health problems-10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care - now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WPATH Board of Directors. (2010). De-psychopathologization statement released May 26, 2010. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17

- Xavier, J. M. (2000). The Washington, D .C . transgender needs assessment survey: Final report for phase two. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642-3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men . Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK, April 2006.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1-69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551-568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). 'I'm half-boy, half-girl': Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2 (pp. 321-334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477-498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287-290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8-18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398-411.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90-97

DANARTI A

ტერმინები

ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული პირების ჯანმრთელობის დაცვის სფეროსთან დაკავშირებული ტერმინოლოგია სწრაფად ვითარდება; შემოღებულია ახალი ტერმინები და არსებული ტერმინების განმარტებები იცვლება. ამის შედეგად ხშირად განცდებით გაუგებრობას, დებატებს ან შეუთანხმებლობას ამ სფეროში გამოყენებული ენის თაობაზე. ტერმინები, რომლებიც შეიძლება უცნობი იყოს ან რომელთაც სპეციფიკური მნიშვნელობა აქვთ SOC-ში, განმარტებულია ქვემოთ, მხოლოდ ამ დოკუმენტის მიზნებიდან გამომდინარე. ამ განმარტებების გამოყენება სხვებსაც შეუძლიათ, თუმცა WPATH-ს ესმის, რომ ეს ტერმინები, შესაძლოა, სხვაგვარად იქნას განსაზღვრული განსხვავებული კულტურების, საზოგადოებების და კონტექსტების გათვალისწინებით.

WPATH აღიარებს, რომ ბევრი ტერმინი, რომელიც ამ პოპულაციისათვის გამოიყენება, იდეალური არ არის. მაგალითად, ასეთებია ტერმინები *ტრანსსექსუალი* და *ტრანსვესტი* – და, ზოგი იკამათებს უფრო ახალი ტერმინის *ტრანსგენდერის* გამოც – რომლის გამოყენება ადამიანის დეპერსონალიზაციას ნააგავს. თუმცა ეს ტერმინები, ასე თუ ისე, მიღებულია ბევრი ადამიანისათვის, რომლებიც, შეძლებისდაგვარად, ცდილობენ, რომ მათი ნათქვამი სწორად იყოს გაგებული. ამ ტერმინების გამოყენების გაგრძელებით WPATH მიზნად ისახავს, მხოლოდ უზრუნველყოს, რომ კონცეფციები და პროცესები გასაგებად იყოს დასახელებული – ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ადამიანებისათვის ხარისხიანი ჯანდაცვის მიწოდების ხელშესაწყობად. WPATH ღიაა ახალი ტერმინოლოგიისათვის, რომელიც უფრო მეტად მოჰყვანს ნათელს ამ მრავალფეროვანი პოპულაციის გამოცდილებას და მათთვის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის და მიწოდების გაუმჯობესებას განაპირობებს.

ბიოიდენტური ჰორმონები: ჰორმონებია, როლებიც *სტრუქტურულად* ადამიანის სხეულში აღმოჩენილი ჰორმონების იდენტურია (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). ჰორმონები, რომლებიც გამოიყენება ბიოიდენტური ჰორმონული თერაპიისათვის (ბჰთ), ზოგადად, მიიღება მცენარეული მასალიდან და სტრუქტურულად ადამიანის ენდოგენური ჰორმონების მსგავსია, თუმცა ბიოიდენტურად გარდასაქმნელად შემდგომ დამუშავებას საჭიროებენ კომერციალიზაციის მიზნით.

ბიოიდენტური, გამზადებული (ექსტემპორალური) ჰორმონული თერაპია: ჰორმონების გამოყენება, რომლებიც ფარმაცევტის მიერაა დამზადებული, შერეული, შედგენილი ან მარკირებული, როგორც სამკურნალო საშუალება, და მომზადებულია პაციენტისათვის ინდივიდუალურად, ექიმის სპეციალური მითითებით დამზადებული ყოველი წამლის დამტკიცება სახელმწიფო სამკურნალო საშუალებების სააგენტოს მიერ არ არის შესაძლებელი.

ქროსდრესინგი (ტრანსვესტიზმი): ისეთი ტანისამოსის ტარება და გენდერული როლის ისეთი ფორმით გამოხატვა, რომელიც მოცემულ კულტურაში საწინააღმდეგო სქესისათვის უფრო ტიპურია.

სქესის განვითარების დარღვევები (სგდ): თანდაყოლილი მდგომარეობა, რომლის დროსაც ქრომოსომული, გონადური ან ანატომიური სქესი არატიპურადაა განვითარებული.

ზოგიერთი ადამიანი კატეგორიული წინააღმდეგია „აშლილობის“ იარლიყის და მის ნაცვლად ამ მდგომარეობას განიხილავს, როგორც მრავალფეროვნების საგანს (Diamond, 2009), ანიჭებს რა უპირატესობას ტერმინებს – *ინტერსექსს* და *ინტერსექსუალობას*.

ტრანსგენდერი მამაკაცი (Female-to-Male (FtM)): ტერმინია იმ ინდივიდების აღსაწერად, რომლებსაც დაბადებისას მდედრობითი სქესი მიაკუთვნეს და რომლებიც იცვლიან ან უკვე შეიცვალეს სხეული და/ან გენდერული როლი დაბადებისას მიკუთვნებული მდედრობითის ნაცვლად უფრო მეტად მასკულიზური სხეულითა და როლით.

გენდერული დისფორია: დისტრესი, რომელიც გამოწვეულია პიროვნების გენდერულ იდენტობასა და ამ პიროვნებისათვის დაბადებისას მინიჭებული სქესს (და მასთან ასოცირებულ გენდერულ როლსა და/ან პირველად და მეორად სასქესო ნიშნებს) შორის შეუსაბამობით (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

გენდერული იდენტობა: პიროვნების გათავისებული/გამინაგნებული მყარი შეგრძნება, რომ მიეკუთვნება მამრობით (ბიჭი ან მამაკაცი), მდედრობით (გოგონა ან ქალი) ან ალტერნატიულ გენდერს (მაგ., ბიჭური გოგო, ქალური ბიჭი, ტრანსგენდერი, გენდერქვიარი, ევნუხი) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

გენდერული იდენტიფიკაციის აშლილობა: ოფიციალური დიაგნოზი, რომელიც განსაზღვრულია *ფსიქიკური ჯანმრთელობის დიაგნოსტიკური სტატისტიკური ცნობარით, მე-4 გამოცემა, Text Rev (DSM IV-TR)* (American Psychiatric Association, 2000). გენდერული იდენტიფიკაციის აშლილობა ხასიათდება საპირისპირო გენდერთან ძლიერი და მდგრადი გაიგივებით/იდენტიფიცირებით, საკუთარ სქესთან ხანგრძლივი დისკომფორტით ან ამ სქესის გენდერულ როლთან შეუსაბამობის/არამართებულობის შეგრძნებით, რომელიც იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან დისტრესს და სოციალურ, სამსახურებრივ თუ სხვა მნიშვნელოვან სფეროებში ფუნქციონირების დარღვევას.

გენდერულად არაკონფორმული: ზედსართავი, რომელიც აღწერს ინდივიდს, რომლის გენდერული იდენტობა, როლი და თვითგამოხატვა განსხვავდება იმისგან, რაც ნორმატიულად ითვლება მათთვის მინიჭებული სქესისათვის მოცემულ კულტურაში და ისტორიულ პერიოდში.

გენდერული როლი ან თვითგამოხატვა: პიროვნული, გარეგნობის და ქცევის მახასიათებლები, რომლებიც მოცემული კულტურის პირობებში და ისტორიულ პერიოდში მიეკუთვნება ან მამრობითს და ან მდედრობითს (ანუ, უფრო ტიპურს მამრობითი ან მდედრობითი სოციალური როლისთვის) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). თუმცა, ინდივიდების უმეტესობა სოციალურად წარმოჩინდება მკაფიოდ მამრობით ან მდედრობით გენდერულ როლში, ზოგიერთი ადამიანი წარსდგება ალტერნატიულ გენდერულ როლში, როგორცაა გენდერქვიარი ან სპეციფიკურად ტრანსგენდერი. ნებისმიერი ინდივიდის გენდერული თვითგამოხატვა როგორც მასკულიზური, ასევე ფემინური თვისებების ერთობლიობაა, თუმცა განსხვავებულია გამოხატვის ხერხები და ხარისხი (Bockting, 2008).

გენდერქვიარი (Genderqueer): იდენტობის აღმნიშვნელი ტერმინია, რომელიც გამოყენებული შეიძლება იქნას ინდივიდებისათვის, რომელთა გენდერული იდენტობა და/ან როლი არ შეესაბამება გენდერის ბინარულ გაგებას, რომელიც შეზღუდულია კაცის და ქალის, მამრობითის და მდედრობითის კატეგორიებით (Bockting, 2008).

ტრანსგენდერი ქალი/ტრანსქალი (Male-to-Female (MtF)): ზედსართავი, რომელიც აღწერს ინდივიდებს, რომელთაც დაბადებისას მამრობითი სქესი მიენიჭათ და რომლებიც იცვლიან ან

უკვე შეიცვალეს სხეული და/ან გენდერული როლი დაბადებისას მინიჭებული მამრობითის ნაცვლად უფრო მეტად ფემინური (ქალური) სხეულით ან როლით.

ნატურალური ჰორმონები: ჰორმონები, რომლებიც მიღებულია ბუნებრივი წყაროებიდან, როგორებიცაა მცენარეები და ცხოველები. ნატურალური ჰორმონები შეიძლება იყოს ან არ იყოს ბიოიდენტური.

სქესი: სქესი – მამრობითი ან მდედრობითი – მიენიჭება დაბადებისას და, ჩვეულებრივ, ეფუძნება გარეთა სასქესო ნიშნების აღნაგობას. როცა გარეთა გენიტალიები ორგანოვანია, სქესის მისანიჭებლად მხედველობაში მიიღება სქესის სხვა კომპონენტები (შიდა სასქესო ორგანოები, ქრომოსომული და ჰორმონული სქესი) (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). ადამიანების უმეტესობისათვის გენდერული იდენტობა და გამოხატვა ემთხვევა მათთვის დაბადებისას მინიჭებულ სქესს; ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდების გენდერული იდენტობა და გამოხატვა განსხვავდება მათთვის დაბადებისას მინიჭებული სქესისაგან.

სქესის კვლავმინიჭების ოპერაცია: ოპერაცია სქესის პირველადი და/ან მეორადი ნიშნების შესაცვლელად პიროვნების გენდერული იდენტობის დასამოწმებლად. სქესის კვლავმინიჭების ოპერაცია შეიძლება გენდერული დისფორიის შესამსუბუქებელი, სამედიცინო თვალსაზრისით აუცილებელი მკურნალობა იყოს.

ტრანსგენდერი: ზედსართავი, აღწერს ინდივიდების მრავალფეროვან ჯგუფს, რომლებიც ამა თუ იმ კულტურით განსაზღვრულ გენდერის კატეგორიებს სცდება და/ან მათი საზღვრებიდან გადის. ტრანსგენდერი ადამიანების გენდერული იდენტობა სხვადასხვა ხარისხით განსხვავდება იმ სქესისაგან, რომელიც მათ დაბადებისას მიენიჭათ (Bockting, 1999).

ტრანზიცია: დროის პერიოდი, როცა ინდივიდები იცვლიან დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან ასოცირებულ გენდერულ როლს სხვა გენდერულ როლზე. ბევრი ადამიანისათვის ეს გულისხმობს იმის სწავლას, თუ სოციალურად როგორ უნდა იცხოვროს „სხვა“ გენდერულ როლში; სხვებისათვის ეს ნიშნავს იმ გენდერული როლისა და გამოხატვის მორგებას, რომელიც მათთვის ყველაზე კომფორტულია. ტრანზიცია შესაძლოა მოიცავდეს ან არ მოიცავდეს სხეულის ფემინინიზაციას ან მასკულინიზაციას ჰორმონების ან სხვა სამედიცინო პროცედურების საშუალებით. ტრანზიციის ხასიათი და ბუნება განსხვავებული და ინდივიდუალურია.

ტრანსფობია, ინტერნალიზირებული: დისკომფორტი საკუთარი ტრანსგენდერული გრძნობების ან იდენტობის გამო – გენდერის მიმართ საზოგადოების ნორმატიული მოლოდინების გათავისების შედეგად.

ტრანსსექსუალი: ზედსართავი (ხშირად გამოიყენება სამედიცინო პერსონალის მიერ) იმ ინდივიდების აღსაწერად, რომლებიც ცდილობენ შეიცვალონ ან უკვე შეიცვალეს საკუთარი პირველადი და/ან მეორადი სასქესო მახასიათებლები ფემინინიზაციის ან მასკულინიზაციის გამომწვევი სამედიცინო ჩარევის გზით (ჰორმონები და/ან ოპერაცია), რასაც, როგორც წესი, გენდერული როლის სტაბილური შეცვლა ახლავს.

DANARTI B

ჰორმონული თერაპიის სამედიცინო რისკების მიმოხილვა

ქვემოთ მონიშნული რისკები ეყრდნობა მასკულინიზაციის/ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის შესახებ ლიტერატურის ორ საფუძვლიან, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მიმოხილვას (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) და დიდ კოჰორტულ კვლევას (Asscheman et al., 2011). ეს მიმოხილვები, ისევე როგორც სხვა ფართოდ აღიარებული, გამოქვეყნებული კლინიკური მასალები, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებს შეიძლება დეტალურ თემატურ საძიებლად გამოადგეს (e.g., Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის რისკები (MtF)

დიდი ალბათობით მომატებული რისკი

ვენური თრომბოემბოლიური დაავადება

- ესტროგენის გამოყენება ზრდის ვენური თრომბოემბოლიური (ვთე) მოვლენების რისკს, განსაკუთრებით 40 წელს გადაცილებულ პაციენტებში, მწველებში, ჭარბი წონის ადამიანებში და მათთვის, ვისაც უკვე აქვს თრომბოფილური დარღვევები.
- რისკი იზრდება მესამე თაობის პროგესტინების დამატებითი გამოყენებისას.
- რისკი მცირდება ესტრადიოლის ტრანსდერმული დანიშვნით, რაც რეკომენდებულია ვთე-ს მომატებული რისკის მქონე პაციენტებისათვის.

კარდიოვასკულური, ცერებროვასკულური დაავადება

- ესტროგენის გამოყენება ზრდის კარდიოვასკულური მოვლენების რისკს 50 წელს გადაცილებულ პაციენტებში, რომლებსაც უკვე აღენიშნებოდა კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორები. დამატებით პროგესტინის გამოყენებამ, შესაძლოა, რისკი გაზარდოს.

ლიპიდები

- პერორალურ ესტროგენს შეუძლია პაციენტებში ტრიგლიცერიდების გამომხატული მომატება და, შესაბამისად, პანკრეატიტის და კარდიოვასკულური მოვლენების რისკის გაზრდა.
- მედიკამენტის მიღების სხვადასხვა ხერხი განსხვავებულ მეტაბოლურ გავლენას ახდენს HDL ქოლესტეროლზე, LDL ქოლესტეროლზე და ლიპოპროტეინზე (a)
- ზოგადად, კლინიკური მტკიცებულება გვაფიქრებინებს, რომ MtF პაციენტებისათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ ლიპიდური ცვლის დარღვევა, შესაძლოა,

უკეთესი იყოს ტრანსდერმული ესტროგენის დანიშვნა, ვიდრე პერორალურის.

ღვიძლი/ნაღვლის ბუშტი

- ესტროგენის და ციპროტერონ აცეტატის გამოყენებას, შესაძლოა, უკავშირდებოდეს ღვიძლის ფერმენტების გარდამავალი მომატება და, იშვიათად, კლინიკური ჰეპატოტოქსიურობა.
- ესტროგენის გამოყენება ზრდის ქოლელითიაზის (ნაღვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება) და, შესაბამისად, ქოლეცისტექტომიის რისკს.

შესაძლო მომატებული რისკი:

მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი

- ფემინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიას, განაკუთრებით ესტროგენს, შეუძლია გაზარდოს მე-2 ტიპის დიაბეტის რისკი, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც დიაბეტის ან ამ დაავადების სხვა რისკ-ფაქტორების ოჯახური ანამნეზი აქვთ.

ჰიპერტენზია

- ესტროგენის გამოყენებამ, შესაძლოა, სისხლის არტერიული წნევა გაზარდოს, მაგრამ მისი გავლენა გამოხატული ჰიპერტენზიის სიმძირეზე უცნობია.
- სპირონოლაქტონი ამცირებს სისხლის წნევას და რეკომენდებულია ჰიპერტენზიის რისკის მქონე ან ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტებისათვის, რომლებსაც ფემინიზაციის სურვილი აქვთ.

პროლაქტინომა

- ესტროგენის გამოყენება ზრდის ჰიპერპროლაქტინემიის რისკს MtF პაციენტებში მკურნალობის პირველ წელს, მაგრამ, შემდგომში ეს რისკი ნაკლებად სავარაუდოა.
- ესტროგენის მაღალი დოზით გამოყენებამ შესაძლოა გააძაფროსოს უკვე არსებული, მაგრამ ჰორმონების მიღებამდე კლინიკურად უსიმპტომოდ მიმდინარე პროლაქტინომა.
- **რისკის ზრდა არ არის ან არადადამაჯერებელია:** ეს კატეგორია მოიცავს ისეთ პუნქტებსაც, რომლებიც შესაძლოა რისკს წარმოადგენდეს, მაგრამ ამის მტკიცებულება ისეთი მცირეა, რომ მკაფიო დასკვნა ვერ გაკეთდება.

სარძევე ჯირკვლის კიბო

- MtF პირებში, რომლებიც ფემინიზაციის გამომწვევ ჰორმონებს იღებდნენ, გვხვდება სარძევე ჯირკვლის კიბო, მაგრამ არ არის ცნობილი, როგორ თანაფარდობაშია მათი რისკის ხარისხი იმ პირების რისკის ხარისხთან, რომლებიც მდედრობითი გენიტალიებით დაიბადნენ.

- ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონების ზემოქმედების მომატებული ხანგრძლივობა (მაგ. ესტროგენის პრეპარატების მიღების წლების რაოდენობა), სარძევე ჯირკვლის კიბოს ოჯახური ანამნეზი, ჭარბი წონა ($BMI > 35$) და პროგესტინების გამოყენება, შესაძლებელია, გავლენას ახდენდეს ამ რისკის დონეზე.

ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონების სხვა გვერდითი მოვლენები:

შემდეგი მოვლენები, შესაძლოა, განხილული იქნას, როგორც უმნიშვნელო ან ზოგი პაციენტისთვის სასურველიც კი, მაგრამ მათი კავშირი ფემინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიასთან აშკარაა.

შვილოსნობა/ფერტილობა და სექსუალური ფუნქცია

- ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონებით თერაპიამ, შესაძლოა, დაარღვიოს განაყოფიერების უნარი.
- ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონებით თერაპიამ, შესაძლოა, შეამციროს ლიბიდო.
- ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონებით თერაპია ამცირებს ღამის ერექციებს, ცვლად გავლენას ახდენს სექსუალური სტიმულაციით გამოწვეულ ერექციებზეც.

ანტიანდროგენური მედიკამენტების რისკები:

ფემინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის სქემები ხშირად მოიცავს სხვადასხვა საშუალებებს, რომლებსაც შეუძლიათ ტესტოსტერონის გამომუშავებას ან მოქმედებაზე ზემოქმედება. ეს არის GnRH-ის (გონადოტროპინის გამომყოფი ჰორმონი) აგონისტები, პროგესტინები (ციპროტერონ აცეტატის ჩათვლით), სპირონოლაქტონი და 5-ალფა რედუქტაზას ინჰიბიტორები. ამ საშუალებების სპეციფიკური რისკების შესახებ მიმდინარე ინტენსიური დისკუსიები SOC-ის კომპეტენციას სცილდება. მიუხედავად ამისა, სპირონოლაქტონი და ციპროტერონ აცეტატი ფართოდ გამოიყენება და ამიტომ რამდენიმე კომენტარს იმსახურებს.

ციპროტერონ აცეტატი პროგესტაგენური შენაერთია ანტიანდროგენური თვისებებით (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). ევროპაში მისი ფართოდ გამოყენების მიუხედავად, ამ პრეპარატის ხმარება ლიცენზირებული არ არის შეერთებულ შტატებში, მის ჰეპატოტოქსიურობაზე ვარაუდების გამო (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004). სპირონოლაქტონი ფართოდ გამოიყენება როგორც ანტიანდროგენური პრეპარატი ფემინიზაციის გამომწვევ ჰორმონულ თერაპიაში, განსაკუთრებით იმ რეგიონებში, სადაც ციპროტერონის გამოყენება არ არის ლიცენზირებული (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). სპირონოლაქტონს ჰიპერტენზიისა და შეგუბებითი გულის უკმარისობის მკურნალობისთვის გამოყენების ხანგრძლივი ისტორია აქვს. მისი ხშირი გვერდითი მოვლენები მოიცავს ჰიპერკალემიას, გაბრუებას და გასტროინტესტინალურ სიმპტომებს (Physicians' Desk Reference, 2007).

მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის რისკები (FtM)

დიდი ალბათობით მომატებული რისკი

პოლიციტემია

- მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპია, რომელიც ტესტოსტერონს და სხვა ანდროგენულ სტეროიდებს მოიცავს, ზრდის პოლიციტემიის რისკს (ჰემატოკრიტი >50%), განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც სხვა რისკ-ფაქტორებიც აქვთ.
- ტრანსდერმალურმა დანიშვნამ და დოზის ადაპტაციამ, შესაძლოა, შეამციროს ეს რისკი.

წონის მატება/ვისცერული ცხიმოვანი ქსოვილი

- მასკულინიზაციის გამომწვევმა ჰორმონულმა თერაპიამ, შეიძლება, წონაში ზომიერი მომატება გამოიწვიოს, ვისცერალური ცხიმოვანი ქსოვილის მომატებით.

შესაძლო მომატებული რისკი

ლიპიდები

- ტესტოსტერონით თერაპია ამცირებს HDL-ს, მაგრამ ცვლადად მოქმედებს LDL-სა და ტრიგლიცერიდებზე.
- სისხლის პლაზმაში ტესტოსტერონის სუპრაფიზიოლოგიურმა (ნორმალური მამრობითი დიაპაზონის გარეთ) დონემ, რომელიც ხშირად ვლინდება გახანგრძლივებული მოქმედების კუნთშიდა ინექციების დროს, შესაძლოა, გააუარესოს ლიპიდური პროფილი, მაშინ, როცა ტრანსდერმალური დანიშვნა ლიპიდების მიმართ უფრო ნეიტრალურია.
- პაციენტები, რომლებსაც აქვთ პოლიციტური საკვერცხის სინდრომი ან დისლიპიდემია, შესაძლოა, მომატებული რისკის ქვეშ იყვნენ ტესტოსტერონის თერაპიის დროს დისლიპიდემიის გართულების თვალსაზრისით.

ღვიძლი

- ტესტოსტერონით თერაპიის დროს შესაძლებელია ღვიძლის ფერმენტების გარდამავალი მომატება.
- პერორალური მეთილტესტოსტერონის მიღებისას შენიშნულია ღვიძლის დისფუნქცია და ავთვისებიანობა. თუმცა, მეთილტესტოსტერონი ქვეყნების უმეტესობაში აღარ იშოვება და აღარც უნდა იყოს გამოყენებული.

ფსიქიატრიული

ტესტოსტერონით ან სხვა ანდროგენული სტეროიდებით მასკულინიზაციის გამომწვევმა თერაპიამ შეიძლება გაზარდოს ჰიპომანიური, მანიური და ფსიქოტური სიმპტომები

პაციენტებში, თუ ფონად აქვთ ფსიქიატრიული აშლილობები, რომლებიც ამ სიმპტომებით ხასიათდება. ეს არასასურველი მოვლენა, შესაძლოა, უკავშირდებოდეს უფრო მაღალ დოზებს ან სისხლში ტესტოსტერონის სუპრაფიზიოლოგიურ დონეებს.

რისკის ზრდა არ არის ან არადადამაჯერებელია: ეს კატეგორია მოიცავს ისეთ პუნქტებსაც, რომლებიც შესაძლოა რისკს წარმოადგენდეს, მაგრამ ამის მტკიცებულება ისეთი მცირეა, რომ მკაფიო დასკვნა ვერ გაკეთდება.

ოსტეოპოროზი

- ტესტოსტერონით თერაპია ინარჩუნებს ან ზრდის ძვლის მინერალურ სიმკვრივეს FtM პაციენტებში ოოფორექტომიის წინ, ყოველ შემთხვევაში, მკურნალობის პირველი სამი წლის განმავლობაში მაინც.
- არსებობს ძვლის სიმკვრივის შემცირების მომატებული რისკი ოოფორექტომიის შემდეგ, განსაკუთრებით, თუ ტესტოსტერონით მკურნალობა წყვეტილი ან არასაკმარისი იყო. ეს ეხება პაციენტებსაც, რომლებიც მხოლოდ პერორალურ ტესტოსტერონს იყენებენ.

კარდიოვასკულური

- მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპია ნორმალური ფიზიოლოგიური დოზებით არ უნდა ზრდიდეს გულ-სისხლძარღვთა მოვლენების რისკს ჯანმრთელ პაციენტებში.
- მასკულინიზაციის გამომწვევმა ჰორმონულმა თერაპიამ, შესაძლოა, გაზარდოს კარდიოვასკულარული დაავადების რისკი პაციენტებში, რომლებსაც ფონური რისკ-ფაქტორები გააჩნიათ.

ჰიპერტენზია

- მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპია ნორმალური ფიზიოლოგიური დოზებით, შესაძლოა, ზრდიდეს სისხლის წნევას, მაგრამ არ უნდა ზრდიდეს ჰიპერტენზიის რისკს.
- პაციენტები ჰიპერტენზიის ისეთი რისკ-ფაქტორებით, როგორიცაა წონის მატება, დატვირთული ოჯახური ანამნეზი ან პოლიკისტოზური საკვერცხის სინდრომი, შესაძლოა, მომატებული რისკის ქვეშ იყვნენ.

მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი

- ტესტოსტერონით თერაპია, ზოგადად, არ უნდა ზრდიდეს მეორე ტიპის დიაბეტის რისკს FtM პაციენტებში.
- ტესტოსტერონით თერაპიამ, შესაძლოა, უფრო გაზარდოს მე-2 ტიპის დიაბეტის რისკი პაციენტებში, რომლებსაც სხვა რისკ-ფაქტორებიც აქვთ: მაგალითად, წონის მომატება, დატვირთული ოჯახური ანამნეზი და პოლიკისტოზური საკვერცხის სინდრომი. არ არსებობს მონაცემები, რომელიც ვარაუდობს ან მიუთითებს გაზრდილ რისკზე იმ ადამიანებში, ვისაც დისლიპიდემიის რისკ-ფაქტორები აქვთ.

სარძევე ჯირკვლის კიბო

- ტესტოსტერონით თერაპია FtM პაციენტებში არ ზრდის სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკს.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

- ტესტოსტერონით თერაპია FtM პაციენტებში არ ზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკს, თუმცა მას შეუძლია გაზარდოს Pap-ტესტის მინიმალური ცვლილებების რისკი ატროფიული ცვლილებების გამო.

საკვერცხის კიბო

- იმ პირების ანალოგიურად, რომლებიც მდედრობითი სქესის სასქესო ორგანოებით არიან დაბადებული და ანდროგენის მომატებული დონე აქვთ, ტესტოსტერონით თერაპიამ FtM პაციენტებში, შესაძლოა, გაზარდოს საკვერცხის კიბოს რისკი, თუმცა ამის მტკიცებულება შეზღუდულია.

ენდომეტრიული (საშვილოსნოს) კიბო

- ტესტოსტერონით თერაპიამ FtM პაციენტებში, შესაძლოა, გაზარდოს ენდომეტრიუმის კიბოს რისკი, თუმცა ამის მტკიცებულება შეზღუდულია.

მასკულინიზაციის გამომწვევი თერაპიის სხვა გვერდითი მოვლენები:

შემდეგი მოვლენები, შესაძლოა, განხილული იყოს, როგორც უმნიშვნელო ან ზოგი პაციენტისთვის სასურველიც კი, მაგრამ მათი კავშირი მასკულინიზაციასთან აშკარაა.

განაყოფიერების უნარი (ფერტილობა) და სექსუალური ფუნქცია

- ტესტოსტერონით თერაპია FtM პაციენტებში ამცირებს განაყოფიერების უნარს, თუმცა მისი ხარისხი და შექცევადობა უცნობია.
- ტესტოსტერონით თერაპიას შეუძლია, გამოიწვიოს მუდმივი ანატომიური ცვლილებები განვითარებად ემბრიონში ან ნაყოფში.
- ტესტოსტერონით თერაპია იწვევს კლიტორის გადიდებას და ლიბიდოს გაძლიერებას.

აკნე, ანდროგენური სიქაჩლე

აკნე და განსხვავებული ხარისხის მამრობითი ტიპის თმის ცვენა (ანდროგენური ალოპეცია) მასკულინიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიის ხშირი გვერდითი მოვლენაა.

DANARTI C

ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიული ჩარევის კრიტერიუმების შეჯამება

ისევე, როგორც SOC-ის ყველა წინა ვერსიისათვის, ამ SOC-ში წარმოდგენილი გენდერული დისფორიის ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიული მკურნალობის კრიტერიუმები კლინიკური მეთოდური მითითებებია; ჯანდაცვის ცალკეულმა სპეციალისტებმა და პროგრამებმა, შესაძლოა, ისინი შეცვალონ. SOC-ისგან კლინიკური გადახვევები შესაძლოა გამოწვეული იყოს პაციენტის უნიკალური ანატომიური, სოციალური ან ფსიქოლოგიური სიტუაციით; გამოცდილი ექიმის მიერ ჩვეულებრივ სიტუაციასთან ახლებური მეთოდით მიდგომით; კვლევის პროტოკოლით; რესურსების ნაკლებობით მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილში; ან სპეციალური, ზიანის შემცირებაზე ორიენტირებული სტრატეგიის საჭიროების გამო. ეს გადახვევები აღიარებული უნდა იყოს გადახვევებად, უნდა აეხსნას პაციენტს და ინფორმირებული თანხმობის სახით უნდა იყოს დოკუმენტირებული, პაციენტის ხარისხიანი მომსახურებისა და იურიდიული დაცვის მიზნით. ასეთი დოკუმენტირება, ფასეულია ახალი მონაცემების მოსაგროვებლად, ისინი, შეიძლება, რეტროსპექტულად იქნეს გამოკვლეული, ჯანმრთელობის დაცვის – და SOC-ის – შემდგომი განვითარების მიზნით.

კრიტერიუმები ფემინიზაციის/მასკულნიზაციის გამომწვევი ჰორმონული თერაპიისთვის (ერთი რეფერალი ან სამედიცინო ანკეტაში ფსიქოსოციალური შეფასების დოკუმენტური დასაბუთება)

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში (უფრო მცირეწლოვანებისთვის იხელმძღვანელებს SOC-ით ბავშვებისა და მოზარდებისათვის);
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად კონტროლირებული უნდა იყოს.

კრიტერიუმები სარძევე ჯირკვლის/გულმკერდის ქირურგიისთვის (ერთი რეფერალი)

მასტექტომია და მამაკაცის მკერდის ფორმირება FtM პაციენტებში

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში (უფრო მცირეწლოვანებისთვის იხელმძღვანელებს SOC-ით ბავშვებისა და მოზარდებისათვის);

4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად უნდა იყოს კონტროლირებული.

ჰორმონული თერაპია წინაპირობა არ არის.

სარძევე ჯირკვლების გადიდება (იმპლანტები/ლიპოფილინგი) MtF პაციენტებში:

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში (უფრო მცირეწლოვანებისთვის იხელმძღვანელებს SOC-ით ბავშვებისა და მოზარდებისათვის);
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად უნდა იყოს კონტროლირებული.

მიუხედავად იმისა, რომ ეს ცალსახა წინაპირობას არ წარმოადგენს, რეკომენდებულია, რომ MtF პაციენტებმა ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპია (მინიმუმ 12 თვე) სარძევე ჯირკვლების გადიდების ოპერაციამდე გაიარონ. მისი მიზანია მკერდის ზრდის სტიმულირება, უკეთესი ქირურგიული (ესთეტიკური) შედეგების მისაღწევად.

გენიტალური ქირურგიის კრიტერიუმები (ორი რეფერალი)

ჰისტერექტომია და ოვარიექტომია FtM პაციენტებში და ორქიექტომია MtF პაციენტებში:

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში;
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად უნდა იყოს კონტროლირებული;
5. უწყვეტი ჰორმონული თერაპია 12 თვის განმავლობაში პაციენტის გენდერული როლის მიზნების შესაბამისად (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა პაციენტს სამედიცინო უკუჩვენება აქვს ან რამე სხვა მიზეზით ვერ იღებს ან არ სურს ჰორმონების მიღება).

ჰორმონული თერაპიის როლი უპირველესად არის ესტროგენის და ტესტოსტერონის დათრგუნვის შექცევადი პერიოდის შემოღება გონადექტომიის წინ, სანამ პაციენტი შეუქცევად ქირურგიულ ჩარევას ჩაიტარებს.

ეს კრიტერიუმები არ ეხება პაციენტებს, რომლებსაც ეს ქირურგიული პროცედურები გენდერული დისფორიისაგან განსხვავებული სამედიცინო ჩვენებების თანახმად უტარდებათ.

მეტოიდოპლასტიკა ან ფალოპლასტიკა FtM პაციენტებში და ვაგინოპლასტიკა MtF პაციენტებში

1. ხანგრძლივი, კარგად დოკუმენტირებული გენდერული დისფორია;
2. სრულად ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების და მკურნალობაზე თანხმობის მიცემის უნარი;
3. ზრდასრულობის ასაკი მოცემულ ქვეყანაში;
4. თუ მნიშვნელოვანი სამედიცინო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება, ისინი გონივრულობის ფარგლებში კარგად უნდა იყოს კონტროლირებული;
5. უწყვეტი ჰორმონული თერაპია 12 თვის განმავლობაში პაციენტის გენდერული როლის მიზნების შესაბამისად (გარდა იმ შემთხვევისა, როცა პაციენტს სამედიცინო უკუჩვენება აქვს ან რამე სხვა მიზეზით ვერ იღებს ან არ სურს ჰორმონების მიღება).
6. 12 თვის განმავლობაში უწყვეტად ცხოვრება იმ გენდერულ როლში, რომელიც შესაბამისობაშია მათ გენდერულ იდენტობასთან.

რეკომენდებულია, რომ ეს პაციენტები რეგულარულად დადიოდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან სხვა სამედიცინო სპეციალისტების კონსულტაციებზე, თუმცა ეს ცალსახა წინაპირობა არ არის.

ზემოთ მოყვანილი ეს კრიტერიუმი გარკვეული ტიპის გენიტალური ქირურგიებისათვის – კერძოდ ის, რომ პაციენტებმა 12 უწყვეტი თვის განმავლობაში იმ გენდერულ როლში იცხოვრონ, რომელიც მათ გენდერულ იდენტობას შეესაბამება – ეფუძნება ექსპერტთა კლინიკურ კონსენსუსს, რომ ეს გამოცდილება პაციენტებს აძლევს საკმარის შესაძლებლობებს, გამოსცადონ და სოციალურად შეეგუონ მათ სასურველ გენდერულ როლს, სანამ შეუქცევად ქირურგიულ ოპერაციას ჩაიტარებენ.

DANARTI D

თერაპიული მიდგომების კლინიკური შედეგების მონაცემები

ნებისმიერი ახალი თერაპიისათვის ერთ-ერთი რეალური დახმარება შედეგების ანალიზია. სქესის კვლავმინიჭების წინააღმდეგობრივი ბუნების გამო, ამ სახის ანალიზი ძალიან მნიშვნელოვანია. შედეგების შემსწავლელი თითქმის ყველა კვლევა ამ სფეროში რეტროსპექტიული იყო.

ერთ-ერთი პირველი კვლევა, რომელიც ტრანსსექსუალი პაციენტების მკურნალობის შემდგომ ფსიქოსოციალურ შედეგებს იკვლევდა, 1979 წელს ჩატარდა ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლასა და უნივერსიტეტში (აშშ) (J. K. Meyer & Reter, 1979). ამ კვლევის ყურადღების ცენტრში პაციენტების დასაქმების, განათლების, ქორწინების და შინაური სტაბილურობა იყო. შედეგებმა მკურნალობით გამოწვეული მრავალი მნიშვნელოვანი ცვლილება გამოავლინა. ეს ცვლილებები არ იყო აღქმული დადებითად, არამედ გვიჩვენებს, რომ ბევრი ინდივიდი, რომლებიც მკურნალობის პროგრამაში იყო ჩართული, მრავალი მაჩვენებლის

მიხედვით, არ იყო უკეთესად, პირიქით, უარესადაც კი გახდნენ პროგრამაში მონაწილეობის შემდეგ. ეს აღმოჩენები ამ ჰოსპიტალში/სამედიცინო სკოლაში სამკურნალო პროგრამის დახურვის მიზეზი გახდა (Abramowitz, 1986).

ამის შემდეგ, ჯანდაცვის სპეციალისტების მნიშვნელოვანმა რაოდენობამ მოითხოვა სტანდარტი, რაც სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის სათანადოობას აჩვენებდა. ამას მოჰყვა საწყისი სამედიცინო დახმარების სტანდარტების ჩამოყალიბება ჰარი ბენჯამინის გენდერული დისფორიის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ (ამჟამად WPATH) 1979 წელს.

1981 წელს პაულიმ (Pauly) გამოაქვეყნა დიდი რეტროსპექტული კვლევის შედეგები იმ ადამიანების შესახებ, რომლებმაც სქესის კვლავმინიჭების ოპერაცია ჩაიტარეს. ამ კვლევის მონაწილეებს გაცილებით უკეთესი შედეგები ჰქონდათ: 83 FtM პაციენტს შორის 80.7%-ს დამაკმაყოფილებელი შედეგი ჰქონდა (ანუ, პაციენტი იტყობინებოდა „გაუმჯობესებულ სოციალურ და ემოციურ ადაპტაციას“), 6.0% არადამაკმაყოფილებელი იყო. 283 MtF პაციენტს შორის 71.4%-ს ჰქონდა დამაკმაყოფილებელი შედეგი, 8.1%-ს – არადამაკმაყოფილებელი. ეს კვლევა მოიცავდა პაციენტებს, რომლებიც ნამკურნალები იყვნენ სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გამოქვეყნებასა და გამოყენებამდე.

მას შემდეგ, რაც სამედიცინო დახმარების სტანდარტები ამოქმედდა, შეინიშნებოდა სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის შედეგებით პაციენტების კმაყოფილების ხარისხის მდგრადი ზრდა და იმედგაცრუების შემთხვევების კლება. კვლევები, რომლებიც 1996 წლის შემდეგ ჩატარდა, ყურადღებას ამახვილებდა პაციენტებზე, რომლებსაც მკურნალობა სამედიცინო დახმარების სტანდარტების მიხედვით ჩაუტარდათ. როგორც რეჰმანისა და კოლეგების (Rehman and colleagues, 1999) და კრეგესა და კოლეგების (Krege and colleagues, 2001) მიერ მოპოვებული მონაცემები ტიპურია ამ სახის სამუშაოსათვის: ამ კვლევებში მონაწილე პაციენტებიდან არავინ ნანობდა ქირურგიის ჩატარებას და უმეტესობა კმაყოფილი იყო ოპერაციის კოსმეტიკური და ფუნქციური შედეგებით. ის პაციენტებიც კი, რომლებსაც მძიმე ოპერაციული გართულებები ჰქონდათ, იშვიათად ნანობდნენ ოპერაციის ჩატარებას. ოპერაციის შედეგების ხარისხი სქესის კვლავმინიჭების საერთო შედეგის ერთ-ერთი საუკეთესო განმსაზღვრელია (Lawrence, 2003). ოპერაციის შემდგომი კვლევების დიდი უმეტესობა გვიჩვენებს სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის ეჭვგარეშე დადებით გავლენას ისეთ პოსტოპერაციულ შედეგებზე, როგორიცაა სუბიექტური კეთილდღეობის განცდა, კოსმეტიკური მხარე და სექსუალური ფუნქცია (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), თუმცა, დღეს ხელმისაწვდომი მტკიცებულებებიდან, დადებითი შედეგების კონკრეტული მოცულობა დაუდგენელია. ერთ-ერთმა კვლევამ (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003) პაციენტის შემოსავლის ზრდაც გვიჩვენა.

ერთმა შემამოწმებელმა ანგარიშმა (Newfield et al., 2006) დოკუმენტურად აჩვენა ცხოვრების ხარისხის (შეფასებული SF-36-ის მიხედვით) უფრო დაბალი მაჩვენებლები FtM პაციენტებისათვის ზოგად პოპულაციასთან შედარებით. ამ კვლევის სისუსტე ის იყო, რომ მათ 384 მონაწილე ზოგადი ელ-ფოსტით შეარჩიეს, სისტემური მიდგომის ნაცვლად, და მკურნალობის სახე და ხარისხი არ ჩაინიშნეს. კვლევის მონაწილეები, რომლებიც ტესტოსტერონს იღებდნენ, ამას, როგორც წესი, 5 წელიწადზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში აკეთებდნენ. მოხსენებაში ცხოვრების ხარისხი უფრო მაღალი იყო პაციენტებისათვის, რომლებმაც სარძევე ჯირკვლების/გულმკერდის ქირურგია გაიარეს, ვიდრე მათი, რომლებსაც ის არ ჩაუტარებიათ ($p<.001$) (მსგავსი ანალიზი გენიტალური ქირურგიისთვის გაკეთებული არ ყოფილა). სხვა ნამუშევრებში, კუნმა და კოლეგებმა (Kuhn and colleagues, 2009) გამოიყენეს კინგის ჯანმრთელობის კითხვარი (King's Health Question-

naire) 55 ტრანსსექსუალი პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შესაფასებლად ოპერაციიდან 15 წლის შემდეგ. ქულები შედარებული იქნა საკონტროლო ჯგუფის 20 ჯანმრთელ მდებარეობით სქესის პაციენტთან, რომლებსაც წარსულში ჩატარებული ჰქონდათ მუცლის / მენჯის ღრუს ოპერაცია. ტრანსსექსუალი პაციენტების ცხოვრების ხარისხის მონაცემები იგივე ან უკეთესი იყო, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების, ზოგი ქვეპარამეტრის მიხედვით (ემოციები, ძილი, შარდის შეუკავებლობა, სიმპტომების სიმძიმე და როლის შეზღუდვა), მაგრამ უარესი იყო სხვა ასპექტებში (ზოგადი ჯანმრთელობა, ფიზიკური შეზღუდვა, პიროვნული შეზღუდვა).

ძნელია ცალკე ჰორმონების ეფექტიანობის განსაზღვრა გენდერული დისფორიის შემსუბუქებაზე. კვლევების უმეტესობა, რომლებიც გენდერული დისფორიისათვის მასკულინიზაცია/ფემინიზაციის ჰორმონული თერაპიის ეფექტიანობას აფასებენ, ჩატარებულია პაციენტებზე, რომლებსაც სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციაც აქვთ გავლილი. იმ თერაპიების დადებით გავლენებს, რომლებიც მოიცავდნენ როგორც ჰორმონულ, ისე ქირურგიულ მკურნალობას, იუნყებოდა 79 კვლევიდან აღებული 2000 პაციენტის შემთხვევის ყოველმხრივი მიმოხილვა (ძირითადად დაკვირვებითი სახის), რომელიც 1961 და 1991 წლებს შორის ჩატარდა (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfafflin & Junge, 1998). პაციენტები, რომლებსაც ოპერაცია 1986 წლის შემდეგ ჩაუტარდათ, უკეთესად იყვნენ, ვიდრე პაციენტები, რომლებსაც ოპერაცია 1986 წლამდე ჰქონდათ ჩატარებული; ეს ასახავს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას ქირურგიული გართულებების თვალსაზრისით (Eldh et al., 1997). პაციენტების უმეტესობას აღნიშნული აქვს ფსიქოსოციალური გავლენების გაუმჯობესება: ეს მაჩვენებელია 87% MtF პაციენტებისათვის და 97% FtM პაციენტებისათვის (Green & Fleming, 1990). მსგავსი გაუმჯობესებები შემჩნეული იყო შვედურ კვლევაში, რომელშიც „თითქმის ყველა პაციენტი კმაყოფილი იყო სქესის შეცვლით 5 წლის მერე და ოპერაციის შემდგომ პერიოდში 86% კლინიკისტების მიერ შეფასებული იყვნენ, როგორც სტაბილური ან გაუმჯობესებული ზოგადი ფუნქციონირების თვალსაზრისით“ (Johansson, Sundbom, Hojerback, & Bodlund, 2010). ამ ადრეული კვლევების სისუსტე მათი რეტროსპექტული ფორმატი და შედეგების შესაფასებლად განსხვავებული კრიტერიუმების გამოყენებაა.

ერთმა კატამნეზურმა კვლევამ, რომელიც ნიდერლანდებში ჩატარდა, შეაფასა მოზრდილის და მოზარდის 325 თანმიმდევრული შემთხვევა (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). პაციენტებმა, რომლებმაც გაიარეს სქესის შეცვლის თერაპია (ორივე, ჰორმონული და ქირურგიული ჩარევით), გაუმჯობესება აჩვენეს გენდერული დისფორიის საშუალო ქულებში, რომლებიც უტრეხტის გენდერული დისფორიის შკალის (Utrecht Gender Dysphoria Scale) მიხედვით იყო შეფასებული. უმეტეს კატეგორიებში აგრეთვე შემცირდა საკუთარი სხეულით და ფსიქოსოციალური ფუნქციონირებით დაუკმაყოფილებლობის მაჩვენებლები. პაციენტების 2%-ზე ნაკლებმა გამოხატა სინანული მკურნალობის შემდეგ. ეს ყველაზე დიდი პროსპექტული კვლევა იყო, რომელიც ადასტურებს რეტროსპექტული კვლევების იმ შედეგებს, რომლიც მიხედვითაც ჰორმონული თერაპიის და ქირურგიის კომბინირება აუმჯობესებს გენდერულ დისფორიას და ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების სხვა სფეროებს. საჭიროა, ჩატარდეს შემდგომი კვლევები, რომელიც შეისწავლის ჰორმონული თერაპიის ეფექტებს, ქირურგიის გარეშე და მაქსიმალური ფიზიკური ფემინიზაციის/მასკულინიზაციის ამოცანის დასმის გარეშე.

ზოგადად, კვლევები აღნიშნავდნენ შედეგების მდგრად გაუმჯობესებას ამ სფეროს განვითარების კვალად. შედეგების კვლევა, ძირითადად, კონცენტრირდა სქესის შეცვლის ქირურგიაზე. მიმდინარე პრაქტიკაში არსებობს იდენტობის, როლის და ფიზიკური

ადაპტაციის რიგი საკითხები, რომელიც საჭიროებს შემდგომი მეთვალყურეობის და შედეგების დამატებით კვლევებს (Institute of Medicine, 2011).

DANARTI

ზრუნვის სტანდარტების მე-7 ვერსიის შემუშავების პროცესი

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების მე-7 ვერსიის შემუშავების პროცესი დაიწყო 2006 წელს, SOC-ის საწყისი „სამუშაო ჯგუფის“ შექმნით. წევრები მოწვეული იყვნენ SOC, ვერსია 6-ის კონკრეტული თავების გადასასინჯად. მათ ეთხოვათ, რომ თითოეული თავის შესაბამისად გადაეხედათ შესაბამისი ლიტერატურისათვის, დაედგინათ, სად აკლდა და სად იყო საჭირო კვლევები და შეეთავაზებინათ SOC-ისთვის ახალი მტკიცებულებებით გამყარებული პოტენციური შესწორებები. მოთხოვნილი ნაშრომები წარმოადგინეს შემდეგმა ავტორებმა: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker. ზოგმა ამ ავტორმა გადანყვიტა, დაემატებინათ თანაავტორები, რომლებიც მათ ამ ამოცანის შესრულებაში დაეხმარებოდნენ.

ამ დოკუმენტების სამუშაო ვერსიები უნდა წარმოდგენილიყო 2007 წლის 1 ივნისს. მათი უმეტესობა დასრულდა 2007 წლის სექტემბერში, დანარჩენები კი – 2007 წლის ბოლოს. ეს ხელნაწერები შემდგომ გადაეცა ტრანსგენდერიზმის საერთაშორისო ჟურნალს (IJT). თითოეულმა გაიარა IJT-ისთან ასოცირებული კოლეგების მიერ რეგულარული განხილვის პროცესი. საბოლოო დოკუმენტები გამოქვეყნდა მე-11 ტომში (1-4), 2009 წელს, რითაც ხელმისაწვდომი გახდა დისკუსიებისა და დებატებისათვის.

მას შემდეგ, რაც ეს სტატიები გამოქვეყნდა, WPATH-ის დირექტორთა საბჭომ 2010-ში შეიქმნა სამედიცინო დახმარების სტანდარტების სარევიზიო კომიტეტი. სარევიზიო კომიტეტის პირველი პასუხისმგებლობა იყო დებატების მოწყობა და IJT-ის პუბლიკაციების საფუძვლად არსებული ნაშრომების განხილვა Google-ის ვებგვერდის საშუალებით. დირექტორთა საბჭომ დანიშნა სარევიზიო კომიტეტის ქვეჯგუფი ავტორთა ჯგუფად, ამ ჯგუფს დაევალა SOC, ვერსია 7-ის პირველი პირის მომზადება და შესწორებებზე მუშაობის გაგრძელება, გაფართოებულ სარევიზიო კომიტეტისათვის წარსადგენად. საბჭომ აგრეთვე დანიშნა ტრანსსექსუალი, ტრანსგენდერი და გენდერულად არაკონფორმული ინდივიდებისგან შემდგარი საერთაშორისო მრჩეველთა ჯგუფი, რათა ამ შესწორებებში მათაც ჩაედოთ წვლილი.

დაქირავებული იქნა ტექნიკური ავტორი იმისთვის, რომ (1) გადაეხედა რევიზიის ყველა რეკომენდაციისათვის – როგორც საწყისი რეკომენდაციებისათვის, რომლებიც IJT სტატიებში იყო მოხაზული, ასევე დამატებითი რეკომენდაციებისათვის, რომლებიც ონლაინ დისკუსიებისგან წარმოიშვა – და (2) შეექმნა კვლევის ჩარჩო პოტენციურ შესწორებებზე დამატებითი წვლილის მოსაკრებად. მოკვლევის შედეგებიდან, ავტორთა ჯგუფმა შეძლო დაედგინა, თუ რა საკითხებზე თანხმდებოდნენ ეს ექპერტები და რა საკითხებზე სჭირდებოდათ მეტი მსჯელობა და დებატები. ტექნიკურმა ავტორმა შემდეგ (3) შექმნა SOC

ვერსია 7-ის პირველი სამუშაო პირი ავტორთა ჯგუფისთვის, რომლებიც განიხილავდნენ და შეიტანდნენ დამატებებს. ავტორთა ჯგუფი ფიზიკურად შეხვდა ერთმანეთს 4 და 5 მარტს, 2011 წელს ექსპერტთა საკონსულტაციო შეხვედრაზე. მათ განიხილეს ყველა რეკომენდებული ცვლილება, გამართეს დებატები და კონსენსუსამდე მივიდნენ სხვადასხვა წინააღმდეგობრივ საკითხებზე. გადანყვეტილებები მიღებული იქნა არსებული საუკეთესო სამეცნიერო და ექსპერტთა კონსენსუსის საფუძველზე. ეს გადანყვეტილებები შეტანილი იქნა სამუშაო ვარიანტში და დამატებითი თავები ავტორთა ჯგუფის მიერ შეიქმნა, ტექსტის ავტორთან ერთად.

სამუშაო ვარიანტი, რომელიც მიიღეს საკონსულტაციო შეხვედრის შედეგად, დაურიგდა ავტორთა ჯგუფს და დასრულდა ტენიკური ავტორის დახმარებით. მას შემდეგ, რაც ეს საწყისი სამუშაო ვარიანტი დასრულდა, ის დაურიგდა გაფართოებულ SOC-ის სარევიზიო კომიტეტს და მრჩეველთა საერთაშორისო ჯგუფს. დისკუსია გაიხსნა ვებგვერდზე და საკითხთა გადასაწყვეტად მოეწყო ონლაინ კონფერენცია. ამ ჯგუფებისაგან მიღებული უკუკავშირი გააზრებული იქნა ავტორთა ჯგუფის მიერ, რომელმაც ამის მერე დამატებითად გადახედა დოკუმენტს. შეიქმნა ორი დამატებითი სამუშაო ვერსია, რომლებიც Google-ის ვებგვერდზე დაიდო SOC-ის გაფართოებული სარევიზიო კომიტეტის და საერთაშორისო მრჩეველთა ჯგუფის საყურადღებოდ. ამ სამი სხვადასხვა გადახედვის და შესწორებების დასრულების შემდეგ საბოლოო დოკუმენტი დასამტკიცებლად წარუდგა WPATH-ის დირექტორთა საბჭოს. დირექტორთა საბჭომ ეს ვერსია 2011 წლის 14 სექტემბერს დაამტკიცა.

იგეგმება SOC-ის ამ ვერსიის გავრცელება და უკუკავშირების მოთხოვნა შემდგომი გადასინჯვისათვის. SOC-ის გადასინჯვის დროის შესახებ საკითხს WPATH წყვეტს.

დაფინანსება

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების გადახედვის პროცესი შესაძლებელი გახდა Tawani Foundation-ის გულუხვი გრანტისა და ანონიმი დონორის საჩუქრის დახმარებით. ამ ფონდებმა დააფინანსა შემდეგი:

1. ტექსტის თემატური ავტორი;
2. საერთაშორისო წვლილის ხელშესაწყობი პროცესი გენდერული იდენტობის პროფესიონალებისა და ტრანსგენდერთა თემის მიერ შემოთავაზებული ცვლილებების ჩასართავად;
3. ავტორთა ჯგუფის სამუშაო შეხვედრები;
4. დამატებითი უკუკავშირების მოგროვებისა და პროფესიულ და ტრანსგენდერ თემებთან, სამედიცინო დახმარების სტანდარტების ვერსია 7-ის სარევიზიო კომიტეტსა და WPATH-ის დირექტორთა საბჭოსთან საბოლოო საექსპერტო კონსენსუსის მისაღწევი პროცესი;
5. სამედიცინო დახმარების სტანდარტების ვერსია 7-ის ბეჭდვა და გავრცელება და თავისუფალი ჩამოტვირთვადი ასლის WPATH-ის ვებგვერდზე გამოქვეყნება;
6. პლენარული სესია სამედიცინო დახმარების სტანდარტების ვერსია 7-ის წარსადგენად WPATH-ის სიმპოზიუმ-ბიენალზე, ატლანტა, ჯორჯია, აშშ.

სამედიცინო დახმარების სტანდარტების სარევიზიო კომიტეტის წევრები

Eli Coleman, PhD (USA)* – Committee chair
Richard Adler, PhD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*
George Brown, MD (USA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*
Griet DeCuypere, MD (Belgium)*
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*

Arlene Istar Lev, LCSW (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfaefflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

საერთაშორისო მრჩეველთა ჯგუფის შემრჩევი კომიტეტი

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

საერთაშორისო მრჩეველთა ჯგუფი

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FTM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)
Rupert Raj, Shelburne Health Center (Canada)
Masae Torai, FTM Japan (Japan)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

ტექსტის ავტორი

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

სარედაქციო დახმარება

Heidi Fall (USA)

