



Transgraniczna komunikacja z pacjentem transpłciowym

Anna Maria Szymkowiak
Andrzej Guzowski



Poradnik uwzględniający różnice
w procedurach medycznej
korekty płci w Polsce i Ukrainie

Transgraniczna komunikacja z pacjentem transpłciowym

Poradnik uwzględniający różnice
w procedurach medycznej korekty płci w Polsce i Ukrainie

Транскордонне спілкування з трансгендерним пацієнтом

Посібник, що враховує відмінності у процедурах медичної
корекції статі в Польщі та в Україні

Cross-border communication with a transgender patient

A guide that takes into account the differences in medical gender
correction procedures in Poland and Ukraine

Anna Maria Szymkowiak, Andrzej Guzowski

Transgraniczna komunikacja z pacjentem transpłciowym

Poradnik uwzględniający różnice
w procedurach medycznej korekty płci w Polsce i Ukrainie

Транскордонне спілкування з трансгендерним пацієнтом

Посібник, що враховує відмінності у процедурах медичної
корекції статі в Польщі та в Україні

Cross-border communication with a transgender patient

A guide that takes into account the differences in medical gender
correction procedures in Poland and Ukraine



**SILVA
RERVM**

Poznań 2023

Recenzja: dr hab. Katarzyna Van Damme Ostapowicz

Redaktor prowadzący: dr Sebastian Surendra

Korekta: dr Anna Surendra

Tłumaczenia językowe ukraiński: Julia Mołdowan
angielski: Urszula Kisiel-Grzanka

Korekta j. ang.: Claudia Babat

Skład i łamanie: Maciej Torz

Projekt graficzny okładki: Studio Graficzne SILVA RERUM

Zdjęcie na okładce: nataliashein

Źródło zdjęcia: <https://pl.depositphotos.com/9254396/stock-illustration-stand-out-in-a-queue.html>

Pomysł, koncepcja, wybór materiałów i układ publikacji - Anna Maria Szymkowiak

Publikacja finansowana z dotacji Americares oraz w ramach projektu realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.

Iceland 
Liechtenstein **Active**
Norway **citizens fund**

© 2023 by Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM

© 2023 by Anna Maria Szymkowiak, Andrzej Guzowski

All rights reserved

ISBN 978-83-67222-40-2

Książka w miękkiej oprawie

ISBN 978-83-67222-41-9

Publikacja elektroniczna online lub do ściągnięcia

Edycja limitowana nieprzeznaczona do sprzedaży

Wydanie I: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM

www.wydawnictwo-silvarerum.eu

Poznań 2023

Druk i oprawa: Perfekt – Gaul i wspólnicy sp.j., ul. Skórzewska 63, 60-185 Skórzewo

Spis treści

Andrzej Guzowski, Anna Maria Szymkowiak	
Język żyrafy, język szakala – błędy w komunikacji z pacjentem trans . .	9
– wersja ukraińska	25
– wersja angielska	41
1. Algorytm procedury tranzycji w Ukrainie	
– wersja polska	57
– wersja rosyjska	58
– wersja angielska	59
2. Ujednolicony Protokół Kliniczny Dla Podstawowej, Drugorzędowej (Specjalistycznej) I Trzeciorzędowej (Wysokospecjalistycznej) Opieki Medycznej	
– wersja polska	61
– wersja ukraińska	107
– wersja angielska	161
3. Joanna Przybyszewska-Goldberg	
Rozmowa z pacjentem trans w gabinecie dermatologicznym	
– wersja polska	203
– wersja ukraińska	205
– wersja angielska	207
4. Fotografia przykładowego narzędzia tworzonego przez studentów . . .	209

Вміст

Andrzej Guzowski, Anna Maria Szymkowiak		
Мова шакала, мова жирафа Мова шакала, мова жирафа – помилки у спілкуванні з трансгендерним пацієнтом	9	
– версія українською	25	
– версія англійською	41	
1. Алгоритм процедури переходу в Україні		
– версія польською	57	
– версія російською	58	
– версія англійською	59	
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги		
– версія польською	61	
– версія українською	107	
– версія англійською	161	
3. Joanna Przybyszewska-Goldberg		
Розмова з трансгендерним пацієнтом		
– версія польською	203	
– версія українською	205	
– версія англійською	207	
4. Фото прикладу знаряддя, створеного студентами		209

Contens

Andrzej Guzowski, Anna Maria Szymkowiak	
Language of the giraffe, language of the jackal – mistakes in communicating with trans patients	9
– Ukrainian version	25
– English version	41
1. Transition procedure algorithm in Ukraine	
– Polish version	57
– Russian version	58
– English version	59
2. Unified Clinical Protocol for Primary, Secondary (Specialized) and Ter- tiary (Highly Specialized) Care	
– Polish version	61
– Ukrainian version	107
– English version	161
3. Joanna Przybyszewska-Goldberg	
Conversation with a trans patient	
– Polish version	203
– Ukrainian version	205
– English version	207
4. Photograph of an example of a tool created by students	209

Język żyrafy, język szakala – błędy w komunikacji z pacjentem trans

Andrzej Guzowski

Medycyna powinna być jak stół rodzinny, przy którym spożywa się razem posiłek, toczy spór, analizuje argumenty. Problem, który ma jeden z uczestników tego spotkania, rozwiązuje się wspólnie. O osobach transpłciowej w polskiej medycynie praktycznie się nie mówi, nie istnieje też płaszczyzna dyskusji, widać tylko fortyfikacje. Jednak powoli widać światło w tunelu, który jest jeszcze bardzo długi. Światłem tym jest próba stworzenia jakichś podstaw działania. W tej publikacji wskazujemy, w którym kierunku powinna iść opieka nad pacjentem. Nie jest to nic nowego od izolacji do empatii. Mimo że nie jest to żadne odkrycie, niech będzie to nasza cegiełka do „meblowania” głów w zakresie idei godności osoby ludzkiej jako jednostki.

Obecnie w Polsce przetacza się emocjonalna dyskusja na temat osób trans – często jest to dyskurs niemerytoryczny, gdzie argumenty naukowe są zamieniane na argumenty emocjonalne. Sytuacja ta sprawia, że osoby takie są jeszcze bardziej alienowane lub dokonują samowykluczenia z uwagi na prześmiewcze opinie pojawiające się w środkach masowego przekazu. Wykluczenie społeczne osób żyjących z takim problemem często ma bardzo niebezpieczne skutki: od stygmatyzacji po udane próby samobójcze.

W 2019 roku głośno było o samobójstwie Milo Mazurkiewicz: „**Mam dość. Mam dość tego, że jestem traktowana jak g**no. Mam dość ludzi (psychologów, lekarzy, terapeutów) mówiących mi, że nie mogę być tym, kim jestem, bo wyglądam w nieodpowiedni sposób. Traktujących mnie, jakbym to wszystko wymyśliła i potrzebowała papierów, aby to udowodnić**” [1].

Człowiek, który nie może realizować swojej tożsamości, a przez to siebie jako osoby, powoli popada w marazm, apatię, dosięga go przygnębienie i depresja. Alienuje się ze społeczeństwa, ponieważ możliwość w stawianiu celów, jakie daje życie, w jego przypadku po prostu nie działa. Trzeba wielkiej siły, aby przebić mur strachu przed wyjściem i zmanifestowaniem swojego problemu, swojej odmienności. Niestety, to zmanifestowanie nie zawsze musi spotkać się z akceptacją. Wręcz przeciwnie – często spotyka się właśnie z jej brakiem, a nawet agresją. W tym miejscu warto przywołać badania Karoliny Czerwiec i Magdaleny Lezuch, które pokazują w swoich analizach między innymi:

skojarzenia studentów związane z zagadnieniem transpłciowości. Pozytywne postawy respondentów są reprezentowane przez: ciekawość, współczucie, sympatię, życzliwość i zrozumienie. Neutralne przez obojętność i żal. Natomiast negatywne przez lęk, niesmak, litość i obrzydzenie. Wśród skojarzeń pozytywnych prym wiodą studenci UP, natomiast wśród neutralnych i negatywnych studenci PWSTE [2].

Natomiast w raporcie *Opinia Publiczna o prawach osób trans w Polsce* możemy znaleźć następującą informację:

[respondenci] Zapytani o to, jakich ludzi nie chcieliby widzieć w określonych rolach społecznych – jako swoich sąsiadów, współpracowników, nauczycieli, wojskowych, przedstawicieli władzy pochodzących z wyboru, czy członków rodziny – mniejszość respondentów wskazała na osoby transpłciowe. Wynika z tego, że większość polskich respondentów nie wskazała, że nie chciałaby widzieć osób transpłciowych w tych rolach. Około jedna czwarta lub mniej respondentów stwierdziła, że nie chciałaby, aby osoba transpłciowa była jej sąsiadem (16,7%), współpracownikiem (20,0%), wojskowym (21,5%), przedstawicielem władzy pochodzącym z wyboru (19,4%), lub członkiem rodziny (25,7%). Silniejszy opór odnotowano przed wykonywaniem przez osoby transpłciowe zawodu nauczyciela (31,4%). [3]

Możemy zatem zauważyć, że ewidentnie polskie społeczeństwo nie rozumie problemu osób trans, o czym mogą świadczyć negatywne odczucia co do nich, takie jak: lęk, niesmak czy litość, a także brak akceptacji do zajmowania przez nie stanowisk w niektórych zawodach, a przez to pełnienie przez nie jakichś określonych funkcji społecznych. To bardzo ważny wniosek! W tym miejscu trzeba przypomnieć, że medycy stanowią część społeczeństwa, a ich postawy wobec pacjenta trans są różne. Od akceptacji do niechęci – właśnie te dwie skrajne postawy będą kształtowały ich potrzebę do podjęcia próby pogłębienia swojej wiedzy na temat diagnozy, terapii i opieki nad osobami trans bądź nie.

Skrzypczek, Bilarzewska oraz Niebudek w swojej pracy *Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z usług ochrony zdrowia* [3] wskazują, jak ważne jest odpowiednie przygotowanie medyków do pacjentów trans. Ich badania pozwoliły wyłonić dwa główne obszary tematyczne. Według autorek mogły one mieć:

bezpośredni wpływ na ocenę doświadczeń, czyli postawa specjalistów oraz postawa pacjentów. Postawa specjalistów odnosi się do poziomu wiedzy dotyczącej transpłciowości oraz sposobu traktowania osoby, natomiast postawa osób

transpłciowych może charakteryzować się uległością lub dążeniem do autonomii w relacji lekarz-pacjent[4] Problemy w warstwie systemowej które podnoszą badaczki można podzielić na dwie grupy: pierwsza to brak aktualnej wiedzy medycznej co do tranżycie wśród personelu ochrony zdrowia. Autorki powyższej pracy wskazują także, że pacjenci zwrócili uwagę na brak aktualnej wiedzy co do procesu opiniowania a takie zgłaszano niezrozumienie procesu odkrywania swojej tożsamości płciowej [3].

Druąa grupa problemów systemowych w opinii badanych to wszelkiego rodzaju problemy w komunikacji z pacjentem:

Osoby badane wskazywały na znaczące braki w wiedzy specjalistów w wyżej wymienionych obszarach. Wydawać się może, że wynika to z nieaktualnej wiedzy specjalistów, gdzie wymogiem uznania przez nich transpłciowości jest binarność, stereotypowa genderowa ekspresja, atypowość płciowa w dzieciństwie, pragnienie podjęcia wszystkich możliwych etapów tranżycji medycznej oraz dążenie do jak najbardziej cispłciowego passingu [3].

Drugim elementem podnoszonym przez badaczki był wymiar podmiotowy. Badani wskazywali jako jeden z najważniejszych dla nich elementów, który nie działa, zachowanie szacunku do nich jako pacjentów, który powinien wyrażać się w ich autonomii:

Objawiało się to poprzez kwestionowanie lub/i unieważnianie przeżyć i tożsamości, w tym: przedkładanie własnej opinii o osobie pacjenckiej nad jej doświadczenia, a także elementy terapii konwersyjnej: „Chciała na siłę udowodnić, że wmówiłem sobie to, kim się czuję” (transpłciowy mężczyzna, 13 lat). Również poprzez wymóg udowodnienia swojej tożsamości płciowej np. za pomocą wyglądu i/lub zainteresowań oraz nieuznawanie tożsamości, np. nierespektowanie wybranej formy zwracania się do momentu niebycia „przekonanym”. Zniechęcanie/odradzanie rozpoczęcia tranżycji z powodu braku możliwości posiadania cispłciowego ciała: „wpierał, że nie da się być mężczyzną w 100%, jeśli urodziłem się kobietą i nie będę szczęśliwy, nie posiadając idealnego członka” (brak podanej płci, brak wieku) [3].

Prowadzone od lat badania przez różne ośrodki pokazują, że osoby trans są dyskryminowane w różnych dziedzinach życia: w edukacji, rodzinie, zakładach pracy czy, co wydaje się najbardziej groźne, w przypadku podjęciu decyzji o tranżycji w ochronie zdrowia. Raport FRA jasno wskazuje:

mniej więcej jeden na pięciu respondentów, którzy korzystali z usług opieki zdrowotnej lub usług pomocy społecznej w roku poprzedzającym badanie, czuł się dyskryminowany przez personel opieki zdrowotnej lub opieki społecznej z powodu bycia osobą trans. Państwa członkowskie UE powinny zapewnić, aby pracownikom służby zdrowia i personelowi zajmującemu się ubezpieczeniami zdrowotnymi oferowano odpowiednie szkolenia i działania poszerzające świadomość w zakresie potrzeb zdrowotnych osób trans, aby wyeliminować uprzedzenia i poprawić świadczenie usług osobom trans [4].

Nie ma innej drogi niż długa i mozolna edukacja społeczeństwa.

Z poczynionego wprowadzenia możemy wywnioskować trzy etapy, którymi zajmujemy się w dalszej części tekstu. Pierwszy to próba przełamania tabu o istnieniu osób trans i pokazaniu świata medycyny, że one istnieją. Drugi to komunikacja z pacjentem trans, a trzeci – próba stworzenia podstaw algorytmu postępowania.

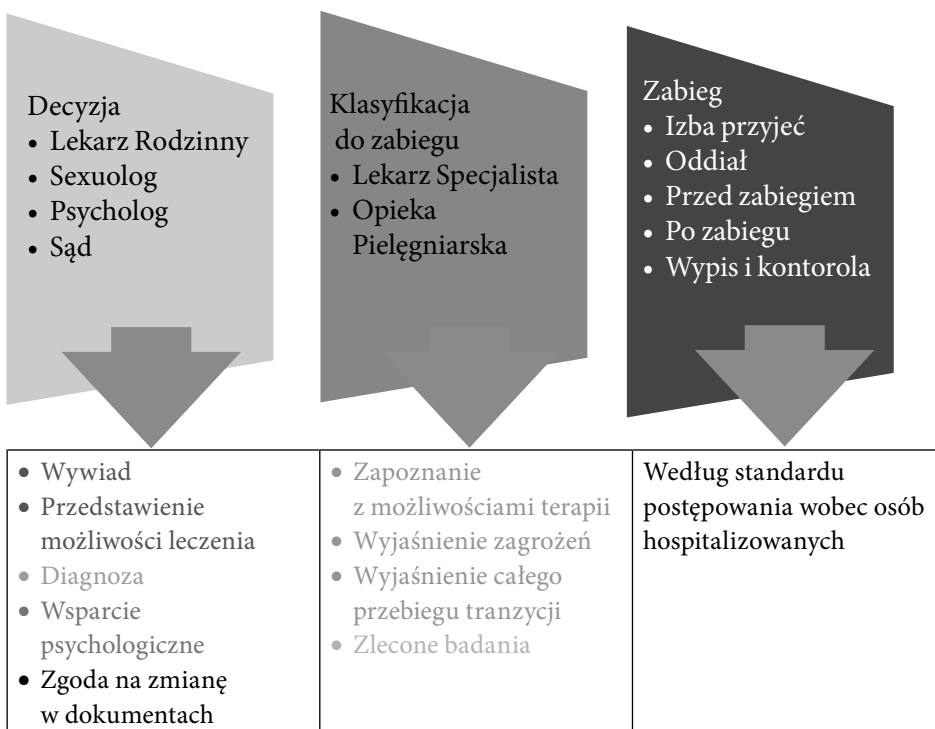
W pierwszym odruchu może to wydawać się banalne, bo przecież osoby trans istnieją w otaczającym nas świecie, dlatego więc należy osobom ze świata medycyny to uświadamiać. Odpowiedź jest prosta – większość pracujących w systemie opieki zdrowotnej zwyczajnie z takimi osobami nie miała kontraktu w rzeczywistości. Osoby transseksualne często są więc w ich świadomości osobami wykreowanymi przez media.

Ta tabela jest wstępem do zaznajomienia z osobami trans:

Data	Temat: błędy w komunikacji z osobą trans na oddziale	Miejsce: BIAŁYSTOK
Formy zajęć: Grupowa, warsztat,		Metody: Pokaz, burza mózgów, drzewo decyzyjne
Środki: rzutnik, papier, kolorowe pisaki ,		
<p>Cel – błędy w komunikacji z osobą trans na oddziale. Praca ucznia z mapą</p> <p>Cel szczegółowy Student wymienia rodzaje komunikacji Student wskazuje błędy i bariery w komunikacji Student pokazuje, jak uniknąć błędów w komunikacji z osobą trans Student proponuje most komunikacyjny. Zmiana wypowiedzi z nieakceptowalnej na akceptowalną.</p>		<p>Grupa docelowa: określamy, do kogo skierowane są zajęcia</p>
<p>Opis metody: studenci zapoznają się z emocjami i tym, jak je wyrażamy w sytuacjach trudnych. Przy pomocy tworzenia gry zespołowej, a potem zabawy nią starają się odgadnąć emocje, jakie im towarzyszą w różnych sytuacjach, jakie mogą spotkać ich na oddziale.</p>		
<p>Zadanie 1 Rozmowa o emocjach, czym są, za co odpowiadają, co mogą spowodować, gdy są używane w nieodpowiedni sposób.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Radość ----- pogoda ducha, ekstaza 2) Smutek ----- przygnębienie, rozpacz 3) Gniew ----- irytacja, wściekłość 4) Strach ----- niepokój, przerażenie 5) Wstręt ----- nuda, obrzydzenie 6) zaufanie ----- akceptacja, podziw 7) zaskoczenie ---- rozproszenie, zaskoczenie 8) oczekiwanie ---- zainteresowanie, czujność 		<p>Zadanie 1 Wymień emocje i opisz je. Do poszczególnych emocji przypisz jakieś teoretyczne sytuacje i uzasadnij, dlaczego w ten sposób wybrałeś.</p>
<p>Studenci tworzą grę planszową lub grę w karty do gry pod nazwą 7 uczuć</p> <p>Zadania gry</p> <ul style="list-style-type: none"> • umiejętność nazwania emocji, jakie towarzyszą nam w poszczególnych sytuacjach życia • umiejętność prawidłowego rozróżnienia emocji • jak się zachowuję, gdy dane emocja pojawia się we mnie 		<p>Studenci na rozdanych przyborach plastycznych (kartony lub kartoniki) tworzą grę zespołową, mając na celu naukę, czym są emocje i jakie mogą w nas wzbudzać nastroje.</p>

<p>Opis metody Zamieniamy język SZAKALA NA JĘZYK ŻYRAFY. Pogadanka na temat różnicy w komunikacji z uwagi na stosowanie języka szakala i języka żyrafy.</p>	<p>Zadanie 2</p>
<p>Zadanie 2 1) Wyjaśnienia, czym jest język szakala, jak wygląda komunikacja przy stosowaniu tego typu komunikacji. Przykłady „języka szakala” (komunikat „ty”): – zarzuty, krytyka, ocenianie, obwinianie, (np. „Zachowujesz się jak głupek”, „Jesteś dziwadłem”, „To wszystko twoja wina”); – porównania (np. „Jesteś tak samo głupia jak X”); – stawianie żądań („Masz mi to zrobić”); – generalizowanie („Zawsze coś popsujesz”); – przyklejanie etykiet („Jesteś zacofany”); – ironia, drwina; – zaprzeczanie emocjom („Przeginasz”, „Nie udawaj, że to ci przynosi smutek”). Przykład posłużenia się „językiem żyrafy” (komunikat „ja”): Wyjaśnienia, czym jest język żyrafy, jak wygląda komunikacja przy stosowaniu tego typu komunikacji. Przykłady: Zasada 4 kroków: NVC proponuje zasadę 4 kroków, które budują dobrą rozmowę: 1. Obserwacja Opisujemy zaobserwowane zachowanie, działania i fakty, bez oceniania i interpretacji. np.: <i>Kiedy odwracasz wzrok i wzruszasz ramionami, gdy pytam cię, czy wiesz na czym polega mój problem,</i> 2. Nazwanie uczucia Domyślam się uczuć drugiej osoby i stawiam hipotezę, np.: <i>to myślę sobie, że jesteś zły, zagniewany. Czy mam rację?</i> 3. Wyrażenie potrzeby Domyślam się, jaka niezaspokojona potrzeba drugiej osoby przemawia przez jej zachowania i emocje i wyrażam swoje przypuszczenia, np.: <i>Domyślam się, że możesz mieć żal za to, że wczoraj nie pozwoliłam ci obejrzeć razem ze mną filmu. Masz żal, bo chciałbyś decydować, jak spędzasz czas i spędzić go ze mną?</i></p>	<p>Część „A” Zadanie przy pomocy dramy: W oparciu o zastosowanie języka szakala komunikujesz się z pacjentem trans w trakcie rejestracji pacjenta, przeprowadzania badania, komentowanie ocenianie pacjenta po wyjściu z gabinetu – pacjent czeka przed drzwiami.</p> <p>Część „B” Zadanie przy pomocy dramy: W oparciu o zastosowanie języka żyrafy komunikujesz się z pacjentem trans w trakcie jego rejestracji, przeprowadzania badania, rozmowa pomiędzy personelem medycznym – empatyczna rozmowa- pacjenta po wyjściu z gabinetu – pacjent czeka przed drzwiami.</p>

<p>4. Prośba Formułuję ją za drugą osobę, pozostawiam możliwość skorygowania, np.: <i>Czy dobrze rozumiem, że chciałbyś zdecydować, jak wspólnie spędzamy wolny czas?</i> Propagatorzy NVC podkreślają, że często wystarczy jedynie (lub aż) nazwać emocje i potrzeby drugiej osoby, żeby się uspokoiła i mogła poczuć, że jest dla nas ważna i potraktowana ze zrozumieniem. To daje jej siłę do uporania się z trudnymi uczuciami i otwiera możliwość dalszej rozmowy [4].</p>	<p>Część „c” Po zrealizowaniu obydwoch zadań czas na podsumowanie i rozmowę o emocjach, które towarzyszyły obydwóm stronom dialogu</p>
<p>Osoby uczestniczące w projekcie próbują stworzyć most komunikacyjny. Wspólnie omawiają zasady komunikacji w oparciu o schemat rozmowy Szkal – Żyrafa</p>	
<p>Co, gdy przyjdzie pacjent trans</p>	



Algorytm: Droga do tranzycji/do podjęcia decyzji

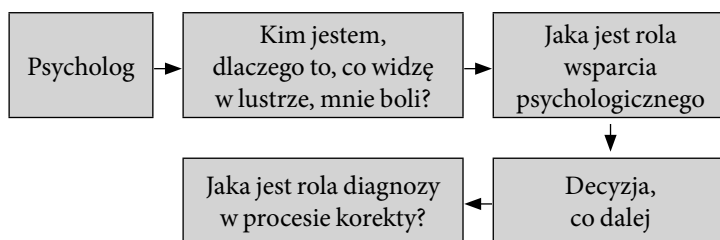
1. Psycholog

Kim jestem, dlaczego to, co widzę w lustrze, mnie boli? Rozpoznanie, że coś ze mną jest inaczej, że coś mi nie pasuje, że wygląd, rola, sposób komunikacji, odbiór mojej osoby budzi we mnie sprzeciw, opór, nie rozumiem, dlaczego, szukam. Zagrożenia – rozwój emocjonalny, chęć ucieczki przez „czymś”, czego nie rozumiem, postrzeganie inności jako choroby psychicznej, obawa o reakcje, obawa w czasie szukania, na jakie odpowiedzi trafię.

Czy psycholog może mi odpowiedzieć na to pytanie?

Jaka jest rola wsparcia psychologicznego? – poznanie siebie, zbadanie zasobów, dojście do odpowiedzi, kim jestem (nie może być sytuacji, że to psycholog powie klientowi, kim jest, to on sam, przy pomocy psychologa, musi do tego dojść, znaleźć na to odpowiedź

Jaka jest rola diagnozy w procesie korekty? - głównie zbadanie osobowości, wykluczenie zaburzeń osobowości, które mogą zaburzać proces postrzegania siebie, próba poszukania odpowiedzi/ potwierdzeń/ zaprzeczeń w sytuacjach z życia, relacjach z drugim człowiekiem, ale głównie w relacjach ze samym sobą, ich ewolucji/zmianom. Poszukanie odpowiedzi, jakie mamy zasoby na to, by świadomie przeżywać swoje życie, mając świadomość różnych ograniczeń, jakie już na zawsze będziemy doświadczać (ostracyzm, niezrozumienie, brak możliwości prokreacji, kosztowna i niebezpieczna dla zdrowia terapia hormonalna i zabiegi operacyjnej korekty płci. Inną sprawą jest powiedzenie sobie, jestem osoba trans, inną sprawą jest zrozumienie i akceptacja wyzwań, z jakimi się zmierzę w trakcie korekty i po niej



Studenci odgrywają scenki specjalista – pacjent. Przy użyciu odpowiedniego języka i potrafią odczytać emocje. Pacjent może ukrywać pytania, bać bądź wstydzić się je zadać. Ważne, aby w trakcie tego zadania – student umiał zebrać „wywiad” w taki sposób od pacjenta, żeby wyłączyć jak najwięcej jego niepokoju.

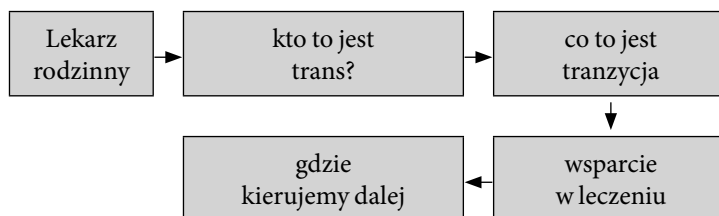
2. Lekarz rodzinny

Pytanie – nie wiem, nie rozumiem, co się ze mną dzieje, kto mi pomoże? – konieczne zrozumienie kwestii niezgodności płciowej, identyfikacji płciowej, konieczność poinstruowania pacjenta, że proces diagnostyczny prowadzi lekarz seksuolog i do niego trzeba się udać (nie ma skierowań, proces nie jest refundowany)

W trakcie diagnozy – skierowania na badania, które są w koszyku NFZ – podczas korekty płci wykonuje się wiele badań, niektóre z nich mogą być refundowane, dlatego konieczna jest pomoc/wsparcie/zrozumienie lekarza rodzinnego, by przepisywał te badania i leki, jakie ma zalecone osoba w trakcie korekty.

Po korekcie – stała konieczność przyjmowania hormonów, skierowania na regularne badania – lekarz musi wiedzieć, że w przypadku osoby trans konieczne jest stałe przyjmowanie hormonów i regularne badania kontrolne. Czy wystawi skierowania? Jak nie, to dlaczego?

W każdym z tych momentów (podczas szukania siebie, podczas korekty, po niej) pacjent trans przyjdzie do swego lekarza rodzinnego z problemami zdrowotnymi niezwiązanymi z korektą płci – czy lekarz będzie umiał spojrzeć na potrzebę pacjenta, „nie widząc” tego, że jest osoba trans, a jak sytuacja zdrowotna tego będzie wymagała, będzie umiał spojrzeć na sytuację osoby trans wyłącznie z punktu medycznego, bez konieczności wchodzenia w strefę komfortu/bezpieczeństwa pacjenta? Bez dziwienia się, dopytywania, okazywania niezrozumienia dla sytuacji pacjenta.



3. Lekarz seksuolog – prowadzący korektę

Pytanie – czy lekarz ma doświadczenie w prowadzeniu osób trans – odpowiedź jest kluczowa dla całego procesu, lekarz nie może „uczyć się na swoim kliencie”.

Wzajemna relacja – pierwsze spotkanie/spotkania muszą dać odpowiedź, czy obie strony czują się bezpiecznie i komuś wygodnie we wzajemnych relacjach. Bez tego proces, który będzie trwał wiele miesięcy, może być jeszcze trudniejszy, a właściwie niemożliwy do zrealizowania.

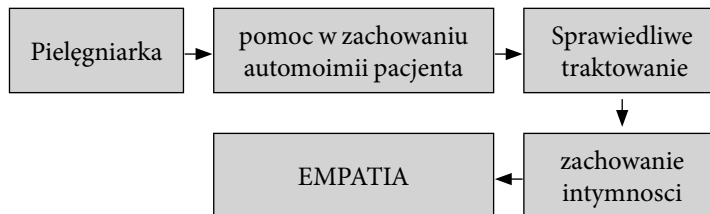
Korekta – zaświadczenie do sądu wystawia lekarz seksuolog, przed wystawieniem zaświadczenia kieruje na całą masę badań, w tym poziom hormonów, RTG, kariotyp, USG, EEG, RM, oraz diagnozę psychologiczno-seksuologiczną, wystawia też zaświadczenie psychiatryczne, jeśli ma ta specjalizację, jeśli nie, to kieruje do psychiatry (wykluczenie chorób psychicznych). Po wstępnej diagnozie (zazwyczaj kilka sesji i zaświadczenie od psychiatry) wdraża kurację hormonalną, którą na późniejszym etapie przejmuje endokrynolog. Niekiedy od razu kieruje do endokrynologa, by ten od początku prowadził kurację hormonalną. Tutaj konieczna jest też znajomość „odwrotności oczekiwanych skutków” w odniesieniu do HRT, gdyż następuje blokowanie biologicznie dominujących hormonów i wprowadzenie hormonów zgodnych z płcią odczuwaną

Jak długo będę pod opieką lekarza seksuologa? Proces diagnostyczny trwa około roku i kończy się wystawieniem zaświadczenia do sądu, które załącza się do pozwu o zmianę oznaczenia płci.

Czy po zakończeniu procesu diagnostycznego jeszcze będzie trzeba korzystać z pomocy lekarza seksuologa? Jeśli sam pacjent nie odczuwa takiej potrzeby, to nie. Taka potrzeba może wystąpić w momencie podejmowania decyzji o operacji na narządach płciowych. Temat ten jest poruszany podczas diagnozy, ale hipotetycznie, choć część zabiegów może być wykonana przed sądową zmianą oznaczenia płci (mastektomia, orchidektomia, wtedy praktycznie), dlatego zaleca się, by przed podjęciem decyzji o samej operacji, jeśli towarzyszą jej jakiegokolwiek wątpliwości, skonfrontować je (oczekiwania versus rezultaty) z lekarzem seksuologiem. Wtedy realnie będzie można podejść do rozmowy z lekarzem operującym, skupiając się na samym zabiegu, jego przebiegu, ryzykach, efektach. Dużym problemem są oczekiwania, jakie w stosunku do efektów mają pacjenci, a które nie zawsze są takie, jakich oczekują, albo te efekty sobie wyobrażają, stąd bardzo ważne jest bardzo dokładne i szczegółowe ich omówienie, żeby uniknąć rozczarowania po zabiegu.

4. Pielęgniarka

Jej rolą jest przygotowanie zgłaszającej się osoby do badania. Często to właśnie pielęgniarka jest pierwszą osobą, która nadaje klimat całej wizyty. Bardzo ważne, aby potraktować zgłaszającego się pacjenta/kę indywidualnie i podmiotowo. W miarę możliwości należy realizować potrzeby związane z informowaniem zgłaszającej się osoby o etapach, jakie będą przed nią na wizycie, oraz o tym, jakie będą niezbędne dokumenty potrzebne do sprawnego przebiegu wizyty lekarskiej. Kluczowe z punktu Pacjenta i Pielęgniarki jest odpowiednie zwracanie się do osoby trans. Ważne jest, aby pielęgniarka, która jako pierwsza wita pacjenta, była osobą empatyczną.



Podstawowe kwestie:

- 1) umiejętność empatycznego dialogu,
- 2) Brak ocen postaw zgłaszającej się osoby. Pielęgniarka nie jest osobą, która powinna szczegółowo informować o planie leczenia czy też wchodzić w rolę psychologa. Co innego wsparcie emocjonalno-psychiczne, co innego porady z zakresu psychoterapii.
- 3) Intymność; ważnym elementem udanej diagnozy, jak i dalszej terapii jest poszanowanie godności osoby trans. To pielęgniarka w trakcie badania powinna zadbać o to, aby w gabinecie był parawan dla zachowania intymności. Dobrą praktyką powinno być zaproponowanie osobie trans zamknięcia gabinetu na czas badania na klucz. Może to się odbyć wyłącznie po uzyskaniu zgody osoby badanej.
- 4) Pielęgniarka przyjmująca na izbie przyjęć czy w innym miejscu powinna zaznaczyć w dokumentacji i przekazać dalej, jak należy zwracać się do pacjenta. Informacja ta powinna być przekazana do kolejnych osób, które będą się zajmowały pacjentem

Przykładowa wizyta: *Pacjentka ubrana w spodnie, koszulę (ubiór unisex). Oprócz niej czeka w kolejce do przyjęcia dwóch mężczyzn.*

Pielęgniarka: Dzień dobry. Jak się Pan nazywa?

Pacjentka: Zofia Kowalska.

Pielęgniarka: Poproszę dowód osobisty i skierowanie do szpitala. *Pacjentka wyjmuje dowód osobisty, na którym widnieją dane: Zofia Kowalska, lat 35, płeć kobieta. Pielęgniarka wpisuje dane do komputera i sporządza notatkę na tablicę w dyżurce pielęgniarskiej „Pacjentka na sali numer 1 jest transseksualna, zwracamy się do niej *Pani*”.*

Pielęgniarka: Przyszła do nas Pani na operację zmiany płci, tak?

Pacjentka: Na korektę płci.

Dwóch mężczyzn w kolejce do przyjęcia zareagowało żywo na odpowiedź pacjentki. Pielęgniarka to zauważyła.

Pielęgniarka: Dobrze. Proponuję, żebyśmy dalszą rozmowę przeprowadziły w pokoju zabiegowym, proszę za mną.

Dalszy wywiad został przeprowadzony w gabinecie zabiegowym.

Pielęgniarka: Teraz zaprowadzę Panią na salę chorych.

Pacjentka: *przestraszona* Czy na sali będzie ktoś oprócz mnie? Chciałabym być sama.

Pielęgniarka: Rozumiem, mamy dla Pani salę indywidualną, proszę za mną.

5. Lekarz na oddziale

Pacjent jest zdenerwowany. Pomimo bycia pewnym swojej decyzji, która podjął, potrzebuje wsparcia i cierpliwego tłumaczenia, co się wydarzy, z jakich etapów będzie składał się zabieg. Istotne na tym etapie jest umiejętne empatyczne przekazanie informacji. Brak ocen moralnych pacjenta. Lekarz, który decyduje się na wykonanie takiego zabiegu, musi wykazywać pełną akceptację dla pacjenta.

Wyjaśniając pacjentowi kwestie związane z operacją korekty płci, należy 1, wyjaśnić, że nie będzie to jeden zabieg, a szereg procedur medycznych i przez lekarzy różnych specjalności. Wśród tych zabiegów są:

- A. Orchideoktom – ten zabieg można wykonać w znieczuleniu miejscowym z cięcia na mosznie, dzięki czemu nieszkodzone jest ukrwienie okolicy narządów płciowych, co pozwala na późniejszą operację waginoplastyki, lapioplastyki i klitoroplastyki ze skóry prącia i moszny.
- B. Mastektomia – polega na usunięciu gruczołów piersiowych i części skóry do wyglądu męskiej klatki piersiowej.

- C. Panhisterektomia – to usunięcie macicy i jajników (przydatków), które może odbyć się laparoskopowo lub na otwarcie wraz z zabiegiem wytworzenia prącia ze skóry podbrzusza
- D. Falloplastyka to rekonstrukcja prącia z płata skórno przedramienia, uda, klatki piersiowej lub podbrzusza. W kolejnym etapie dochodzi do zamknięcia lub wycięcia pochwy, wytworzenia moszny i połączenia cewki moczowej własnej z cewką prąciową. Następnie wszczepia się implant prącia pozwalający na podejmowania aktywności seksualnej z penetracją oraz 1 lub 2 implanty jąder.

Do operacji przystępuje się na czczo. Przed zabiegiem należy dokładnie ogolić krocze, może zostać również podany środek na przeczyszczenie dzień przed zabiegiem.

Waginoplastyka może być wykonana poprzez inwersję penisa lub przez wytworzenie pochwy z wyściółki jelita, aczkolwiek możliwe, że tej drugiej metody nie stosuje się w Polsce – trzeba to sprawdzić w konkretnych placówkach.

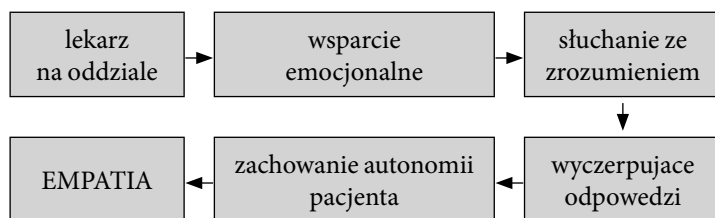
Metoda inwersji polega na rozcięciu penisa, pozbawieniu go wypełniającej tkanki i wywróceniu na drugą stronę tak, aby skóra utworzyła wyściółkę powstałej neowaginy. Może być potrzebne nacięcie na podbrzuszu, aby przytwierdzić dno kanału do ściany jamy brzusznej, co zabezpieczy przed ryzykiem wypadania narządu. Z części żołądka formuje się lechtaczkę, z moszny wargi sromowe. Kolejną kwestią, którą musi ważyć lekarz przed zabiegiem, jest rekonwalescencja. W zależności od konkretnego zabiegu zdrowienie następuje w różnym czasie. Po mniejszych zabiegach rekonwalescencja to może być kilka dni, po większych nawet 1-2 m-ce lub dłużej. Najlepiej udać się do specjalistów zajmujących się operacjami osób transpłciowych i mogą być to specjaliści różnych dziedzin (chirurg ogólny lub plastyczny, urolog, ginekolog, itp.), ale rzadko jeden specjalista będzie w stanie wykonać wszystkie operacje od korekty jąbłka Adama po falloplastykę. Przez pierwsze kilka dni neowagina wygląda jak rana, trzeba przygotować się na nieprzyjemny widok.

Konieczne jest użycie cewnika, dopiero po około tygodniu lekarz może go wyjąć i można przetestować, czy oddawanie moczu jest możliwe bez niego. Przez pierwsze doby można z moczem wydalac krew, skrzepy, kawałki tkanki - to fizjologiczne, podobnie jak kierowanie się strumienia moczu w różne strony, np. po poślaskach. Trzeba się będzie tego nauczyć na nowo. Przez przynajmniej 2-3 tygodnie trzeba unikać wysiłku, podnoszenia ciężkich przedmiotów.

Istotną sprawą z punktu widzenia pacjenta jest to w jaki sposób zmienia się sylwetka. Po mniejszych zabiegach rekonwalescencja to może trwać kilka dni, po większych nawet 1-2 miesiące lub dłużej. Najlepiej udać się do specjalistów zajmujących się operacjami osób transpłciowych. Mogą być to specjaliści różnych dziedzin (chirurg ogólny lub plastyczny, urolog, ginekolog itp.), ale rzadko jeden specjalista będzie w stanie wykonać wszystkie operacje od korekty jąbłka Adama po falloplastykę. Przez pierwsze kilka dni neowagina wygląda jak rana, trzeba przygotować się na nieprzyjemny widok. Konieczne jest użycie cewnika, dopiero po około tygodniu lekarz może go wyjąć i można przetestować, czy oddawanie moczu jest możliwe bez niego. Przez pierwsze doby można z moczem wydaląć krew, skrzepy, kawałki tkanki – to fizjologiczne, podobnie jak kierowanie się strumienia moczu w różne strony, np. po poślądkach. Trzeba się będzie tego nauczyć na nowo. Przez przynajmniej 2-3 tygodnie trzeba unikać wysiłku, podnoszenia ciężkich przedmiotów.

Niestety, istnieje ryzyko, że nie wszystko wyjdzie za pierwszym razem. Możliwe, że konieczne będą poprawki, np. pomniejszenie łechtaczki albo usunięcie nadmiaru tkanki erekcyjnej, która może przeszkadzać w pożyciu seksualnym.

Problemem po takich zabiegach mogą być zakażenia, trudno gojące się rany i stan zapalny utrzymujący się przez jakiś czas. Trzeba pamiętać, że taki zabieg jest interwencją w żywe ciało. Rany po operacji korekty płci wymagają pielęgnacji jak rany po innych zabiegach, dlatego regularna zmiana opatrunków i przemywanie wodą z mydłem oraz środkami antyseptycznymi pomaga uniknąć zakażeń i powikłań w okolicy rany.



Diagnostyka obrazowa – elektroradiolog.

Z uwagi na fakt, że procedury związane z zawodem elektroradiologa są dość krótkie i nie wymagają dużych umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych, to trzeba pamiętać, że w gabinecie RTG pracujemy z żywym człowiekiem.

<p>W tym miejscu trzeba podkreślić, że blizny po zabiegach korekty płci mogą być rozległe, dlatego:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jeżeli widzisz pacjenta pierwszy raz po takich zabiegach, staraj się być dyskretnym, nie analizuj wszystkich blizn Nie dopytuj pacjenta: a po czym to? I naprawdę teraz lepiej? Zwracaj się do pacjenta w taki sposób, w jaki on sobie życzy Zapewnij mu intymność – niech nikt trzeci nie wchodzi do gabinetu 	<pre> graph LR A[Elektoradiolog] --> B[empatia w komunikacji] B --> C[INTYMNOŚĆ] </pre>
---	---

W 2023 roku Fundacja Akceptacja z Poznania dzięki wsparciu finansowemu Americares miała okazję odbyć kilka wyjazdów studyjnych na Ukrainę. Dzięki nawiązaniu współpracy z Oleną Romaniuk (psychoterapeutką ze Lwowa) mogliśmy obserwować, jak wygląda praca z osobami trans na przykładzie Lwowa. Niestety, Ukraina jest krajem, w którym osoby transpłciowe są nieakceptowane społecznie we wszystkich kręgach życia publicznego. W roku 2016 ukraińska ochrona zdrowia wypracowała protokół z dokładnym opisem działań. Poniżej załączamy tekst ukraińskiego Algorytmu oraz „UJEDNOLICZONY PROTOKÓŁ KLINICZNY DLA PODSTAWOWEJ, DRUGORZĘDOWEJ (SPECJALISTYCZNEJ) I TRZECIORZĘDOWEJ (WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ) OPIEKI MEDYCZNEJ DYSFORIA PŁCIOWA”. Pomimo tego, że Ukraina wyprzedza nas pod kątem tworzenia standardu opieki nad osobą trans w czasie tranzycji, ma jeszcze bardzo dużo do zrobienia w sferze społecznej. Głównie dotyczy to zwiększenia świadomości medyków na temat omawianego problemu. Rozmowa z działaczami organizacji takimi jak wspomniana Olena Romaniuk wskazuje, że to brak świadomości społeczeństwa Ukrainy jest główną przeszkodą w normalnym funkcjonowaniu tych obywateli w czasie trwania tranzycji bądź już po jej zakończeniu. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że jedną z najważniejszych różnic jest fakt, że obywatele Ukrainy nie potrzebują zgody sądu, aby dokonać korekty płci. Niestety, polscy obywatele muszą stawać przed sądem powszechnym, co jest dla nich upokarzające i stresujące. W trakcie takiego procesu zmuszeni są pozwać własnych rodziców. Taka sytuacja jak w Polsce o wiele bardziej przyczynia się do tego, że procedura tranzycji staje się przeżyciem traumatycznym.

Aneksy

1 Algorytm procedury tranzycji w Ukrainie

– wersja polska

– wersja po rosyjsku

2 UJEDNOLICONY PROTOKÓŁ KLINICZNY DLA PODSTAWOWEJ, DRUGORZĘDOWEJ (SPECJALISTYCZNEJ) I TRZECIORZĘDOWEJ (WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ) OPIEKI MEDYCZNEJ

4 Fotografia przykładowego narzędzia tworzonoego przez studentów

Bibliografia

- 1 <https://www.wprost.pl/kraj/10217699/transplciowa-dzialaczka-popelnila-samobojstwo-rzucila-sie-z-mostu-w-warszawie.html>
- 2 K. Czerwiec, M. Leżucha. Postawy studentów wobec transpłciowości, „Społeczeństwo Edukacja Język”, tom 14/2021, ss. 187-213 ISSN 2353-1266 e-ISSN 2449-7983 DOI: 10.19251/sej/2021.14.1(12)
- 3 https://journals.viamedica.pl/sexual_and_mental_health/article/view/JSMH.2022.0002
- 4 <https://dziecisawazne.pl/jezyk-zyrafy-rozpoznawanie-i-wyrazanie-uczuc-i-potrzeb/>

Мова шакала, мова жирафа Мова шакала, мова жирафа – помилки у спілкуванні з трансгендерним пацієнтом

Andrzej Guzowski

Медицина повинна бути схожа на сімейний стіл, де всі разом їдять, сперечаються, аналізують аргументи. Але коли хтось із учасників цієї зустрічі потрапляє у біду, проблему вирішують всі разом. Проблема трансгендерної особи у польській медицині та ментальності практично немає, як і немає спільної площини для дискусії. Є позиції, укріплення, але поволі з'являється світло в тунелі, який ще дуже довгий. Це світло є спробою створити певні підстави для дії. Нині перед читачем постає текст, спрямований переважно на допомогу транс-пацієнтам, але загальний сенс цієї статті вказує, на нашу думку, в якому напрямку має йти допомога пацієнтам. У цьому немає нічого нового – від ізоляції до емпатії. Хоча це аж ніяк не відкриття, нехай це буде нашим вкладом у формування мислення, формування у мисленні уявлень про гідність людини як індивідуальності.

Зараз у Польщі відбувається емоційна дискусія про трансгендерних осіб, яка часто є безпредметною, коли наукові аргументи підміняються емоційними. Така ситуація спричиняє ще більше відчуження або самоізоляцію через глумливі статті в засобах масової інформації. Соціальна ізоляція осіб, які живуть з такою проблемою, часто має дуже небезпечні наслідки – від стигматизації до вдалих спроб самогубства.

У 2019 році резонансним стало самогубство Міло Мазуркевіч: “Мені набридло. Мені набридло, що до мене ставляться як до лайна. Мені набридло, що люди (психологи, лікарі, терапевти) кажуть мені, що я не можу бути тим, ким я є, тому що я виглядаю не так, як треба. Ставляться до мене так, ніби я все це вигадала і мені потрібні документи, щоб це довести”[1].

Людина, яка не може реалізувати свою ідентичність, а отже, реалізувати себе як особистість, повільно впадає у маразм, апатію, депресію і зневіру. Вона повільно відчужується від суспільства, тому що можливість ставити цілі в житті у її випадку просто не працює. Потрібна величезна сила, щоб пробити стіну – стіну страху перед тим, щоб вийти назовні й показати свою проблему, свою відмінність. На жаль, цей прояв не завжди зустрічається з прийняттям. Навпаки, часто зустрічається власне з неприйняттям, а навіть агресією. Тут варто процитувати дослідження Кароліни Червец

та Магдалени Лезух, які показують у своїх дослідженнях між іншим: асоціації студентів, пов'язані з питанням трансгендерності. Позитивні ставлення респондентів: цікавість, співчуття, симпатія, доброзичливість та розуміння. Нейтральні: байдужість, жаль. Негативні: страх, відраза, жалість, огида. Серед позитивних асоціацій передують студенти UP, а серед нейтральних і негативних – студенти PWSTE[2]. З іншого боку, у рапорті “Громадська думка про права трансгендерних осіб у Польщі” ми можемо знайти наступну інформацію: [респонденти] *На запитання, яких осіб вони не хотіли б бачити в певних соціальних ролях, тобто у якості своїх сусідів, колег, вчителів, військовослужбовців, виборних посадових осіб або членів сім'ї, меншість респондентів вказали на трансгендерних осіб. З цього випливає, що більшість польських респондентів не вказали, що вони не хотіли б бачити трансгендерних осіб у цих ролях. Близько чверті або менше респондентів заявили, що не хотіли б, щоб трансгендерна людина була їхнім сусідом (16,7%), колегою (20,0%), військовослужбовцем (21,5%), виборною посадовою особою (19,4%) або членом сім'ї (25,7%). Найбільший спротив був зафіксований щодо трансгендерних осіб, які мають професію вчителя (31,4%).*[3]

З наведених вище досліджень вбачається, що в польському суспільстві очевидно бракує обізнаності з проблемою трансгендерних осіб, про що можуть свідчити негативні почуття по відношенню до цих осіб, такі як страх, відраза або жалість, а також неприйняття того, що ці люди можуть займати посади в певних професіях і, таким чином, виконувати певні соціальні ролі. Це дуже важливий висновок! Тут варто нагадати, що медики є частиною суспільства і їхнє ставлення до трансгендерних пацієнтів може бути різним. Від прийняття до антипатії – саме ці дві крайнощі визначатимуть їхню готовність намагатися поглибити свої знання про діагностику, терапію та допомогу трансгендерним особам або ні.

Польські дослідниці Скшипчек, Біляжевська та Небудек у своїй роботі “Досвід трансгендерних осіб у користуванні медичними послугами” [3] показують, наскільки важливо адекватно підготувати медиків до роботи з трансгендерними пацієнтами. У своєму дослідженні вони виділили два основних тематичних напрямки. На думку авторів, це: *безпосередній вплив на оцінку досвіду, тобто ставлення фахівців та ставлення пацієнтів. Під ставленням фахівців мається на увазі рівень знань про трансгендерність та відношення до особи пацієнта, тоді як ставлення трансгендерних осіб може характеризуватися покірністю або прагненням автономії у відносинах*

лікар-пацієнт[4]. Проблеми на системному рівні, порушені дослідницями, можна розділити на дві групи: перша – це відсутність в медичного персоналу сучасних медичних знань про корекцію статевої належності. Автори вищезгаданої роботи вказують також, що пацієнти звернули увагу на відсутність сучасних знань щодо процесу оформлення медичних висновків, а також повідомляли про нерозуміння процесу усвідомлення своєї гендерної ідентичності[3]. До другої групи системних проблем, на думку респондентів, відносяться різного роду проблеми у спілкуванні з пацієнтом: *Респонденти вказали на суттєві прогалини в знаннях фахівців у вищезазначених сферах. Може здаватися, що це виникає з застарілих знань фахівців, де вимогою для визнання ними трансгендерності є бінарність, стереотипність гендерного вираження, гендерна нетиповість у дитинстві, бажання пройти всі можливі етапи медичного переходу та прагнення максимально цисгендерного пасу* [3].

Другим елементом, на який звернули увагу дослідниці, був суб'єктивний підхід. Респонденти вказали, що одним з найважливіших для них елементів, який не працює, є повага до них як до пацієнтів, що виражається в їхній автономії. *Це проявлялося у піддаванні сумніву та/або знецінюванні досвіду та ідентичності, в тому числі: надання пріоритету власній думці про пацієнта, а не його досвіду, а також елементах конверсійної терапії: “Вона хотіла насилу довести, що я вмовив собі, ким я себе відчуваю” (трансгендерний чоловік, 13 років). Також через вимогу довести свою гендерну ідентичність, наприклад, зовнішнім виглядом та/або інтересами, а також невизнання ідентичності, наприклад, через неповагу до обраної форми звернення, доки той не “переконається”. Знеохочення/відраджування переходу з приводу неможливості мати цисгендерне тіло: “вмовляв мені, що неможливо бути на 100% чоловіком, якщо я народився жінкою, і я не буду щасливим, не маючи ідеального пеніса” (стать не вказана, вік не вказаний).*[3]

Дослідження, які роками проводяться різними центрами, показують, що трансгендерні особи зазнають дискримінації в різних сферах життя. Чи то в освіті, чи то в сім'ї, чи то на робочому місці, чи то, що здається найнебезпечнішим у разі прийняття рішення про перехід, у закладах охорони здоров'я. У звіті FRA чітко вказано: *приблизно кожен п'ятий респондент, який користувався медичними або соціальними послугами протягом року, що передувало опитуванню, відчував дискримінацію з боку медичного або соціального персоналу через те, що він є трансгендерною особою. Держави-члени ЄС повинні забезпечити проведення працівникам охорони здоров'я та*

персоналу медичного страхування відповідного навчання та заходів з підвищення обізнаності щодо медичних потреб трансгендерних осіб з метою усунення упереджень і покращення надання послуг для трансгендерних осіб[4]. Немає іншого шляху, окрім тривалої та наполегливої просвіти громадськості.

З наведеного вище вступу можна виділити три етапи, які будуть розглянуті далі в тексті. Перший – це спроба зламати табу щодо існування трансгендерних осіб і показати медичному світові, що вони існують, другий – це комунікація, третій – це спроба створити основи алгоритму дій.

Наведене вище твердження може на перший погляд здатися тривіальним, адже трансгендерні особи існують у навколишньому світі і навіщо про них розповідати медикам? Відповідь є проста: більшість з тих, хто працює в системі охорони здоров'я, просто не стикалися в житті з такими людьми, в їхній свідомості транссексуальні особи часто є людьми, створеними засобами масової інформації.

Запропонована нижче схема – це вступ до знайомства з трансгендерними особами:

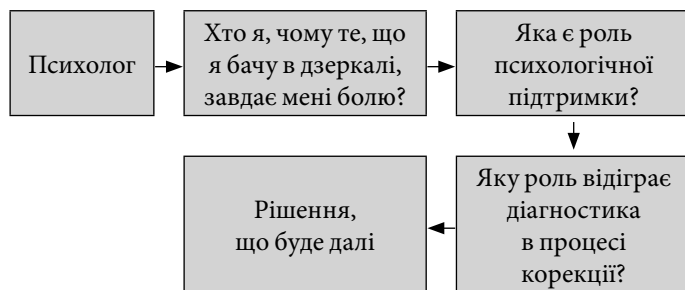
Дата	Тема: помилки у спілкуванні з трансгендерною особою у відділенні	Місце: БІЛОСТОК
Форма проведення: Групова, май-стер-клас		Методи: Демонстрація, мозковий штурм, дерево рішень
Засоби: проектор, папір, кольорові маркери		
Мета: помилки у спілкуванні з трансгендерною особою у відділенні Робота студента з картою Детальна мета Студент перераховує типи комунікації Студент визначає помилки та бар'єри у спілкуванні Студент показує, як уникнути помилок у спілкуванні з трансгендерною особою Студент пропонує комунікаційний місток. Зміна висловлювання з неприйняттого на прийнятне.		Цільова група: визначаємо, на кого спрямоване навчання
Опис Методу: Студенти ознайомлюються з емоціями та тим, як ми їх виражаємо у складних ситуаціях. Створюючи командну гру, а потім граючи в неї, вони намагаються вгадати емоції, які вони відчуватимуть у різних ситуаціях, що можуть виникнути у відділенні.		

<p>Завдання 1 Поговорити про емоції, що це таке, за що вони відповідають, до чого можуть призвести при неправильному використанні.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Радість – бадьорість, екстаз 2) Сум – зневіра, відчай 3) Гнів – роздратування, лють 4) Страх – тривога, жах 5) Відраза – нудьга, огида 6) Довіра – прийняття, захоплення 7) Здивування – відволікання, несподіванка 8) Очікування – інтерес, пильність 	<p>Завдання 1 Перерахуй емоції та опиши їх. Підбери до кожної емоції які-небудь теоретичні ситуації і обґрунтуйте, чому ти обрав саме такий варіант.</p>
<p>Студенти створюють настільну або карткову гру “7 емоцій”. Завдання у грі</p> <ul style="list-style-type: none"> – вміння називати емоції, які виникають в нас у різних життєвих ситуаціях – вміння правильно розрізнати емоції – як я поведжуся, коли в мене виникає дана емоція 	<p>Студенти створюють командну гру на розданих матеріалах – картонних картках (розмір карток) з метою навчитися, що таке емоції і який настрій вони можуть в нас викликати.</p>
<p>Опис методу ПЕРЕХІД З МОВИ ШАКАЛА НА МОВУ ЖИРАФА. Обговорення різниці у спілкуванні при використанні мови шакала та мови жирафа.</p> <p>Завдання 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Пояснення, що таке мова шакала, як виглядає спілкування при використанні такого типу комунікації. Приклади “мови шакала” (повідомлення “ти”): <ul style="list-style-type: none"> – звинувачення, критика, осуд (напр. “Ти поводишся як дурень”, “Ти потвора”, “Це все твоя вина”); – порівняння (напр. “Ти така ж дурна, як і Х”); – висування вимог (“Ти повинен зробити це для мене”); – узагальнення (“Ти завжди все псуєш”); – навішування ярликів (“Ти відсталий”); – іронія, висміювання; – заперечення емоцій (“Ти перебільшуєш”, “Не вдавай, що це тебе засмучує”). 	<p>Завдання 2</p> <p>Частина “А” Завдання з використанням драми: На основі використання мови шакала ти спілкуєшся з трансгендерним пацієнтом під час реєстрування пацієнта, проведення обстеження, коментування, оцінка пацієнта після виходу з кабінету – пацієнт чекає за дверима.</p>

<p>Приклад використання “мови жирафа” (повідомлення “я”): Пояснення, що таке мова жирафа, як виглядає спілкування при використанні такого типу комунікації. Приклади: Принцип 4-х кроків: NVC пропонує принцип 4-х кроків, які допоможуть побудувати хорошу розмову: 1. Спостереження Описуємо поведінку, дії та факти, які спостерегли, без оцінювання та інтерпретації, напр.: <i>Коли ти відводиш погляд і знизуєш плечима, коли я запитую тебе, чи ти знаєш, в чому полягає моя проблема,</i> 2. Називання відчуття Я здогадуюся про почуття іншої людини і висуваю гіпотезу, напр.: <i>тоді я думаю, що ти злишся, сердитися. Чи я права?</i> 3. Висловлення потреби Я здогадуюся, яку незадоволену потребу іншої людини показує її поведінка та емоції і висловлюю своє припущення, напр.: <i>Я припускаю, що ти можеш образитися на мене за те, що я не дозволила тобі вчора подивитися зі мною фільм. Ти образився через те, що хотів би сам вирішувати, як проводити свій час, і проводити його зі мною?</i></p>	<p>Частина “Б” Завдання з використанням драми: На основі використання мови жирафа ти спілкуєшся з трансгендерним пацієнтом під час реєстрування пацієнта, проведення обстеження, розмови між медичним персоналом – емпатична розмова – пацієнт після виходу з кабінету – пацієнт чекає за дверима.</p>
<p>4. Прохання Я формулюю його за іншу особу, залишаючи можливість виправлення, напр.: <i>Чи я правильно розумію, що ти хочеш вирішувати, як ми разом проводимо наш вільний час?</i> Прихильники NVC підкреслюють, що часто достатньо лише (або аж) назвати емоції та потреби іншої людини, щоб вона заспокоїлася і відчула, що вона для нас важлива і до неї ставляться з розумінням. Це дає їй сили впоратися зі своїми складними почуттями і відкриває можливість для подальшої розмови[4]. Учасники намагаються створити комунікаційний міст. Разом вони обговорюють принципи комунікації на основі моделі розмови Шакал – Жираф</p>	<p>Частина “В” Після виконання обох завдань час зробити підсумки та поговорити про емоції, які виникли в обидвох сторін діалогу</p>
<p>Що робити, якщо приходять трансгендерний Пацієнт</p>	

Рішення Сімейний лікар Сексолог Психолог Суд	Направлення на операцію Лікар спеціаліст Медсестринський догляд	Операція Приймальний покій Відділення Перед операцією Після операції Виписка і нагляд
<ul style="list-style-type: none"> – Збір анамнезу – Представлення варіантів лікування – Постановка діагнозу – Психологічна підтримка – Згода на зміни в документах 	<ul style="list-style-type: none"> – Ознайомлення з варіантами лікування – Пояснення ризиків – Пояснення всього процесу переходу – Призначені обстеження 	Відповідно до стандарту поводження з пацієнтами стаціонару
<p>Алгоритм: Шлях до переходу / до прийняття рішення</p> <p>1. Психолог</p> <p>Хто я, чому те, що я бачу в дзеркалі, завдає мені болю? Усвідомлення того, що зі мною щось інакше, що мене щось не влаштовує, що зовнішність, роль, манера спілкування, сприйняття моєї особи викликає в мені спротив, опір, я не розумію чому, шукаю. Загрози – емоційний розвиток, бажання втекти від “чогось”, чого я не розумію, сприйняття інакшості як психічної хвороби, страх перед реакцією, страх при пошуку, які відповіді я знайду.</p> <p>Чи психолог може мені відповісти на це питання?</p> <p>Яка є роль психологічної підтримки? – пізнання себе, дослідження своїх ресурсів, з’ясування того, хто я (не може виникнути ситуація, у якій психолог скаже клієнту, хто він, клієнт за допомогою психолога має з’ясувати це для себе сам).</p> <p>Яку роль відіграє діагностика в процесі корекції? – переважно дослідження особистості, виключення розладів особистості, які можуть порушувати процес самосприйняття, спроба шукати відповіді/підтвердження/заперечення в життєвих ситуаціях, відносинах з іншими людьми, але головним чином у відносинах з самим собою, їх еволюції/змінах. Пошук відповідей на питання, які ресурси ми маємо для того, щоб прожити своє життя свідомо, усвідомлюючи різні обмеження, які завжди будемо відчувати (остракізм, нерозуміння, неможливість дітонародження, дорога</p>		<p>Студенти розігрують сценки спеціаліст – пацієнт, використовуючи відповідну мову та вміння читати емоції.</p> <p>Пацієнт може приховувати питання, боятися або соромитися їх ставити. Важливо, щоб під час виконання цього завдання студент зміг зібрати “анамнез” у пацієнта, щоб виявити якомога більше його тривоги.</p>

і небезпечна для здоров'я гормональна терапія та хірургічні операції з корекції статі). Одна справа – це сказати собі: я – трансгендерна людина, інша справа – зрозуміти і прийняти виклики, з якими я зіткнуся під час і ПІСЛЯ корекції.



2. Сімейний лікар

Питання – я не знаю, не розумію, що зі мною відбувається, хто мені допоможе? – необхідне розуміння питання гендерної невідповідності, гендерної ідентифікації, необхідність повідомити пацієнту, що процес діагностики веде сексологі потрібно піти до нього (без направлення, не оплачується з медичного страхування)

Під час діагностики – направлення на аналізи, які можливо зробити з медичного страхування – під час гендерної корекції проводиться багато аналізів, частина з них може оплачуватися з медичного страхування, тому необхідна допомога/підтримка/зрозуміння сімейного лікаря, щоб він призначав ті аналізи та препарати, які рекомендовані людині під час корекції.

Після корекції – постійна потреба приймати гормони, направлення на регулярні обстеження – лікар повинен знати, що трансгендерній особі необхідне постійне приймання гормонів та регулярні обстеження. Чи дасть він направлення? Якщо ні, то чому?

У будь-який з цих моментів (під час пошуку себе, під час корекції, після неї) трансгендерний пацієнт прийде до свого сімейного лікаря з проблемами зі здоров'ям, не пов'язаними з гендерною корекцією – чи зможе лікар побачити потреби пацієнта, “не дивлячись” на те, що він чи вона є трансгендерною особою, і, якщо цього вимагатиме стан здоров'я, чи зможе дивитися на ситуацію трансгендерної особою тільки з медичної точки зору, не входячи в зону

комфорту/безпеки пацієнта? Не “дивуючись”, не розпитуючи, не демонструючи нерозуміння ситуації пацієнта?



3. Лікар-сексолог, який веде корекцію

Питання – чи лікар має досвід роботи з трансгендерними особами – відповідь на нього має вирішальне значення для всього процесу, лікар не може “вчитися” на своєму клієнті. Взаємовідносини – перша зустріч/зустрічі повинні дати відповідь на питання, чи обидві сторони відчують безпеку і комфорт у взаємних відносинах. Без цього процес, який триватиме багато місяців, може бути ще складнішим, а навіть неможливим.

Корекція – довідку для суду видає лікар-сексолог, який перед видачею довідки направляє на багато аналізів, у тому числі рівень гормонів, рентген, каріотип, УЗД, ЕЕГ, МРТ, психолого-сексологічну діагностику, видає також психіатричну довідку, якщо у нього є така спеціалізація, якщо немає, то направляє до психіатра (щоб виключити психічні захворювання). Після первинної діагностики (зазвичай кілька сеансів і довідка від психіатра) він призначає гормональне лікування, яке пізніше веде лікар-ендокринолог. Іноді відразу направляє пацієнта до лікаря-ендокринолога для гормонального лікування з самого початку. Тут також необхідно знати про “зворотній ефект” ЗГТ, оскільки біологічно домінуючі гормони блокуються, а вводяться гормони у відповідності до статі, що відчувається.

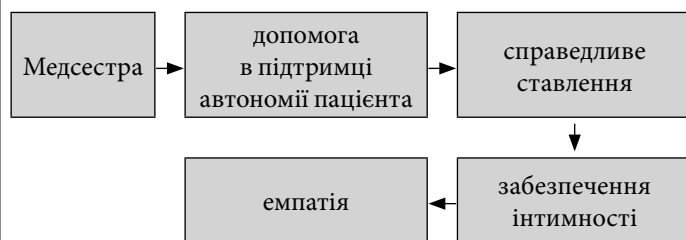
Як довго я буду перебувати під наглядом лікаря-сексолога? – Діагностичний процес займає близько року і закінчується видачею довідки для суду, яка додається до позову про зміну статевої належності.

Чи потрібно буде ще звертатися до лікаря-сексолога після діагностики? – якщо сам пацієнт не відчуває в цьому потреби, то ні. Така потреба може виникнути в момент прийняття рішення про операцію на статевих органах.

Ця тема піднімається під час діагностики, але гіпотетично, хоча деякі операції можуть бути виконані до судової зміни статевої належності (мастектомія, орхіектомія, у такому випадку практично), тому рекомендується перед прийняттям рішення про саму операцію, якщо вона супроводжується якимись сумнівами, обговорити їх (очікування та результати) з лікарем-сексологом. Тоді можна буде реальніше підійти до розмови з оперуючим лікарем, зосередившись на самій операції, її перебігу, ризиках, результатах. Великою проблемою є очікування пацієнтів щодо результатів, які не завжди є такими, які вони очікують, або які вони собі уявляють по-іншому, тому дуже важливо обговорити їх дуже ретельно і детально, щоб уникнути розчарування після операції.

4. Медсестра

Роль медсестри полягає в підготовці пацієнта до обстеження, часто саме медсестра є першою особою, яка задає настрій на весь візит. Дуже важливо ставитися до пацієнта/ки індивідуально та персонально. Наскільки це можливо, слід задовольнити потребу в інформуванні особи про перебіг візиту, а також які документи знадобляться для того, щоб медичний візит пройшов ефективно. Навички міжособистісного спілкування – дуже важливо з точки зору Пацієнта і Медсестри правильно звертатися до трансгендерної особи. Важливо, щоб медсестра, яка першою вітається з пацієнтом, була емпатичною людиною.



Основне питання:

- 1) вміння вести емпатичний діалог,
- 2) відсутність оцінювання поглядів особи, яка звертається до медсестри. Медсестра не є тією людиною, яка повинна детально інформувати про план лікування або брати на себе роль психолога. Емоційна та психологічна підтримка – це одне, а психотерапевтичні поради – зовсім інше.

3) Інтимність: важливим елементом успішної діагностики, а також подальшої терапії є повага до гідності трансгендерної особи. Саме медсестра повинна подбати про наявність ширми в оглядовій кімнаті, щоб забезпечити інтимність. Належною практикою буде запропонувати трансгендерній особі зачинити кабінет на ключ на час обстеження. Це можна зробити лише і виключно за згодою особи, яку обстежуватимуть.

4) Медсестра у приймальному покої або в іншому місці повинна вказати в документації та передати далі, як слід звертатися до пацієнта. Ця інформація повинна бути передана наступним особам, які будуть опікуватися пацієнтом.

Приклад візиту: Пацієнтка одягнена в штани, сорочку (одяг унісекс). Крім неї у черзі на прийом чекають двоє чоловіків.

Медсестра: Доброго дня. Як вас звати?

Пацієнтка: Зофія Ковальська.

Медсестра: Дайте, будь ласка, паспорт та направлення в лікарню.

Пацієнтка показує свій паспорт, в якому вказані її дані: Зофія Ковальська, вік 35 років, стать жіноча. Медсестра вносить дані в комп'ютер і робить пам'ятку на дошці в кімнаті медсестер: "Пацієнтка в палаті 1 – транссексуальна, звертаємося до неї в жіночому роді".

Медсестра: Ви прийшли до нас на операцію зі зміни статі, так?

Пацієнтка: На корекцію статі.

Двоє чоловіків у черзі на прийом жваво відреагували на відповідь пацієнтки. Це помітила медсестра.

Медсестра: Добре. Пропоную продовжити розмову в процедурному кабінеті, будь ласка, прямуйте за мною.

Подальший збір анамнезу проводився в процедурному кабінеті.

Медсестра: Зараз я відведу вас у палату.

Пацієнтка: *налякана* Чи в палаті буде ще хтось, окрім мене? Я хотіла би бути сама.

Медсестра: Я розумію, у нас є окрема палата для вас, будь ласка, прямуйте за мною.

5. Лікар у відділенні

Пацієнт нервує, хоча і впевнений у прийнятому рішенні, але потребує підтримки і терпеливого пояснення того, що відбуватиметься, з яких етапів складатиметься операція. На цьому етапі важливо вміти емпатійно представляти інформацію. Ніяких моральних суджень щодо пацієнта. Лікар, який вирішує провести таку операцію, повинен показати повне прийняття пацієнта.

Пояснюючи пацієнтові питання, пов'язані з операцією корекції статі, необхідно пояснити, що це буде не одна операція, а ряд медичних процедур, які проводитимуть лікарі різних спеціальностей:

A. Орхіектомія – ця процедура може бути виконана під місцевою анестезією з розрізу на мошонці, завдяки чому не пошкоджується кровопостачання в області статевих органів, що дозволяє в подальшому провести вагінопластику, лапіопластику і кліторопластику зі шкіри статевого члена і мошонки.

B. Мастектомія – полягає на видаленні молочних залоз і частини шкіри до вигляду чоловічих грудей.

C. Пангістеректомія – це видалення матки і яєчників (придатків), яке може бути виконано лапароскопічно або шляхом відкритої операції разом з процедурою створення пеніса зі шкіри нижньої частини живота.

D. Фаллопластика – це реконструкція статевого члена з фрагменту шкіри передпліччя, стегна, грудної клітини або нижньої частини живота. На наступному етапі піхву закривають або висікають, створюють мошонку і з'єднують власний сечовипускальний канал з сечовипускальним каналом статевого члена. Потім вставляється імплантат пеніса, що дозволяє вести статеве життя з проникненням, а також 1 або 2 імплантати яєчок.

Операція проводиться натще. Перед операцією слід ретельно поголити промежину, а за день до операції може також бути призначений проносний засіб.

Вагінопластика може бути виконана шляхом інверсії статевого члена або шляхом створення піхви зі слизової оболонки кишківника, хоча можливо, що останній метод не використовується в Польщі – необхідно уточнювати в конкретних медичних закладах.

Інверсійний метод полягає на розрізанні пеніса, видалення його наповнювальної тканини та виверненні на іншу сторону так, щоб шкіра утворила поверхню отриманої неовагіни. Може знадобитися розріз внизу живота, щоб прикріпити дно каналу до черевної стінки для забезпечення від ризику випадіння органу. Клітор формується з частини голівки, а малі статеві губи – з мошонки.

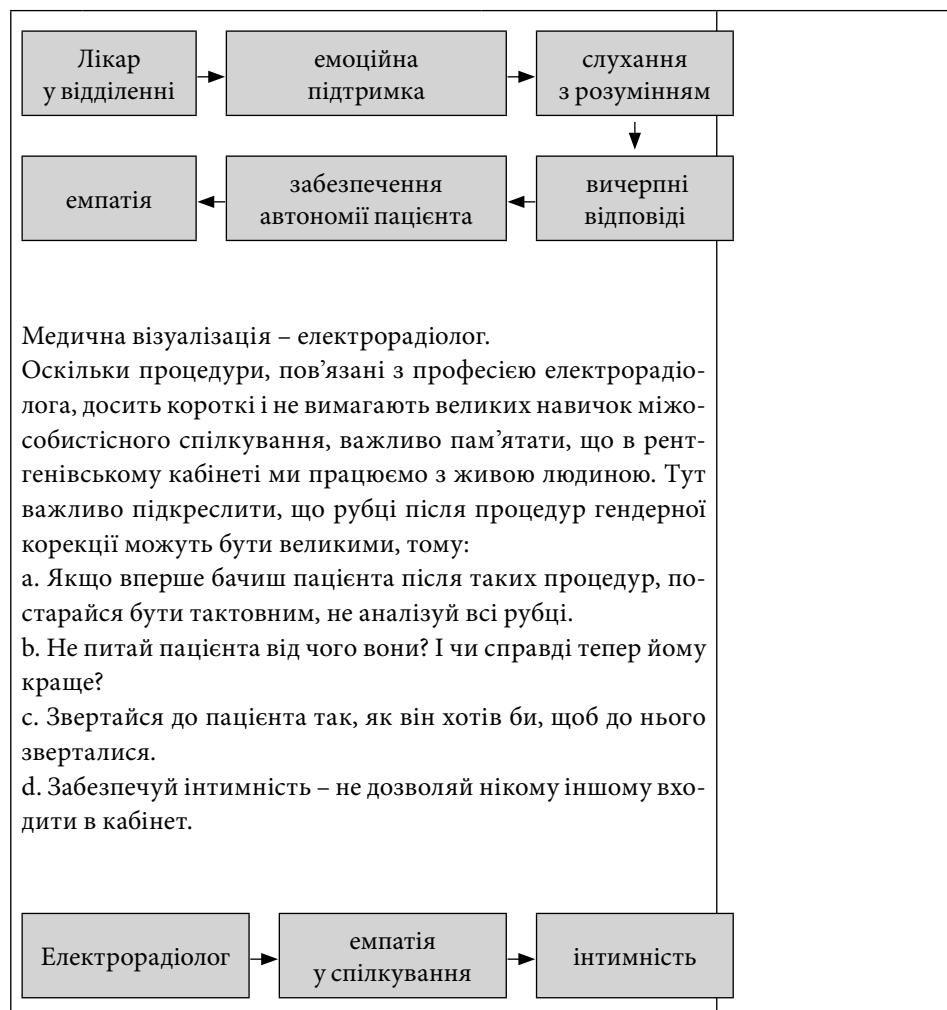
Чергове питання, яке лікар повинен пояснити перед операцією – це реконвалесценція (одужання). У залежності від конкретної процедури, одужання вимагає різної кількості часу. Після невеликих операцій одужання може тривати кілька днів, після великих – навіть 1-2 місяці або довше. Найкраще звертатися до спеціалістів, які займаються операціями трансгендерних осіб, це можуть бути спеціалісти різних напрямків (загальний або пластичний лікар-хірург, лікар-уролог, лікар-гінеколог тощо), але рідко один фахівець зможе виконати всі операції від корекції кадика до фалопластики. Протягом перших декількох днів неовагіна виглядає як рана і треба підготуватися до неприємного видовища.

Необхідно використовувати катетер, лише приблизно через тиждень лікар може його зняти і можна буде перевірити, чи можливе сечовипускання без нього. Протягом перших декількох днів з сечею можуть виділятися кров, згустки, шматочки тканин – це фізіологічно, так само як і напрямок струменя сечі в різні боки, наприклад, по сідницях. Цьому доведеться навчитися заново. Щонайменше протягом 2-3 тижнів слід уникати фізичних навантажень, підняття важких предметів.

Важливим питанням з точки зору пацієнта є те, як змінюється фігура.

На жаль, є ризик, що не все вийде з першого разу. Можливо, знадобляться поправки, наприклад, зменшення клітора або видалення надлишкової еректильної тканини, яка може заважати під час статевого акту.

Проблемою після таких операцій можуть бути інфекції, рани, які важко загоюються та запальний стан, що триває протягом деякого часу. Важливо пам'ятати, що така операція є втручанням у живий організм. За ранами після операції з корекції статі потрібно доглядати так само, як і за ранами після інших операцій, тому регулярна зміна пов'язок та промивання водою з милом і антисептиками допомагають уникнути інфекцій і ускладнень в області рани.



У 2023 році Фонд Акцептація з Познані, завдяки фінансовій підтримці Americasares, мала можливість здійснити кілька студійних поїздок в Україну. Завдяки співпраці з Оленою Романюк (психотерапевт зі Львова) ми мали можливість побачити, як виглядає робота з трансгендерними особами на прикладі Львова. На жаль, Україна є країною, де трансгендерні особи є соціально неприйнятними у всіх колах суспільного життя. У 2016 році українська медицина розробила протокол з детальним описом дій. Текст українського алгоритму та “УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГЕНДЕРНА

ДИСФОРІЯ” додаються нижче. Незважаючи на те, що Україна випереджає нас у створенні стандарту надання медичної допомоги трансгендерним особам під час переходу, їй ще багато потрібно зробити в соціальній сфері. Передусім це стосується збільшення обізнаності медичних працівників щодо обговорюваної проблеми. Розмова з активістами організацій, такими, як вищезгадана психотерапевт Олена Романюк, свідчить про те, що саме відсутність обізнаності в українському суспільстві є головною перешкодою для нормального функціонування цих громадян під час або після переходу. Варто зазначити, що однією з найпомітніших відмінностей є те, що громадянам України не потрібен дозвіл суду, щоб здійснити корекцію статі. На жаль, для польських громадян необхідність постати перед судом є принизливим і стресовим елементом. Під час такого процесу вони змушені подавати позов проти власних батьків. Така ситуація, яка є у Польщі, спричиняє, що процедура переходу стає ще більш травматичною.

Додатки

1. Алгоритм процедури переходу в Україні
 - Версія польською
 - Версія російською
2. УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГЕНДЕРНА ДИСФОРІЯ
3. Фото прикладу зняття, створеного студентами

Бібліографія

- 1 <https://www.wprost.pl/kraj/10217699/transplciowa-dzialaczka-popelnila-sa-mobojstwo-rzucila-sie-z-mostu-w-warszawie.html>
- 2 K. Czerwiec, M. Leżucha. POSTAWY STUDENTÓW WOBEC TRANSPŁCIOWOŚCI [w] Społeczeństwo Edukacja Język, Tom 14/2021, ss. 187-213 ISSN 2353-1266 e-ISSN 2449-7983 DOI: 10.19251/sej/2021.14.1(12)
- 3 https://journals.viamedica.pl/sexual_and_mental_health/article/view/JSMH.2022.0002
- 4 <https://dziecisawazne.pl/jezyk-zyrafy-rozpoznawanie-i-wyrazanie-uczuc-i-potrzeb/>

Language of the giraffe, language of the jackal – mistakes in communicating with trans patients

Andrzej Guzowski

Medicine should be like a family table, where one eats a meal together, argues, analyzes arguments etc. However, the moment when one of the participants encounters an issue, the problem is solved together. The problem of the transgender person in Polish medicine and mentality doesn't actually exist, and there is no common ground for discussion. There are positions, fortifications – but slowly there is light in the tunnel, which is still very long. That light is an attempt to create some attitudes of taking action. The reader today is presented with a text directed mainly towards trans patient care, but the general feature of this article indicates, in our opinion, in which direction patient care should go. This is nothing new from isolation to empathy. Although it is by no means a revelation, let it be our bricks-and-mortar introduction to furnishing heads. Furnishing heads with the idea of the dignity of the human being as an individual.

An emotional discussion about trans people is currently sweeping through Poland – often a non-substantive discourse, where scientific arguments are replaced by emotional arguments. This situation makes such people even more alienated or self-excluded due to ridiculous articles in the mass media. The social exclusion of people living with such a problem often has very dangerous consequences ranging from stigmatisation to successful suicide attempts.

The suicide of Milo Mazurkiewicz turned out to be a high-profile one in 2019 – *„I've had enough. I'm sick of being treated like sh**t. I'm sick of people (psychologists, doctors, therapists) telling me that I can't be who I am because I look the wrong way. Treating me like I made it all up and need papers to prove it.”*[1]

A person who cannot realize his or her identity and thus fulfill himself or herself as a person slowly sinks into apathy, despondency and depression. He alienates himself from society because the opportunity to set goals in life simply does not work for him. It requires a great strength to break through the wall – the wall of fear of coming out and manifesting his problem, his difference. Unfortunately, this manifestation is not always met with acceptance. On the contrary, it is often met with a lack of acceptance or even aggression. At this point, it is worth quoting Karolina Czerwicz and Magdalena Lezuch's research, which shows, among other things, *students' associations with the issue of transgenderism in their analyses. Positive attitudes of respondents are represented by: curiosity, sympathy, kindness and understanding. Neutral ones by indif-*

ference and regret. Negative ones, on the other hand, by fear, distaste, pity and disgust. Among positive associations, UP students lead the way, while among neutral and negative associations, PWSTE students lead the way. [2]. On the other hand, in the report Public Opinion on the rights of trans people in Poland, we can find the following information: [Respondents] *When asked which people they would not like to see in certain social roles – as their neighbors, co-workers, teachers, military, elected officials or family members – a minority of respondents indicated transgender people. It shows that the majority of Polish respondents did not indicate that they would not like to see transgender people in these roles. About a quarter or less of respondents said they would not want a transgender person to be their neighbor (16.7%), co-worker (20.0%), military officer (21.5%), elected official (19.4%), or family member (25.7%). Stronger resistance was reported against transgender people pursuing a teaching profession (31.4%).[3]*

From the above research we can see that there is clearly a lack of familiarity in Polish society with the problem of trans people, which can be evidenced by negative feelings towards them such as: fear, distaste or pity, as well as a lack of acceptance for them to occupy positions in certain professions and thus to fulfill certain social roles. This is a very important conclusion! At this point, it is important to recall that medics are part of society and their attitudes towards the trans patient vary. From acceptance to reluctance, it is these two attitude extremes that will shape their need to try to deepen their knowledge of diagnosis, therapy and care for trans people or not.

Polish researchers Skrzypczek, Bilarzewska and Niebudek, in their work: *Experiences of trans people in the use of health care services* [3], point out how important it is to adequately prepare medics for trans patients. Their research identified two main thematic areas. According to the authors, these could be: *the direct impact on the evaluation of experiences, i.e. the attitude of professionals, and the attitude of patients. The attitude of professionals refers to the level of knowledge regarding transgenderedness and the way they treat the person, while the attitude of transgendered persons may be characterized by submission or by a desire for autonomy in the doctor-patient relationship*[4] The problems in the systemic layer that the researchers raise can be divided into two groups: the first is the lack of up-to-date medical knowledge regarding transgenderedness among health care personnel. The authors of the above study also indicate that patients pointed to a lack of up-to-date knowledge as to the opinion process and as such reported a lack of understanding of the process of discovering one's gender identity[3]. The second group of systemic problems in the opinion of the respondents were all kinds of problems in communication with the patient: *Respondents indicated significant gaps in the knowledge of professionals in the*

above-mentioned areas. This seems to be due to the outdated knowledge of professionals, where the requirement for them to recognise transgenderedness is binary, stereotypical gender expression, gender atypicality in childhood, the desire to undertake all possible stages of medical transition and the desire to pass as cisgender as possible[3].

The second element raised by the researchers was the subjective dimension of the relation between trans patient and doctor. As one of the most important elements that does not work for them the respondents indicated the preservation of respect for them as patients, which should be expressed in their autonomy: *This was manifested by questioning and/or invalidating experiences and identities, including: prioritizing the patient's own opinion of herself over her experiences, as well as elements of conversion therapy: „She wanted to forcefully prove that I told myself who I felt I was” (transgender male, 13 years old). Also through the requirement to prove one's gender identity, e.g. through appearance and/or interests, and non-recognition of identity, e.g. not respecting one's chosen form of address until one is ‚convinced’. Discouraging the initiation of transition due to not being able to have a cisgender body: „espoused that it's impossible to be 100% male if I was born female and I won't be happy not having a perfect penis” (no gender given, no age)*[3].

Studies carried out over the years by various centers show that trans people are discriminated against in various areas of life. Be it in education, family, workplaces or, what seems to be the most threatening when deciding to be trans, in health care. The FRA report makes it clear: *roughly one in five respondents who used healthcare or social care services in the year before the survey felt discriminated against by healthcare or social care staff because of being a trans person. EU Member States should ensure that appropriate training and awareness-raising activities on the health needs of trans people are offered to health professionals and health insurance staff in order to eliminate prejudice and improve service provision for trans people.*[4] There is no other way than to educate the public long and arduously.

From the above introduction, we can deduce three stages which will be dealt with later in the text: one is the attempt to break the taboo on the existence of trans people and show the medical world that they exist, the second is communication and the third is the attempt to create the basis for a treatment algorithm.

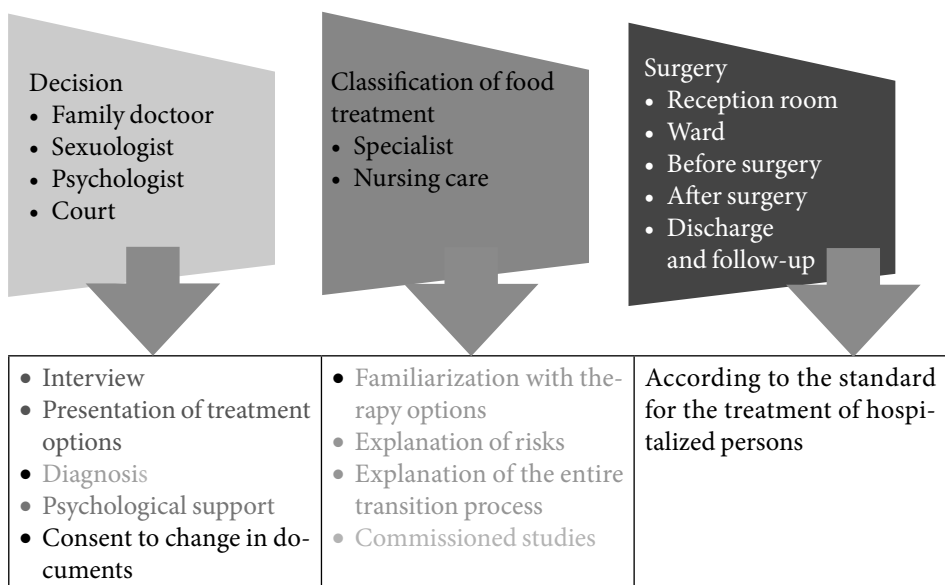
The above statement may seem trivial at first, because trans people exist in the world around us and why should people in the medical world be made aware of them – the answer is simple – most of those working in the health system have simply not dealt with such people in real life. So transgender people are often, in their minds, people created by the media.

The scheme proposed below is an introduction to getting to know trans people:

Date	Topic: errors in communication with a trans person in the ward	Place: BiA-LYSTOK
Classroom format Group, workshop,		Methods: Demonstration, brainstorming, decision tree
Resources: projector, paper, color markers,		
Objective – communication errors with a trans person in the ward. Student work with map Specific objectives Student lists types of communication Student identifies errors and barriers in communication The student shows how to avoid mistakes in communication with a trans person Student proposes a communication bridge. Change of speech from unacceptable to acceptable.		Target group: specify to whom the activities are addressed
Method Description: Students are introduced to emotions and how we express them in difficult situations. Using the creation of a team game and then playing with it, they try to guess the emotions that accompany them in different situations they may encounter on the ward.		
Task 1 Talking about emotions, what they are, what they are responsible for, what they can cause when used in the wrong way. 1) Joy ----- serenity, ecstasy 2) Sadness ----- despondency, despair 3) Anger ----- irritation, rage 4) Fear ----- anxiety, horror 5) Repulsion ----- boredom, disgust 6) Trust ----- acceptance, admiration 7) Surprise ---- distraction, surprise 8) Expectation ---- interest, vigilance		Task 1 List the emotions and describe them. Assign some theoretical situations to each emotion and justify why you chose this way.
Students create a board game or card game called 7 feelings Tasks of the game <ul style="list-style-type: none"> • ability to name the emotions that accompany us in particular life situations • ability to correctly distinguish between emotions • how I behave when a particular emotion arises in me 		Students create a team game on handouts or cardboard boxes (card size) with the aim of learning what emotions are and what moods they can evoke in us.

<p>Description of the method Turning the language of the jackal into the language of the giraffe. A discussion on the difference in communication due to the use of jackal language and giraffe language.</p> <p>Task 2 1) Explain what jackal language is, what communication looks like when using this type of communication. Examples of 'jackal language' (the 'you' message): <ul style="list-style-type: none"> - accusations, criticism, judging, blaming, (e.g. „You are behaving like a fool” „You are a freak”, „It is all your fault”); - comparisons (e.g. „You are just as stupid as X”); - making demands („You have to do it to me”), - generalizing („You will always mess something up”) - labeling („You are backwards”) - irony, derision - denial of emotions („You're missing out', „Don't pretend it brings you sadness'). Example of using the 'giraffe language' (the 'I' message): Explanation of what giraffe language is, what communication looks like when using this type of communication. Examples: The 4-step principle: NVC proposes the principle of 4 steps that build a good conversation: 1. observation We describe observed behavior, actions and facts, without judgment or interpretation. e.g.: <i>When you look away and shrug your shoulders when I ask you if you know what my problem is,</i> 2. naming the feeling I guess the other person's feeling and make a hypothesis, e.g.: <i>then I think to myself, you are angry, you are angry. Am I right?</i></p>	<p>Task 2 Part „A” Task using drama: Based on the use of the language of the jackal, you communicate with the trans patient during patient registration, carrying out the examination, commenting on the patient's assessment after leaving the surgery – the patient is waiting outside the door.</p>
<p>3 Expression of need I guess what unmet need of the other person speaks through their behavior and emotions and express my guesses, e.g.: <i>I guess that you might resent me for not letting you watch a movie with me yesterday. Do you resent it because you would like to decide how you spend your time and spend it with me?</i> 4. request To formulate it for the other person, leave the possibility to correct it, e.g.: <i>Do I understand correctly that you would like to decide how we spend our free time together?</i></p>	<p>Part „B” Task using drama: Based on the use of giraffe language, you communicate with the trans patient during patient registration,</p>

<p>NVC promoters point out that often just (or as much as) naming the other person's emotions and needs is enough to put him or her at ease and make him or her feel that he or she is important to us and treated with understanding. This gives him or her the strength to deal with his or her difficult feelings and opens up the possibility for further conversation.[4]</p>	<p>examination, conversation between medical staff – <i>empathetic conversation</i> – patient after leaving the surgery – patient waiting outside the door. Part „c” After both tasks have been completed, it is time to take stock and talk about the emotions that accompanied both sides of the dialogue</p>
<p>Participants try to create a communication bridge. Together they discuss the principles of communication based on the Jackal – Giraffe conversation pattern</p>	
<p>What if a TRANS patient comes</p>	



Algorithm: Path to transition/decision making

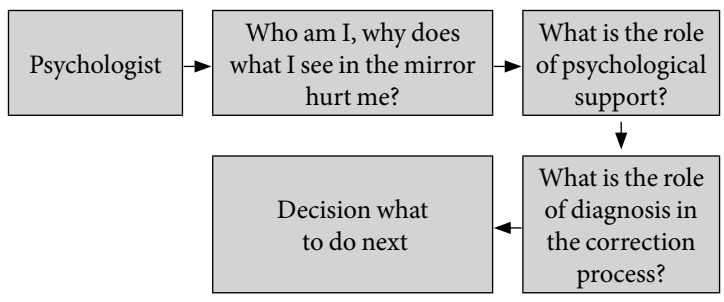
I. Psychologist

Who am I, why does what I see in the mirror hurt me? Recognition that something is different about me, that something doesn't suit me, that the appearance, the role, the way I communicate, the perception of my person arouses opposition, resistance in me, I don't understand why, I search. Threats – emotional development, wanting to run away from ,something' I don't understand, seeing otherness as a mental illness, fear of reactions, fear when searching, what answers I will come across

Can a psychologist answer this question for me?

What is the role of psychological support? – Getting to know myself, exploring my resources, finding out who I am (it cannot be the psychologist who tells the client who they are, it is the client themselves, with the help of the psychologist, who has to find the answer)

What is the role of diagnosis in the correction process? Mainly an examination of personality, ruling out personality disorders that may interfere with the process of self-perception, trying to look for answers/confirmations/denials in situations in life, relationships with other people, but mainly in relationships with oneself, their evolution/change. Seeking answers as to what resources we have to live our lives consciously, aware of the various limitations we will forever experience (ostracism, misunderstanding, lack of procreation opportunities, expensive and health-threatening hormone therapy and surgical sex correction procedures. It is another thing to say to myself, I am a trans person, it is another thing to understand and accept the challenges I will face during and AFTER the transition.



Students act out specialist-patient scenes. Using appropriate language and they are able to read emotions. The patient may hide questions, be afraid or ashamed to ask them. It is important that during this task, the student is able to collect the „interview” from the patient in such a way as to catch as much of his/her anxiety as possible.

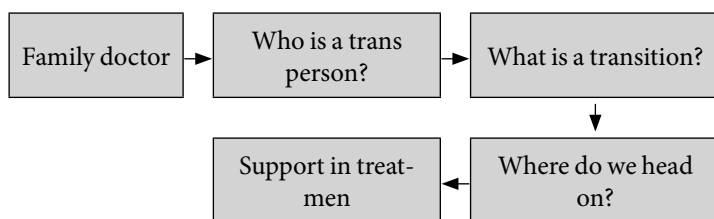
2. Family doctor

Question – I don't know, I don't understand what is happening to me, who will help me? – Need to understand the issue of gender nonconformity, gender identification, need to instruct the patient that the diagnostic process is led by a sexologist and that he/she is the one to go to (no referrals, process not reimbursed)

During diagnosis – referrals for tests that are in the National Health Service basket – many tests are performed during gender adjustment, some of which may be reimbursed, so it is necessary to have the help/support/understanding of the family doctor to prescribe those tests and medicines that are recommended to the person during adjustment

Once corrected – constant need for hormones, referrals for regular check-ups – the doctor needs to know that for a trans person, constant hormone intake and regular check-ups are necessary. Will he or she make referrals? If not, why not?

In each of these moments (during the search for oneself, during the correction, afterwards), a trans patient will come to his or her FD with health problems not related to the gender correction – will the doctor be able to look at the patient's need, „without seeing” that he or she is a trans person, and, as the health situation demands, will he or she be able to look at the trans person's situation only from a medical point of view, without entering the patient's comfort/safety zone? Without „wondering”, questioning, showing a lack of understanding of the patient's situation?



3. Sexologist – leading the correction

The question – does the doctor have experience in managing trans people – the answer is crucial to the whole process, the doctor cannot ‚practice’ on his client.

Mutual relationship – the first meeting(s) need to answer whether both parties feel safe and comfortable in their relationship with each other. Without this, the process, which will take many months, may be even more difficult, if not impossible.

Correction – the certificate for the court is issued by a sexologist, who, before issuing the certificate, refers the patient to a number of tests, including hormone levels, X-rays, karyotype, ultrasound, EEG, MRI, as well as psychological and sexological diagnosis; he also issues a psychiatric certificate, if he has this specialization, if not, he refers the patient to a psychiatrist (exclusion of mental illnesses). After an initial diagnosis (usually several sessions and a psychiatrist's certificate), he implements hormone treatment, which is then taken over by an endocrinologist at a later stage. Sometimes he or she is referred straight away to an endocrinologist for hormone treatment from the beginning. Here, it is also necessary to know the „inverse of the expected effects” with regard to HRT, as the biologically dominant hormones are blocked and the sex-compatible hormones are introduced.

How long will I be under the care of a sexologist? – The diagnostic process takes about a year and ends with a certificate for the court, which is attached to the lawsuit for change of sex designation

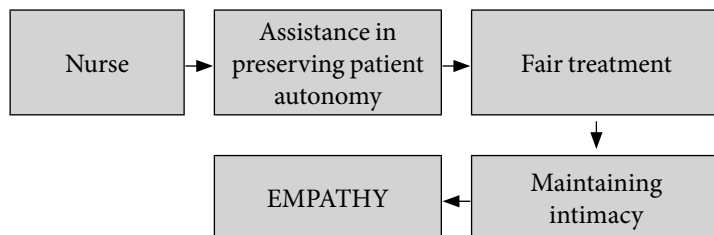
Will there still be a need for a sexologist at the end of the diagnostic process? – If the patient himself does not feel the need, then no. Such a need may arise when a decision is made about genital surgery.

This topic is raised during the diagnosis, but hypothetically, although some operations can be performed before the judicial change of sex designation (mastectomy, orchidectomy, then practically), so it is recommended that before deciding on the operation itself, if it is accompanied by any doubts, to confront them (expectations versus results) with a sexologist. Then it will be more realistic to approach the conversation with the operating doctor, focusing on the surgery itself, its course, risks, and results. A big problem is the expectations that patients have of the results, which are not always what they expect, or which they imagine differently, so it is very important to discuss them in detail to avoid disappointment after the operation.

4. Nurse

The nurse's role is to prepare the patient for the examination, and the nurse is often the first person to set the mood for the whole visit. It is very important to treat the patient/client individually and subjectively. As far as possible, the need to inform the person about the steps that will be taken during the visit should be met. And what documents will be necessary for the smooth running of the medical visit. Interpersonal skills – it is crucial from the Patient's

and Nurse's point of view to address the trans person appropriately. It is important that the nurse who first greets the patient is an empathetic person.



Core issue

- 1) ability to have an empathetic dialogue,
- 2) No judgements of attitudes of the person coming forward. The nurse is not the person who should detail the treatment plan or step into the role of psychologist. Emotional and psychological support is one thing – psychotherapy advice is another.
- 3) Intimacy; an important element in successful diagnosis as well as in further therapy is respect for the dignity of the trans person. It is up to the nurse during the examination to ensure that there is a screen in the office to maintain intimacy. It should be good practice to ask the trans person to lock the office for the duration of the examination. This can only be done with the consent of the person being examined.
- 4) The admitting nurse in the emergency room or elsewhere should indicate in the documentation and pass on how the patient should be addressed. This information should be passed on to the next person to attend to the patient.

Example visit: *Patient dressed in trousers, shirt (unisex dress code). Beside her there are two men waiting in line to be admitted.*

Nurse: Good morning. What is your name, sir?

Patient: Zofia Kowalska.

Nurse: I will ask for an identity card and a referral to the hospital.

*The patient takes out her identity card, on which the details appear: Zofia Kowalska, age 35, gender female. The nurse enters the data into the computer and makes a note on the board in the nursing station „The patient in room 1 is transsexual, we address her *Mrs*”.*

Nurse: You came to us for a sex-change operation, yes?

Patient: For gender reassignment.

Two men in the admission queue reacted vividly to the patient's response. The nurse noticed this.

Nurse: Good. I suggest we have further conversation in the treatment room, please follow me.

A further interview was conducted in the treatment room.

Nurse: I will now take you to the patient room.

Patient: *frightened* Will there be anyone else in the room besides me? I would like to be alone.

Nurse: I understand, we have an individual room for you, please follow me.

5. Doctor in the ward

The patient is nervous after although confident in the decision they have made they need support and a patient explanation of what will happen. What stages the procedure will consist of. Skillful empathetic communication is important at this stage. No moral judgements by the patient. The doctor who decides to perform such a procedure must show full acceptance of the patient.

When explaining gender reassignment surgery to a patient, it is important to 1, explain that it will not be one procedure but a series of medical procedures and by doctors of different specialities. Such procedures consist of

- A. on orchiectomy – this procedure can be performed under local anesthesia from an incision on the scrotum, so that the blood supply to the genital area is not damaged, allowing for subsequent vaginoplasty, labiaplasty and clitoroplasty from the penile skin and scrotum.
- B. Mastectomy – A mastectomy involves the removal of the mammary glands and part of the skin to look like a man's chest
- C. Panhysterectomy – this is the removal of the uterus and ovaries (appendages), which can be done laparoscopically or open with a procedure to produce a penis from the lower abdominal skin
- D. Phalloplasty is the reconstruction of the penis from a skin flap of the forearm, thigh, chest or lower abdomen. In the next stage, the vagina is closed or excised, the scrotum is created and the urethra is connected to the penile urethra. A penile implant is then inserted to allow sexual activity with penetration and 1 or 2 testicular implants.

The operation is undertaken on an empty stomach. The perineum should be shaved thoroughly before the operation, and a laxative may also be given the day before the operation

Vaginoplasty can be performed by inversion of the penis or by creating a vagina from the lining of the intestine, although it is possible that the latter method is not used in Poland – it is necessary to check with specific facilities.

The inversion method involves dissecting the penis, stripping it of its filling tissue and turning it inside out so that the skin forms the lining of the resulting neovagina. An incision may be needed on the lower abdomen to attach the bottom of the canal to the abdominal wall to protect against the risk of organ prolapse. The clitoris is formed from part of the glans, the labia minora from the scrotum.

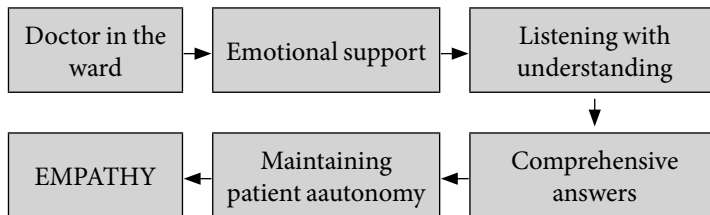
Another issue that the doctor must weigh up before the procedure is recovery. Depending on the specific procedure, recovery takes place at different times. After smaller operations, recovery can be a few days, after larger operations even 1-2 months or longer. It is best to go to specialists who deal with operations for transgender people and these may be specialists in various fields (general or plastic surgeon, urologist, gynecologist, etc.), but rarely will one specialist be able to perform all operations from Adam's apple correction to phalloplasty. For the first few days, the neovagina looks like a wound, and one must be prepared for an unpleasant sight. It is necessary to use a catheter, only after a week or so can the doctor remove it and you can test whether urination is possible without it. During the first few days, you may pass blood, clots or pieces of tissue with the urine – this is physiological, as is the direction of the urine stream in different directions, e.g. across the buttocks. This will have to be re-learned. For at least 2-3 weeks you should avoid exertion, lifting heavy objects.

An important issue from the patient's point of view is how the silhouette changes. After smaller operations, recovery can be a few days, after larger ones even 1-2 months or longer. It is best to go to specialists who deal with surgeries for transgender people and these may be specialists in various fields (general or plastic surgeon, urologist, gynecologist, etc.), but rarely will one specialist be able to perform all surgeries from Adam's apple correction to phalloplasty. For the first few days, the neovagina looks like a wound, and one must be prepared for an unpleasant sight. It is necessary to use a catheter, only after a week or so can the doctor remove it and you can test whether urination is possible without it. During the first few days, you may pass blood, clots or pieces of tissue with the

urine – this is physiological, as is the direction of the urine stream in different directions, e.g. across the buttocks. This will have to be re-learned. For at least 2-3 weeks you should avoid exertion, lifting heavy objects.

Unfortunately, there is a risk that not everything will work out the first time. It is possible that corrections will be necessary, such as clitoral reduction or removal of excess erectile tissue that may interfere with sexual intercourse.

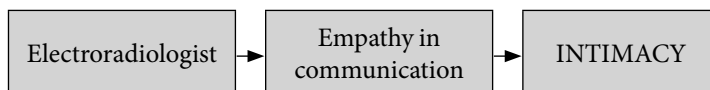
Problems after such procedures can include infections, wounds that are difficult to heal and inflammation that persists for some time. It is important to remember that such a procedure is an intervention into a living body. Wounds after sex correction surgery need to be cared for like wounds after other procedures, so regular changing of dressings and washing with soap and water and antiseptics helps to avoid infections and complications in the wound area.



Imaging diagnostics – electroradiologist.

Given that the procedures involved in the electroradiology professions are fairly short and do not require great interpersonal communication skills, it is important to remember that we are working with a live human being in the X-ray room. At this point, it should be emphasized that scars from gender correction procedures can be extensive, therefore

- a. If you are seeing a patient for the first time after such treatments try to be discreet, do not analyze all the scars
- b. Don't ask the patient what it's after and whether they are really better now
- c. Address the patient in the way he/she wishes to be addressed
- d. Ensure intimacy – do not let a third party enter the office



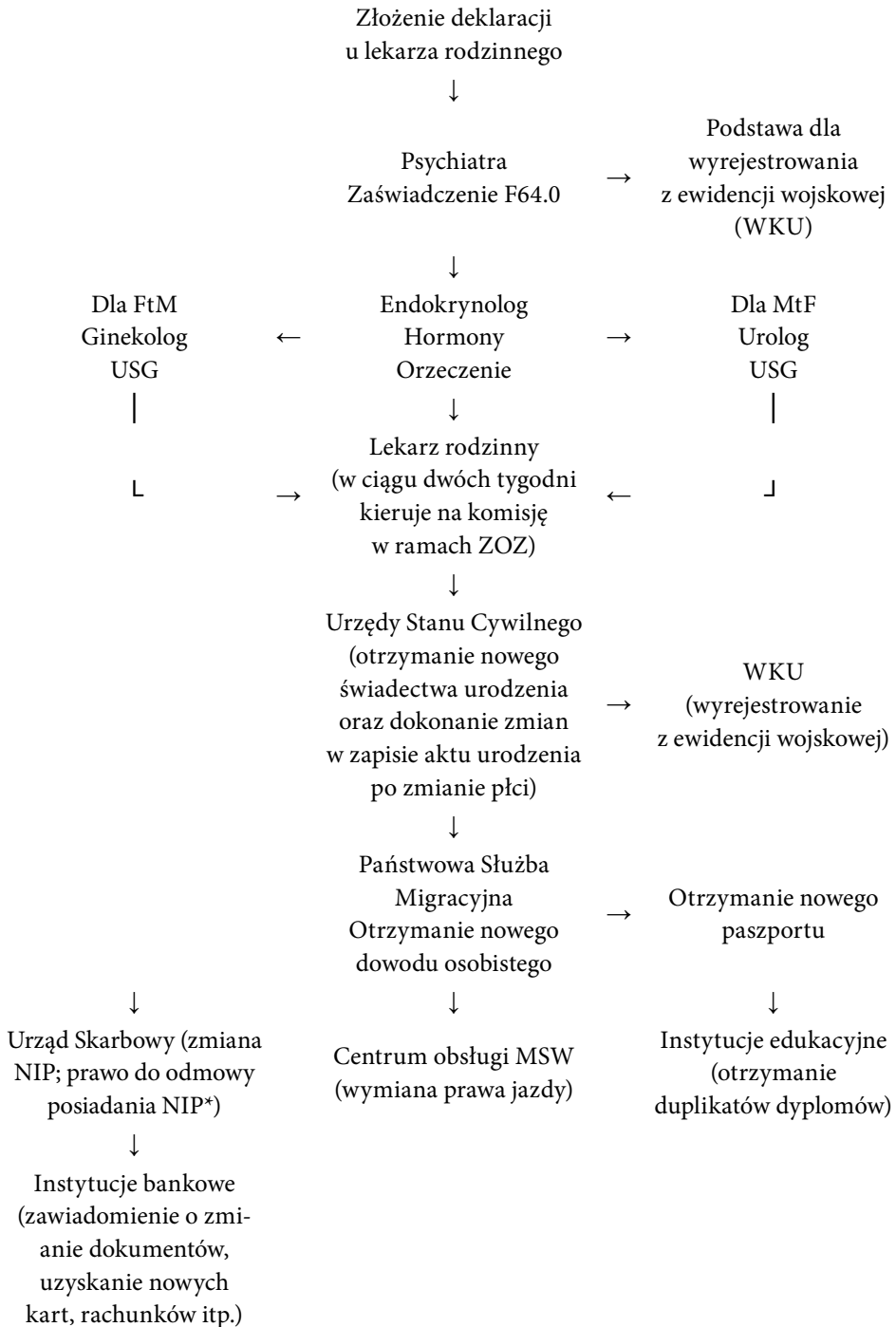
In 2023, the Acceptance Foundation from Poznan, thanks to the financial support of Americares, had the opportunity to make several study trips to Ukraine. By establishing a partnership with Olena Romaniuk (a psychotherapist from Lviv), we were able to observe what it is like to work with trans people on the example of Lviv. Unfortunately, Ukraine is a country where trans people are socially unaccepted in all circles of public life. In 2016, Ukrainian health care developed a protocol with a detailed description of actions. The text of the Ukrainian Algorithm and the 'UNIVERSAL CLINICAL PROTOCOL FOR BASIC, SECONDARY (SPECIALIST) AND TERTIARY (HIGHLIGHTS) MEDICAL CARE FOR GENDER DYSPHORIA' are attached below. Although Ukraine is ahead of us in terms of creating a standard of care for a trans person in transition, it still has a lot to do in the social sphere. This mainly concerns raising awareness among medical professionals about the problem. A conversation with activists from organizations such as the psychotherapist Olena Romaniuk, mentioned above in the text, indicates that it is the lack of awareness of Ukrainian society that is the main obstacle to the normal functioning of these citizens during or after transition. It is worth pointing out at this point that one of the most notable differences is that Ukrainian citizens do not need court approval to have their gender corrected. Unfortunately, Polish citizens, having to stand before a court of law is a humiliating and stressful element for them. During such a process, they are forced to sue their own parents. Such a situation as in Poland makes the transition procedure that much more traumatic.

Annexes

1. Algorithm of the transit procedure in Ukraine
 - Polish version
 - Russian version
2. STANDARDIZED CLINICAL PROTOCOL FOR THE PRIMARY, SECONDARY (SPECIALIZED) AND TERTIARY (HIGHLY SPECIALIZED) MEDICAL CARE
3. Photograph of an example of a tool created by students

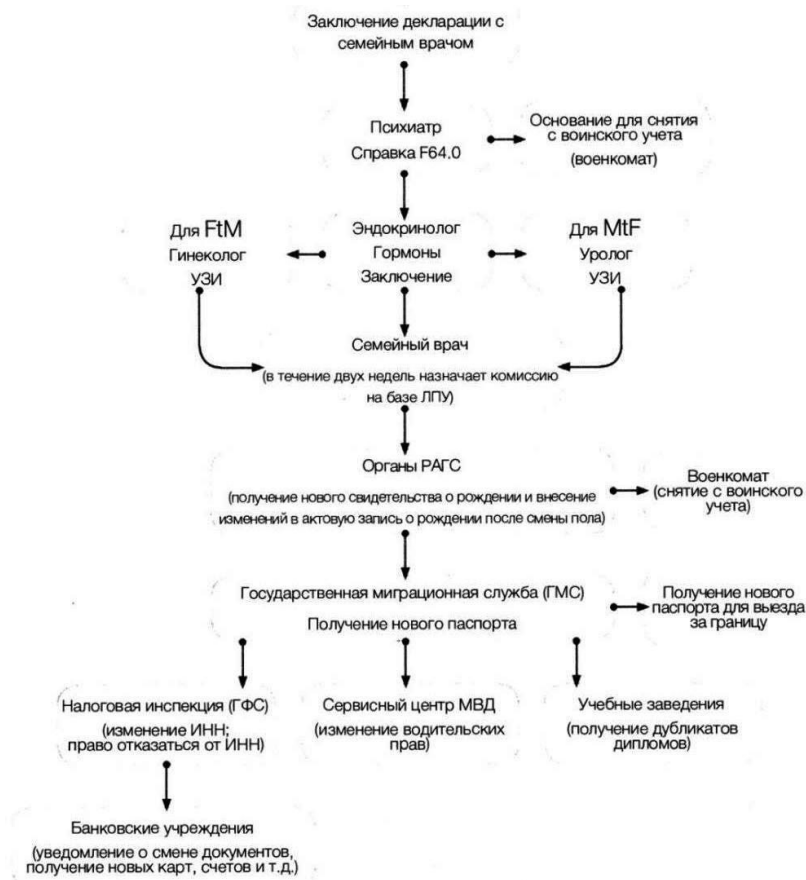
Bibliography

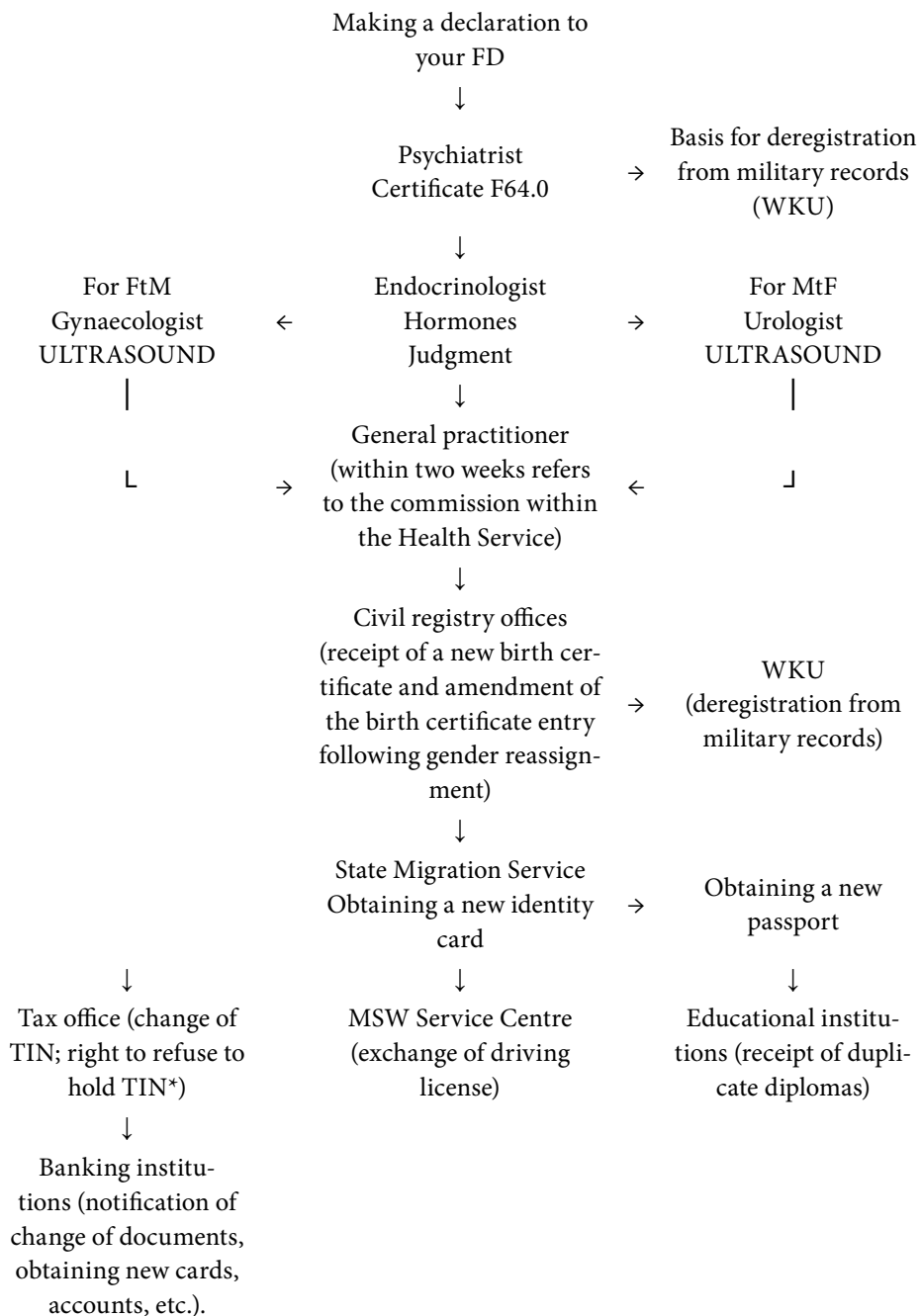
- 1 <https://www.wprost.pl/kraj/10217699/transplciowa-dzialaczka-popelnila-samobojstwo-rzucila-sie-z-mostu-w-warszawie.html>
- 2 K. Czerwiec, M. Leżucha. STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS TRANSSEXUALITY [in] Society Education Language, Vol. 14/2021, pp. 187-213 ISSN 2353-1266 e-ISSN 2449-7983 DOI: 10.19251/sej/2021.14.1(12)
- 3 https://journals.viamedica.pl/sexual_and_mental_health/article/view/JSMH.2022.0002
- 4 <https://dziecisawazne.pl/jezyk-zyrafy-rozpoznawanie-i-wyrazanie-uczuc-i-potrzeb/>



* Na Ukrainie jest możliwość odmowy posiadania numeru identyfikacyjnego.

Transgraniczna komunikacja z pacjentem transpłciowym





* In Ukraine it is possible to refuse to have an identification number.

ZATWIERDZONO

Zarządzenie Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy

15.09.2016 № 972

UJEDNOLICONY PROTOKÓŁ KLINICZNY
DLA PODSTAWOWEJ, DRUGORZĘDOWEJ
(SPECJALISTYCZNEJ) I TRZECIORZĘDOWEJ
(WYSOKOSPECJALISTYCZNEJ) OPIEKI MEDYCZNEJ

ZABURZENIA IDENTYFIKACJI PŁCIOWEJ

2016

WPROWADZENIE

Ujednolicony protokół kliniczny dla podstawowej, drugorzędowej (specjalistycznej) i trzeciorzędowej (wysokospecjalistycznej) opieki medycznej (UPKOM) „Zaburzenia identyfikacji płciowej” został opracowany z uwzględnieniem współczesnych wymogów medycyny opartej na dowodach, odnosi się do specyfiki przeprowadzenia diagnostyki i leczenia zaburzeń identyfikacji płciowej w Ukrainie z perspektywy zapewnienia ciągłości opieki medycznej. UPKOM został opracowany na podstawie zaadaptowanych wytycznych klinicznych „Zaburzenia identyfikacji płciowej” bazujących na zasadach medycyny opartej na dowodach, z uwzględnieniem aktualnych zaleceń międzynarodowych odzwierciedlonych w wytycznych klinicznych – źródłach trzeciorzędowych, a mianowicie:

1. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria, Royal College of Psychiatrists, 2013;
2. Gender dysphoria services: a guide for General Practitioners and other health-care staff, NHS England, 2012;
3. Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, WPATH – World Professional Association for Transgender Health, 2013.
4. Practice parameter on gay, lesbian or bisexual sexual orientation, gender-nonconformity, and gender discordance in children and adolescents - Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP), 2012 (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Volume 51, Issue 9, September 2012, Pages 957–97)

Dostosowane wytyczne są dostępne na stronie <http://www.dec.gov.ua/mtd/re-estr.html>

W zakresie formy, struktury i podejść metodologicznych dotyczących zastosowania wymagań medycyny opartej na dowodach, UPKOM spełnia wymagania Metodologii opracowania i wdrażania standardów medycznych (ujednoliconych protokołów klinicznych) dla opieki medycznej zgodnych z zasadami medycyny opartej na dowodach, zatwierdzonej Zarządzeniem Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy nr 751 z dnia 28.09.2012 r., zarejestrowanej w Ministerstwie Sprawiedliwości Ukrainy w dniu 29.11.2012 r. pod nr. 2001/22313.

UPKOM został opracowany przez multidyscyplinarną grupę roboczą, w skład której weszli przedstawiciele różnych specjalności medycznych: lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – lekarze rodzinni, lekarze psychiatrzy, lekarze psychiatrzy

dziecięcy, lekarze psychologowie, lekarze seksuolodzy, lekarze ginekolodzy położnicy, lekarze endokrynolodzy, lekarze chirurdzy, lekarze urologicy i inni specjaliści.

Zgodnie z wymogami licencyjnymi i standardami akredytacyjnymi placówki opieki zdrowotnej powinny posiadać Lokalny protokół opieki medycznej (LPOM), który określa współdziałanie jednostek strukturalnych placówki opieki zdrowotnej, personelu medycznego itp. (poziom lokalny) w celu spełnienia wymagań UPKOM.

WYKAZ SKRÓTÓW

HIV	Ludzki wirus niedoboru odporności
GnRH	Hormon uwalniający gonadotropiny
IPBiL	Indywidualny plan badań i leczenia
EKG	Elektrokardiografia
HTZ	Hormonalna terapia zastępcza
ZOZ	Zakład opieki zdrowotnej
ŚKP	Ścieżka kliniczna pacjenta
TK	Tomografia komputerowa
LPOM	Lokalny protokół opieki medycznej
ICD-10	Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, wydanie 10
MOZ Ukrainy	Ministerstwo Ochrony Zdrowia Ukrainy
MRI	Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego
UPKOM	Ujednolicony protokół kliniczny dla opieki medycznej
DSM-5	Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), wydanie 5
FtM	Mężczyzna transseksualny lub transpłciowy (female-to-male)
MtF	Kobieta transseksualna lub transpłciowa (male-to-female)

I. CZĘŚĆ IDENTYFIKACYJNA

1. Rozpoznanie: Rozpoznania związane z zaburzeniami identyfikacji płciowej.

2. Kod ICD-10: F64

3. Protokół przeznaczony jest dla: lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – lekarzy rodzinnych, lekarzy psychiatrów, lekarzy psychiatrów dziecięcych, lekarzy psychologów, lekarzy psychoterapeutów, lekarzy seksuologów, lekarzy ginekologów położników, lekarzy endokrynologów, lekarzy endokrynologów dziecięcych, lekarzy ginekologów dziecięcych, lekarzy chirurgów, lekarzy chirurgów dziecięcych, lekarzy laryngologów, lekarzy laryngologów dziecięcych, lekarzy urologów, lekarzy urologów dziecięcych, lekarzy prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie praktyki lekarskiej, średniego personelu medycznego, innych pracowników ochrony zdrowia uczestniczących w świadczeniu opieki medycznej pacjentom z zaburzeniami identyfikacji płciowej, kierowników zakładów opieki zdrowotnej o różnej formie własności i podległości.

4. Cel protokołu: organizacja udzielania świadczeń opieki medycznej pacjentom z zaburzeniami identyfikacji płciowej, zmniejszenie poziomu dystresu, poprawa jakości życia pacjentów.

5. Data sporządzenia protokołu: sierpień 2016 roku.

6. Data następnej rewizji: sierpień 2019 roku.

7. Osoby opracowujące:

Havryliuk Andrii, syn Oleksandra	zastępca dyrektora Departamentu, kierownik Urzędu ds. opieki medycznej dla dorosłych Departamentu medycznego MOZ Ukrainy, kierownik grupy roboczej;
Pinchuk Iryna, cóрка Yakova	dyrektor Ukraińskiego instytutu naukowo-badawczego psychiatrii społecznej i sądowej oraz leczenia uzależnień MOZ Ukrainy, doktor nauk medycznych, główny pozaetatowy specjalista MOZ Ukrainy w specjalności Leczenie uzależnień, Psychiatria, zastępca kierownika ds. klinicznych;
Martsenkovskiy Ihor, syn Anatoliia	kierownik Oddziału zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży Ukraińskiego instytutu naukowo-badawczego psychiatrii społecznej i sądowej oraz leczenia uzależnień MOZ Ukrainy, kandydat nauk medycznych, główny pozaetatowy specjalista MOZ Ukrainy w specjalności Psychiatria dziecięca, zastępca kierownika ds. problemów klinicznych u dzieci;

Lishchyshyna Olena, córka Mykhaila	dyrektor Departamentu standaryzacji usług medycznych Przedsiębiorstwa państwowego „Państwowe centrum eksperckie Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy”, starszy pracownik naukowy, kandydat nauk medycznych, zastępca kierownika ds. wsparcia metodycznego;
Horova Ella, córka Volodymyra	zastępca kierownika Urzędu – kierownik Wydziału kontroli jakości opieki medycznej Urzędu licencjonowania i jakości opieki medycznej MOZ Ukrainy;
Zinchenko Olena, córka Mykoly	główny specjalista Wydziału organizacji opieki specjalistycznej i wysokospecjalistycznej Urzędu opieki medycznej dla dorosłych Departamentu medycznego MOZ Ukrainy;
Kaminskyi Viacheslav, syn Volodymyra	kierownik Katedry położnictwa i ginekologii oraz reprodukologii Narodowej Akademii Medycznej Kształcenia Podyplomowego imienia P. L. Szupyka, członek korespondent Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy, doktor nauk medycznych, profesor, główny pozaetatowy specjalista MOZ Ukrainy w specjalności Położnictwo i ginekologia;
Levada Oleh, syn Anatoliia	kierownik kursu psychiatrii w Katedrze medycyny rodzinnej Instytucji państwowej „Zaporoska Akademia Medyczna Kształcenia Podyplomowego MOZ Ukrainy”, doktor nauk medycznych, docent;
Luchytskyi Yevhen, syn Vasyla	kierownik Oddziału andrologii klinicznej Instytucji państwowej „Instytut endokrynologii i metabolizmu imienia W. P. Komisarenki Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy, doktor nauk medycznych, profesor;
Mankovskyi Borys, syn Mykyty	kierownik Katedry diabetologii Narodowej Akademii Medycznej Kształcenia Podyplomowego imienia P. L. Szupyka, członek korespondent Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy, doktor nauk medycznych, profesor, główny pozaetatowy specjalista MOZ Ukrainy w specjalności Endokrynologia;
Matviiets Liudmyla, córka Hryhoriia	asystent Katedry medycyny rodzinnej i opieki ambulatoryjnej Narodowej Akademii Medycznej Kształcenia Podyplomowego imienia P. L. Szupyka, kandydat nauk medycznych;
Matiukha Larysa, córka Fedora	kierownik Katedry medycyny rodzinnej i opieki ambulatoryjnej Narodowej Akademii Medycznej Kształcenia Podyplomowego imienia P. L. Szupyka, doktor nauk medycznych, profesor, główny pozaetatowy specjalista MOZ Ukrainy w specjalności Podstawowa opieka zdrowotna – medycyna rodzinna;
Pustovoit Mykhailo, syn Mykhaila	rektor Kijowskiego instytutu współczesnej psychologii i psychoterapii, doktor nauk medycznych, profesor;

Stakhovskyi Eduard, syn Oleksandra	zastępca dyrektora ds. pracy naukowej w Narodowym instytucie raka MOZ Ukrainy, kierownik Oddziału naukowo-badawczego onkourologii plastycznej i rekonstrukcyjnej, doktor nauk medycznych, profesor, główny pozaetatowy specjalista MOZ Ukrainy w specjalności Urologia;
Khaustova Olena, córka Oleksandra	kierownik Oddziału zaburzeń psychicznych osób starszych Ukraińskiego instytutu naukowo-badawczego psychiatrii społecznej i sądowej oraz leczenia uzależnień MOZ Ukrainy, doktor nauk medycznych, profesor;
Khrapach Vasyl, syn Vasyla	profesor Katedry chirurgii nr 4 Narodowego Uniwersytetu Medycznego imienia O. O. Bohomolca, doktor nauk medycznych, profesor;
Tsiomik Oleksandr, syn Vadyma	kierownik Oddziału konsultacyjno-ambulatoryjnego Ukraińskiego instytutu naukowo-badawczego psychiatrii społecznej i sądowej oraz leczenia uzależnień MOZ Ukrainy;
Shum Serhii, syn Serhiia	zastępca dyrektora ds. pracy naukowej oraz psychiatrii sądowej i ekspertyz Ukraińskiego instytutu naukowo-badawczego psychiatrii społecznej i sądowej oraz leczenia uzależnień MOZ Ukrainy, kandydat nauk medycznych

Wsparcie metodologiczne i informacyjne

Horokh Yevhenii, syn Leonida	kierownik Wydziału jakości opieki medycznej i technologii informacyjnych Przedsiębiorstwa państwowego „Państwowe centrum eksperckie MOZ Ukrainy”, kandydat nauk technicznych;
Melnyk Yevheniia, córka Oleksandra	kierownik Wydziału medycyny opartej na dowodach Przedsiębiorstwa państwowego „Państwowe centrum eksperckie MOZ Ukrainy”;
Mihel Oleksandr, syn Volodymyra	kierownik Sektora oceny ekonomicznej technologii medycznych Przedsiębiorstwa państwowego „Państwowe centrum eksperckie MOZ Ukrainy”;
Shylkina Olena, córka Oleksandra	kierownik Wydziału wsparcia metodologicznego najnowszych technologii w zakresie ochrony zdrowia Przedsiębiorstwa państwowego „Państwowe centrum eksperckie MOZ Ukrainy”.

Adres do korespondencji: Departament standaryzacji usług medycznych Przedsiębiorstwa państwowego „Państwowe centrum eksperckie MOZ Ukrainy”, m. Kijów. Adres e-mail: medstandards@dec.gov.ua

Elektroniczną wersję dokumentu można pobrać na oficjalnej stronie MOZ Ukrainy: <http://www.moz.gov.ua> oraz w Rejestrze dokumentów medyczno-technologicznych: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Recenzenci:

Aimedov
Kostiantyn,
syn Volodymyra

kierownik Katedry psychiatrii, leczenia uzależnień, psychologii i pomocy społecznej Odeskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego, doktor nauk medycznych, profesor;

Bondarenko
Volodymyr,
syn Oleksandra

kierownik Oddziału chorób gruczołów płciowych Wydziału endokrynologii klinicznej Instytucji państwowej „Instytut problemów zaburzeń endokrynologicznych im. W. J. Danyłewskiego Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy”, doktor nauk medycznych, profesor.

8. Epidemiologia

Nie przeprowadzono całościowych badań epidemiologicznych nad występowaniem i rozpowszechnieniem zaburzeń identyfikacji płciowej, jak również transseksualizmu czy ogólnie transpłciowości i tożsamości niezgodnych z płcią, zaś próby uzyskania realistycznych danych szacunkowych wiążą się z ogromnymi trudnościami. Nawet gdyby badania epidemiologiczne wykazały, że odsetek osób transseksualnych, transpłciowych jest taki sam na całym świecie, jest prawdopodobne, że różnice kulturowe między krajami zmieniłyby zarówno behawioralną ekspresję różnych tożsamości płciowych, jak i stopień, w jakim zaburzenia identyfikacji płciowej różnią się od tożsamości płciowej osoby.

Nonkonformizm płciowy nie jest rzadkim zjawiskiem. Badanie przeprowadzone wśród 10 000 osób w 2012 roku przez Komisję Praw Człowieka i Równości w Zjednoczonym Królestwie wykazało, że 1% populacji samoidentyfikuje się w pewnej mierze w różnych wariantach płciowych. Liczba ta nie musi zostać uznana za reprezentatywną dla całej populacji.

W Ukrainie nie przeprowadzono podobnych badań i nie ma oficjalnych statystyk dotyczących tych zaburzeń.

II. CZĘŚĆ OGÓLNA

Zaburzenia identyfikacji płciowej oznaczają dyskomfort lub niepokój spowodowany rozbieżnością pomiędzy tożsamością płciową osoby a płcią przypisaną jej przy urodzeniu (oraz związaną z nią rolą płciową i/lub pierwotnymi i wtórnymi cechami płciowymi).

Należy odróżniać zaburzenia identyfikacji płciowej od transpłciowości (nonkonformizmu płciowego), który jest stopniem, w jakim tożsamość, rola lub ekspresja płciowa osoby różni się od norm kulturowych przypisanych osobom danej płci.

Jedynie niektóre osoby nonkonformistyczne płciowo doświadczają zaburzeń identyfikacji płciowej w pewnym momencie swojego życia.

Cechy płci, w tym tożsamości stereotypowo związane z płcią przypisaną przy urodzeniu, są powszechnym i kulturowo zróżnicowanym zjawiskiem ludzkim, które nie powinno być postrzegane jako z natury patologiczne lub negatywne.

Nonkonformizm może być powiązany z uprzedzeniami istniejącymi w społeczeństwie, co powoduje dystres psychiczny. Ten dystres nie musi być specyficzny dla osób transseksualnych, transpłciowych lub nonkonformistycznych płciowo.

Dlatego zaburzenia identyfikacji płciowej należy rozumieć jako cierpienie psychiczne związane z doświadczaniem przez pacjenta własnej tożsamości płciowej, która nie odpowiada fenotypowi lub płciowej roli społecznej zwykle związanej z tym fenotypem.

Taki dystres może doprowadzić do tego, że dana osoba będzie szukać pomocy medycznej.

Tym samym gradacja doświadczeń związanych z płcią pomiędzy binarną normą płciową „mężczyzna” czy „kobieta” u niektórych pacjentów powoduje dyskomfort, który będzie wymagać interwencji medycznej; dla innych być może wystarczające będzie zastosowanie minimalnych środków profilaktycznych lub w ogóle ich brak. Coraz częściej uznaje się, że niektórzy pacjenci nie identyfikują się z binarnym systemem płci i będzie to miało wpływ na ich leczenie. Samoopis pacjentów obejmuje takie pojęcia, jak: panseksualność, poliseksualność, aseksualność, queer seksualność i inne. Istnieje pewna liczba pacjentów, którzy negują pojęcie płci w ogóle oraz widzą się poza ramami jakiegokolwiek płci i wymagają neutralnych pod względem płci świadczeń medycznych ze strony odpowiednich zakładów opieki zdrowotnej, jeżeli ich stan nie jest spowodowany ciężkimi chorobami psychicznymi, na przykład schizofrenią.

Niektórzy pacjenci mogą zostać objęci formalnym rozpoznaniem transwestytyzmu o typie podwójnej roli lub transwestytyzmu fetyszystycznego, niekiedy stany te mogą być spowodowane zaburzeniami identyfikacji płciowej. Znane są przypadki, gdy u niektórych pacjentów ze wspomnianych grup zaburzenia identyfikacji płciowej osiągnęły stopień ekstremalny, przekształcając się w transseksualizm.

Niektóre osoby doświadczają zaburzeń identyfikacji płciowej w takim stopniu, że dystres wpisuje się w kryteria formalnego rozpoznania zaburzenia psychicznego. Takie rozpoznanie nie usprawiedliwia osądzenia czy pozbawienia praw obywatelskich i praw człowieka.

Tak więc osoby transseksualne, transpłciowe i nonkonformistyczne płciowo w zasadzie nie są chore. Raczej występujący dystres spowodowany zaburzeniami identyfikacji płciowej jest problemem możliwym do zdiagnozowania, dla którego dostępnych jest wiele opcji leczenia.

Istnieje leczenie, które pomaga osobom z tego rodzaju dystresem zidentyfikować swoją tożsamość płciową i znaleźć rolę płciową, która jest dla nich najbardziej komfortowa.

Najpoważniejszym powikłaniem zaburzeń identyfikacji płciowej jest samobójstwo.

W bardzo ciężkich przypadkach i postaciach choroby skuteczne mogą być metody leczenia stosowane w opiece drugorzędowej i trzeciorzędowej.

W niniejszym protokole pojęcia te używane są w następujących znaczeniach:

Osoba aseksualna to osoba, która nie identyfikuje się z żadną płcią. Fizjologicznie może być dowolnej płci i mieć dowolny wygląd, choć niektóre osoby aseksualne wolą wyglądać androgynicznie.

Osoba androgyniczna to osoba jednej płci, która łączy w sobie kobiecość i męskość. Można ją nazwać „trzecią płcią” – ani męską, ani żeńską, łączącą cechy tych płci.

Osoba biseksualna to osoba o „płynnej”, zmiennej tożsamości płciowej, która odgrywa w społeczeństwie albo tradycyjnie „kobieca”, albo tradycyjnie „męską” rolę, w zależności od nastroju, sytuacji i środowiska. Określenie to jest często używane do opisanego interakcji społecznych osoby.

Wewnętrzna transfobia to dyskomfort związany z własnymi odczuciami lub tożsamością transpłciową, wynikający z projekcji na siebie normatywnych oczekiwań społeczeństwa dotyczących płci.

Tożsamość płciowa to głęboka świadomość osoby dotycząca wewnętrznych i indywidualnych cech przynależności płciowej, które mogą, ale nie muszą pokrywać się z płcią przypisaną przy urodzeniu, w tym indywidualne odczuwanie własnego ciała (któremu, jeżeli taka jest wola, może towarzyszyć zmiana wyglądu lub funkcji fizjologicznych za pomocą zabiegów medycznych, chirurgicznych lub innych) oraz inne przejawy, takie jak ubiór, mowa i cechy zachowania.

Rola lub ekspresja płciowa to cechy osoby, wyglądu i zachowania, które są uważane za męskie lub kobiece w danej kulturze i okresie historycznym (tj. bardziej typowe dla męskiej lub kobiecej roli społecznej). Podczas gdy większość osób występuje w społeczeństwie w wyrażnie męskich lub kobiecych rolach płciowych, niektóre osoby występują w alternatywnych rolach płciowych, takich jak osoba nieokreślona płciowo lub określona transseksualna. Wszyscy ludzie mają tendencję do łączenia zarówno męskich, jak i kobiecych cech w swojej ekspresji płciowej na różne sposoby i w różnym stopniu.

Osoby o niebinarnej identyfikacji płciowej (syn. genderqueer) to osoby transpłciowe, które nie chcą wpasowywać się w ramy ustanowione przez tradycyjnie istniejący w kulturze i społeczeństwie podział na „kobieca” i „męską” płeć i gender.

Transwestytyzm (syn. cross-dressing) to noszenie ubrań i prezentowanie się w roli płciowej, które w danej kulturze są bardziej typowe dla płci przeciwnej.

Osoby transpłciowe to określenie obejmujące różnorodną grupę osób, które przekraczają lub wykraczają poza granice zdefiniowanych kulturowo kategorii

płci. Tożsamość płciowa osób transseksualnych w różnym stopniu różni się od płci przypisanej przy urodzeniu.

Transpłciowość (nonkonformizm płciowy) to stopień, w jakim tożsamość, rola lub ekspresja płciowa osoby różni się od norm kulturowych przypisanych osobom danej płci w konkretnym społeczeństwie.

Osoba transseksualna to osoba, która pragnie zmienić lub zmieniała swoje pierwotne i/lub wtórne cechy płciowe poprzez feminizujące lub maskulinizujące interwencje medyczne (hormony i/lub zabiegi operacyjne), którym zwykle towarzyszy długotrwała zmiana roli płciowej. Zazwyczaj charakteryzuje się wysokim poziomem zaburzeń identyfikacji płciowej.

Transseksualność (transseksualizm) to rozpoznanie opisujące objawy (dane diagnostyczne) właściwe dla osób transseksualnych, jeżeli dana osoba otrzymała odpowiednie rozpoznanie.

MtF (male-to-female) (syn. transkobieta; kobieta transseksualna lub transpłciowa) to skrót oznaczający osoby, którym przy urodzeniu przypisano płć męską i które zmieniają swoje ciało i/lub rolę płciową na ciało i/lub rolę płciową kobiecą.

FtM (female-to-male) (syn. transmężczyzna; mężczyzna transseksualny lub transpłciowy) to skrót oznaczający osoby, którym przy urodzeniu przypisano płć kobiecą i które zmieniają swoje ciało i/lub rolę płciową na ciało i/lub rolę płciową męską.

Cechy charakterystyczne procesu świadczenia opieki medycznej

Osobom potrzebującym opieki medycznej z powodu zaburzeń identyfikacji płciowej zaleca się różne interwencje medyczne oparte na różnych terapeutycznych podejściach programowo-kierunkowych i mające na celu:

- zmiany dotyczące roli lub ekspresji płciowej (co może obejmować okazjonalne lub stałe życie w innej roli płciowej, która jest zbieżna z tożsamością płciową danej osoby);
- feminizacja lub maskulinizacja organizmu poprzez terapię hormonalną;
- zmiana pierwotnych i/lub wtórnych cech płciowych (np. piersi, zewnętrznych i/lub wewnętrznych narządów płciowych) poprzez korektę chirurgiczną;
- badanie tożsamości, roli i ekspresji płciowej; praca z negatywnym wpływem zaburzeń identyfikacji płciowej i stygmatyzacji na zdrowie psychiczne; łagodzenie wewnętrznej transfobii; zwiększenie wsparcia społecznego i wzajemnej pomocy; poprawa postrzegania ciała czy zwiększenia odporności na stres poprzez psychoterapię (indywidualną, dla par, rodzinną lub grupową).

Dla skutecznego wdrożenia UPKOM „Zaburzenia identyfikacji płciowej” do praktyki świadczenia opieki medycznej w ZOZ niezbędny jest system działań mający na celu zwiększenie świadomości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń identyfikacji płciowej. Program szkoleń powinien obejmować następujące kluczowe zagadnienia:

- opanowanie praktycznych metod rozpoznawania zaburzeń identyfikacji płciowej i diagnostyki związanych z nimi stanów;
- kształtowanie umiejętności odpowiedniej komunikacji z takimi pacjentami;
- zapoznanie się z nowoczesnymi środkami farmakologicznymi i specyfiką ich stosowania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Wskazane jest organizowanie takich szkoleń we wszystkich ZOZ na etapie opracowywania i wdrażania Lokalnego protokołu opieki medycznej „Zaburzenia identyfikacji płciowej”.

Interwencja medyczna z zakresu korekcy przynależności płciowej w zaburzeniach identyfikacji płciowej powinna być rozumiana jako działania lecznicze w zakresie uznanym przez pacjenta za wystarczający do zmniejszenia negatywnego wpływu zaburzeń identyfikacji płciowej i kształtowania cech pożądanej płci, rolę, której dana osoba jest w stanie pełnić w społeczeństwie.

Zmiana przynależności płciowej (proces korekty prawnej płci) dotyczy również leczenia zaburzeń identyfikacji płciowej u pacjentów, którzy przez pewien czas żyją w wybranej przez siebie roli płciowej i planują żyć w ten sposób w przyszłości. Przeprowadza się ją na podstawie oświadczenia woli pacjenta, zgodności z jego medyczno-biologicznymi i społeczno-psychologicznymi wskazaniami do zmiany przynależności płciowej oraz poddania się interwencji medycznej, poprzez wydanie Zaświadczenia lekarskiego o zmianie (korekcie) przynależności płciowej.

1. Podstawowa opieka zdrowotna

1) Badanie przesiewowe osób z przejawami dyskomfortu spowodowanego rozbieżnością między ich płcią a zachowaniem i postrzeganiem siebie, przypisanymi im przy urodzeniu (i związaną z tym rolą płciową), kierowanie ich do lekarzy specjalistów, w tym lekarza psychiatry i lekarza psychiatry dziecięcego, lekarza endokrynologa, lekarza ginekologa, lekarza chirurga, lekarza psychologa, lekarza psychoterapeuty i innych, w zależności od potrzeb.

2) Podstawowa diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej ze skierowaniem do lekarzy psychiatrów i lekarzy psychiatrów dziecięcych w ZOZ świadczących specjalistyczną opiekę psychiatryczną.

3) Monitorowanie rehabilitacji pacjenta z zaburzeniami identyfikacji płciowej po interwencjach medycznych o inwazyjnym charakterze chirurgicznym.

4) Monitorowanie zaburzeń somatycznych i psychicznych u pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej w trakcie i po transformacji chirurgicznej i hormonalnej.

5) Organizacja rehabilitacji psychospołecznej pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej.

6) Wydanie osobie, która poddała się nieodwracalnej interwencji medycznej, Zaświadczenia lekarskiego o zmianie (korekcie) przynależności płciowej, zatwierdzonego zgodnie z ustaloną procedurą, na podstawie którego następnie rozstrzyga się kwestię odpowiednich zmian w jej statusie prawnym.

2. Drugorzędowa opieka medyczna

1) Lekarz psychiatra w ZOZ świadczy specjalistyczną opiekę psychiatryczną osobom od 18. roku życia, natomiast lekarz psychiatra dziecięcy świadczy specjalistyczną opiekę psychiatryczną dzieciom i młodzieży do 17. roku życia:

2. Przeprowadzają sprawdzenie i/lub ocenę stanu zdrowia psychicznego pacjenta. Ustalają przyczyny, ze względu na które pacjent poszukuje specjalistycznej opieki medycznej, a w razie obecności objawów stanów związanych z zaburzeniami identyfikacji płciowej ustalają rozpoznanie.

3. Badanie psychiatryczne dziecka z objawami dyskomfortu spowodowanego niespójnością w płciowym postrzeganiu siebie, zachowaniach płciowych i płcią, przypisaną mu przy urodzeniu (i związanej z nią rolą płciową) do 14 roku życia przeprowadza się za świadomą zgodą obojga rodziców; od 14 roku życia – obojga rodziców i dziecka. Wyniki badania są poufne, a informacje o cechach płciowego postrzegania siebie, zachowania i roli płciowej mogą być ujawnione rodzicom, jeżeli dziecko wyrazi na to zgodę, a lekarz psychiatra dziecięcy jest przekonany, że nie doprowadzi to do wystąpienia sytuacji kryzysowej w podstawowej grupie wsparcia dziecka.

4. W razie wystąpienia współistniejących stanów i zaburzeń psychiatrycznych lekarz psychiatra lub lekarz psychiatra dziecięcy przeprowadzają ich leczenie. Wszelkie interwencje terapeutyczne w ramach specjalistycznej opieki psychiatrycznej nad dziećmi z zaburzeniami identyfikacji płciowej mogą być dokonywane, jeżeli są one zalecane przez niniejszy protokół w wieku do 14. roku życia za świadomą zgodą obojga rodziców; od 14. roku życia – obojga rodziców i dziecka.

5. Na prośbę pacjenta przekazuje lekarzowi rodzinnemu zalecenia dotyczące zakresu opieki w miejscu zamieszkania.

6. Na życzenie pacjenta wydaje formularz podstawowej dokumentacji ewidencyjnej nr 027/o „Wyciąg z dokumentacji medycznej pacjenta ambulatoryjnego (szpitalnego)” (dalej – formularz nr 027/o), służący do wymiany informacji pomiędzy zakładami ambulatoryjnej i szpitalnej opieki zdrowotnej na temat rozpoznania, przebiegu choroby, stanu pacjenta przy skierowaniu (wypisie), przeprowadzonych badaniach, konsultacjach w innych zakładach opieki zdrowotnej, leczenia, opieki ambulatoryjnej i innych zaleceń dla pacjenta.

2) Lekarz psychoterapeuta w ZOZ świadczącym usługi w zakresie drugorzędowej opieki zdrowotnej:

1. Pomaga pacjentowi uświadomić własne problemy związane z płcią i znaleźć sposoby na złagodzenie zaburzeń identyfikacji płciowej. Pomaga w osiągnięciu adaptacji społecznej w wybranej roli płciowej.

2. W celu osiągnięcia powyższego stosuje środki psychoterapii osobistej, rodzinnej i grupowej.

3. W razie potrzeby przeprowadza powtórny kurs psychoterapii.

4. Na prośbę pacjenta wydaje formularz nr 027/o.

3) Lekarz endokrynolog:

1. Na podstawie badań krwi na poziomy hormonów przeprowadza pierwotną konsultację, która obejmuje również poinformowanie pacjenta o działaniu leków hormonalnych, ich skutkach ubocznych i przeciwwskazaniach.

2. Przepisuje HTZ.

3. Przeprowadza kolejne konsultacje i w razie potrzeby koryguje przebieg leczenia hormonalnego.

4. Na prośbę pacjenta wydaje formularz nr 027/o.

4) Lekarz chirurg:

1. Jeżeli pacjent sobie tego życzy i spełnione są kryteria dla tego typu interwencji medycznej (patrz p. 4.7 rozdziału IV), wykonuje następujące interwencje medyczne:

– dla pacjentów MtF: powiększenie piersi za pomocą implantów silikonowych (mammoplastyka); penektomia; orchidektomia; waginoplastyka; labioplastyka; klitoroplastyka; operacje feminizacji twarzy; w niektórych przypadkach emaskulacja;

– dla pacjentów FtM: usunięcie gruczołów sutkowych (mastektomia); histerektomia; waginektomia; metoidioplastyka; falloplastyka; uretroplastyka; utworzenie neo-scrotum i endoprotezowanie jąder, maskulinizujące operacje plastyczne twarzy.

– na prośbę pacjenta wydaje formularz nr 027/o.

5) Lekarz laryngolog:

- jeżeli to możliwe, wykonuje interwencję chirurgiczną na strunach głosowych, na życzenie pacjenta MtF, w celu upodobnienia głosu do kobiecego.
- na prośbę pacjenta wydaje formularz nr 027/o.

3. Trzeciorzędowa opieka medyczna

1) Lekarz psychiatra w ZOZ świadczącym opiekę trzeciorzędową:

- weryfikuje rozpoznanie postawione pacjentowi w opiece drugorzędowej, jeżeli pacjent się z nią nie zgadza.

2) Lekarz psychoterapeuta w ZOZ świadczącym opiekę trzeciorzędową:

- w przypadkach ciężkich zaburzeń identyfikacji płciowej, jeżeli lekarze psychoterapeuci w ZOZ świadczących opiekę drugorzędową nie są w stanie ustabilizować stanu pacjenta, prowadzi psychoterapię według indywidualnego programu.

3) Lekarz endokrynolog:

- Przeprowadza kolejne konsultacje i w razie potrzeby koryguje przebieg leczenia hormonalnego.

4) Lekarz chirurg:

1. Jeżeli pacjent sobie tego życzy i spełnione są kryteria dla tego typu interwencji medycznej (patrz p. 4.7 rozdziału IV), wykonuje następujące interwencje medyczne:

- dla pacjentów MtF: powiększenie piersi za pomocą implantów silikonowych (mammoplastyka); penektomia; orchidektomia; waginoplastyka; labioplastyka; klitoroplastyka; operacje feminizacji twarzy; w niektórych przypadkach emaskulacja;
- dla pacjentów FtM: usunięcie gruczołów sutkowych (mastektomia); histerektomia; waginektomia; metoidioplastyka; falloplastyka; uretropriastyka; utworzenie neo-scrotum i endoprotezowanie jąder, maskulinizujące operacje plastyczne twarzy.
- na prośbę pacjenta wydaje formularz nr 027/o.

5) Lekarz laryngolog:

- jeżeli to możliwe, wykonuje interwencję chirurgiczną na strunach głosowych, na życzenie pacjenta MtF, w celu upodobnienia głosu do kobiecego.
- na prośbę pacjenta wydaje formularz nr 027/o.

III. CZĘŚĆ GŁÓWNA

1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

1) Profilaktyka podstawowa

Uzasadnienie

Nie ma opartych na dowodach podstaw dotyczących specyficznej profilaktyki zaburzeń identyfikacji płciowej.

Szczególnej uwagi wymagają osoby z grupy ryzyka, które są narażone na działanie niekorzystnych czynników środowiskowych.

Wymagane działania

1. Rozmowy profilaktyczne dotyczące szkodliwości, zagrożeń dla życia i zdrowia spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych (w tym kannabinoidów).

2. Rozmowy profilaktyczne dotyczące zaniedbań, przemocy w rodzinie, przemocy seksualnej, bullyingu, zaniedbań socjalnych w rodzinach społecznie nieadaptowanych i marginalnych.

3. Rozmowy profilaktyczne dotyczące rozwiązywania konfliktów w rodzinie i podstawowej grupie wsparcia (zarządzanie stresem).

2) Diagnostyka

Wytyczne protokołu

Rozpoznanie zaburzeń identyfikacji płciowej jest stawiane tylko w ZOZ, które świadczą opiekę drugorzędową lub trzeciorzędową.

Uzasadnienie

W etiologii wystąpienia zaburzeń identyfikacji płciowej równie ważne jest uwzględnienie czynników, które je wspierają lub nasilają, ponieważ stanowią one potencjalne cele interwencji.

Wymagane działania

1. Badania przesiewowe osób z objawami dyskomfortu spowodowanego nieśpójnością płci, zachowania i postrzegania siebie przypisanych im przy urodzeniu (i związanej z tym roli płciowej), kierowanie do lekarzy specjalistów, w tym lekarza psychiatry i lekarza psychiatry dziecięcego, lekarza endokrynologa, lekarza ginekologa, lekarza chirurga, lekarza psychologa, lekarza psychoterapeuty.

2. Wyjawienie pacjentów z wysokim ryzykiem popełnienia samobójstwa: zadać pytanie „Jak często w ostatnim miesiącu pojawiały się u Pana/Pani myśli o popełnieniu samobójstwa?”; skierowanie do lekarza psychiatry.

3) Leczenie

Niezbędne działania:

1. Wspieranie w przestrzeganiu zaleceń lekarza psychiatry.

Dla pacjentów z ustalonym rozpoznaniem zapewnić możliwość leczenia w ZOZ świadczących podstawową opiekę zdrowotną, w razie stabilnego stanu zdrowia psychicznego, przy zadowalającym funkcjonowaniu społecznym i w porozumieniu z lekarzem psychiatrą.

2. Monitorowanie działań niepożądanych leczenia farmakologicznego, przede wszystkim hormonalnej terapii zastępczej (HTZ).

3. Diagnostyka i leczenie chorób somatycznych zgodnie z wytycznymi odpowiednich dokumentów medyczno-technologicznych.

4) Obserwacja w ramach poradni

Uzasadnienie

Dla pacjentów z ustalonym rozpoznaniem przewidzieć możliwość leczenia w ZOZ świadczących podstawową opiekę zdrowotną, w razie niestabilnego stanu zdrowia psychicznego, przy zadowalającym funkcjonowaniu społecznym i w porozumieniu z lekarzem psychiatrą.

Wymagane działania

1. Monitorowanie zaburzeń somatycznych i psychicznych u pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej w trakcie i po transformacji chirurgicznej i hormonalnej.

2. Monitorowanie pacjenta z zaburzeniami identyfikacji płciowej z uwzględnieniem transformacji chirurgicznej i hormonalnej.

3. Organizacja psychospołecznej rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej.

4. Wydanie osobie, która poddała się nieodwracalnej interwencji medycznej, Zaświadczenia lekarskiego o zmianie (korekcie) przynależności płciowej, zatwierdzonego zgodnie z ustaloną procedurą, na podstawie którego następnie rozstrzyga się kwestię odpowiednich zmian w jej statusie prawnym.

2. DRUGORZĘDOWA (SPECJALISTYCZNA) OPIEKA MEDYCZNA

1) Profilaktyka podstawowa

Uzasadnienie

Nie ma opartych na dowodach podstaw dotyczących specyficznych metod profilaktyki zaburzeń identyfikacji płciowej.

Wymagane działania

1. Zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia, samopomocy i samodzielnej korekcji wpływu czynników społecznych i psychologicznych, które mogą doprowadzić do rozwoju zaburzeń identyfikacji płciowej.

2. Informowanie pacjentów o różnorodności tożsamości płciowych i ekspresji płciowej oraz o różnych możliwościach dostępnych w celu złagodzenia zaburzeń identyfikacji płciowej.

3. Zalecenia dla pacjenta dotyczące zbadania różnych możliwości w celu odnalezienia komfortowej roli płciowej i samoekspresji oraz przygotowania do podjęcia w pełni uzasadnionej decyzji dotyczącej dostępnych interwencji medycznych, jeżeli to jest niezbędne.

4. Odesłanie do zasobów pomocy wzajemnej społeczności transpłciowej (organizacji społecznych osób transpłciowych).

5. U pacjentów małoletnich profilaktyka ukierunkowana jest na zrozumienie przez pacjenta swojej tożsamości, jak również na oddziaływanie na mikro- i makrootoczenie dziecka czy nastolatka poprzez informowanie go o transpłciowości jako całkowicie normalnym zjawisku w zachowaniu człowieka.

2) Diagnostyka

1. Metody kliniczne, anamnestyczne i psychopatologiczne

Uzasadnienie

Etiologia zaburzeń identyfikacji płciowej obejmuje czynniki, które ją utrzymują lub nasilają, przy czym są one potencjalnymi celami dla interwencji.

Wymagane działania

1. Gromadzenie i ocena informacji (informacje demograficzne o pacjencie i jego rodzinie, ocena dolegliwości zdrowotnych i cechy (możliwości) samorealizacji psychospołecznej pacjenta).

2. Zebranie wywiadu chorobowego z oceną dynamiki, cech szczególnych życia pacjenta, światopoglądu, kształtowania się pacjenta jako osoby. Uwzględnia się psychotraumatyczne momenty życia pacjenta, cechy szczególne jego rozwoju pod względem fizycznym i psychicznym, choroby somatyczne występujące w ciągu jego życia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na te, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na układ nerwowy (urazy, zatrucia itp.). Zwraca się uwagę na złe nawyki; czynniki społeczne, które mogą wpływać na nastrój; dostępność wsparcia społecznego; psychologiczne i społeczne czynniki amortyzacyjne.

3. Badanie kliniczno-psychopatologiczne stanu psychicznego pacjenta z wykorzystaniem ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego z opisem stanu psychicznego i w dynamice.

4. W razie potrzeby badanie w warunkach szpitala psychiatrycznego przez co najmniej 2 tygodnie.

5. Objęcie opieką pacjenta z identyfikacją transseksualną przez co najmniej 2 lata.

6. Wyrażne odnotowanie informacji w planie leczenia, gdy zmiana roli płciowej nie jest planowana.

3) Metody badań instrumentalnych

Uzasadnienie

Rentgenografia mózgu może ujawnić guzy lub urazy, które mogły uwarunkować zaburzenia z objawami zaburzeń identyfikacji płciowej w tle.

Wymagane działania

Pożądanane (jeżeli jest niezbędne przeprowadzenie diagnostyki różnicowej z zaburzeniami psychopatologicznymi):

- 1) elektroencefalografia;
- 2) TK, MRI.

4) Metody badań laboratoryjnych

Uzasadnienie

Zaburzenia identyfikacji płciowej mogą być spowodowane zaburzeniami genetycznymi.

Wymagane działania

Pożądanane (jeżeli jest niezbędne przeprowadzenie diagnostyki różnicowej z zaburzeniami genetycznymi): kariotypowanie.

5) Leczenie

1. Leczenie ambulatoryjne

Uzasadnienie

Celem ambulatoryjnego etapu leczenia jest zmniejszenie wpływu zaburzeń identyfikacji płciowej i zapewnienie pacjentowi funkcjonalnego powrotu do zdrowia.

Wymagane działania

Obowiązkowe:

- 1) psychoterapia;
- 2) terapia hormonalna dla osób, które chcą zmienić swoją przynależność płciową (patrz p. 4.6.4 rozdziału IV). Pacjenci powinni doświadczać trwałych zaburzeń identyfikacji płciowej, aby kwalifikować się do terapii hormonalnej. Wsparcie psychoterapeutyczne może być kontynuowane w trakcie przyjmowania hormonów.

Pożądanane:

terapia hormonalna (patrz p. 4.6.4 rozdziału IV).

Psychoterapia

Uzasadnienie

Ta interwencja medyczna może być początkiem lub samodzielnym etapem leczenia.

Szczególną uwagę należy zwrócić na pozytywne nastawienie pacjenta do leczenia. Minimalny czas trwania psychoterapii zależy od cech charakterystycznych pacjenta.

Strategia poprawy pozytywnego nastawienia pacjenta do leczenia powinna obejmować również psychoedukację pacjentów i członków rodzin oraz ich aktywny udział w procesie terapii.

Wymagane działania

Obowiązkowe:

1. Przeprowadzenie konsultacji indywidualnych z lekarzem psychoterapeutą. Liczba konsultacji zależy od uwzględnienia zidentyfikowanych potrzeb. Głównym celem tych sesji jest ułatwienie pacjentowi procesu socjalizacji. Metody leczenia powinny być dostępne.

2. Psychoterapia indywidualna i (jeżeli to możliwe) grupowa pozwoli pacjentom na pełniejsze uświadomienie sobie swojej tożsamości płciowej i zrozumienie, czy chcą oni rozpocząć, kontynuować lub zrezygnować z leczenia.

3. W zależności od wariantu zaburzeń identyfikacji płciowej i ich nasilenia, terapia psychospołeczna może być stosowana w formie treningu funkcji poznawczych, treningu rozwiązywania problemów, treningu interakcji interpersonalnych, treningu umiejętności komunikacyjnych, treningu pozytywnego postrzegania siebie i pewności.

4. Działania psychoedukacyjne mają na celu stworzenie sojuszu terapeutycznego, aktywizację pacjenta, stosowanie się do zaleceń lekarza, włączenie bliskich w leczenie i przywrócenie jakości życia pacjenta.

5. Prowadzenie psychoterapii rozwiązywania problemów.

Pożądane

1. Terapia rodzinna

2. Leczenie szpitalne

Uzasadnienie

Zabiegi chirurgiczne w celu zmiany (korekty) przynależności płciowej wykonywane są zazwyczaj w warunkach szpitalnych, są kontynuacją terapii hormonalnej w celu pozbawienia pacjenta zaburzeń identyfikacji płciowej spowodowanych obecnością pierwotnych lub wtórnych cech płciowych poprzez ich usunięcie lub doprowadzenie jego wyglądu do cech płciowych płci przeciwnej.

Ten rodzaj leczenia jest pożądanym, ale nie obowiązkowym dla osób, które zmieniły/zmieniają swoją przynależność płciową.

Chirurdzy odpowiedzialni za poważne, nieodwracalne operacje nie mogą polegać na opiniach poprzednich specjalistów i powinni przekonać się, że wybrana procedura jest odpowiednia dla pacjenta.

Wymagane działania

Pożądane

1. Przygotowanie przedoperacyjne pacjentów (wymagania ogólne):

– Poinformować pacjenta o konsekwencjach zabiegu chirurgicznego, w tym o ryzyku i możliwych powikłaniach; omówić kwestie związane z rozrodnością, zwłaszcza jeżeli zabieg trwale pozbawia funkcji rozrodczych; uzyskać świadomą zgodę pacjenta na zabieg operacyjny.

– Na 1 miesiąc przed zabiegiem przerwać przyjmowanie hormonów.

– Morfologia krwi i ogólne badanie moczu, biochemiczne badanie krwi, EKG, krew na markery HIV.

– Likwidacja ognisk zakaźnych (zęby próchnicowe, procesy zapalne w zatokach przynosowych, uszach). Zaprzestanie przyjmowania leków przeciwzakrzepowych.

2. Przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych:

Dla pacjentów MtF:

1) Dwustronna orchidektomia;

2) Penektomia;

3) Emaskulacja;

4) Mammoplastyka;

5) Feminizujące operacje plastyczne twarzy:

– zmniejszenie czoła i kości brwiowych oraz obniżenie poziomu linii włosów na głowie;

– rhinoplastyka;

– podkreślenie kości policzkowych poprzez wszczepienie syntetycznego lub tłuszczowego wypełniacza w policzki;

– korekta kształtu uszu i zmiana ich położenia;

– podniesienie górnej wargi;

– ukształtowanie krótszego, węższego podbródka;

– chondrolaryngoplastyka – usunięcie lub zmniejszenie wystającego fragmentu w przedniej części chrząstki tarczowej.

Dla pacjentów FtM:

1) Histerektomia;

2) Mastektomia;

- 3) Owariektomia;
- 4) Maskulinizujące operacje plastyczne twarzy.

3. Opieka pooperacyjna i rehabilitacja pacjenta w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego. W razie potrzeby leczenie powikłań.

3. Hospitalizacja

Uzasadnienie

W razie potrzeby w celu przeprowadzenia badań mających na celu ustalenie rozpoznania pacjenci z zaburzeniami identyfikacji płciowej mogą być hospitalizowani w szpitalu psychiatrycznym przez co najmniej 2 tygodnie.

4. Rehabilitacja

Uzasadnienie

Rehabilitacja pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej nie jest wymagana, chyba że HTZ i zabiegi operacyjne nie satysfakcjonują i pacjent ponownie odczuwa niezadowolenie ze swojej roli płciowej.

W zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego prowadzona jest również rehabilitacja pooperacyjna pacjentów.

Wymagane działania

Rehabilitacja prowadzona jest z wykorzystaniem metod psychoterapii określonych w p. 4.5. rozdziału IV.

3. TRZECIORZĘDOWA (WYSOKOSPECJALISTYCZNA) OPIEKA MEDYCZNA

1). Profilaktyka podstawowa

Uzasadnienie

Nie ma opartych na dowodach podstaw dotyczących specyficznych metod profilaktyki zaburzeń identyfikacji płciowej.

Wymagane działania

1. Zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia, ogólnych zasad samopomocy i samodzielnej korekcji wpływu czynników społecznych i psychologicznych, które mogą doprowadzić do rozwoju zaburzeń identyfikacji płciowej.

2. Informowanie pacjentów o różnorodności tożsamości płciowych i ekspresji płciowej oraz o różnych możliwościach, dostępnych w celu złagodzenia zaburzeń identyfikacji płciowej.

3. Zalecenia dla pacjenta dotyczące zbadania różnych możliwości w celu odnalezienia komfortowej roli płciowej i samoekspresji, przygotowania do podjęcia w pełni uzasadnionej decyzji dotyczącej dostępnych interwencji medycznych, jeżeli to jest niezbędne.

4. Odesłanie do zasobów pomocy wzajemnej społeczności transpłciowej.

5. U pacjentów w wieku dziecięcym i nastolatków profilaktyka ukierunkowana jest na zrozumienie przez pacjenta swojej tożsamości, jak również na oddziaływanie na mikro- i makrootoczenie dziecka czy nastolatka poprzez informowanie go o transpłciowości jako całkowicie normalnym zjawisku w zachowaniu człowieka.

2). Diagnostyka

Uzasadnienie

Celem diagnostyki w placówkach ZOZ świadczących trzeciorzędową opiekę zdrowotną jest udzielanie konsultacji w celu doprecyzowania rozpoznań.

Diagnostyka wykonywana jest na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo na podstawie skierowania lekarskiego.

1. Metody kliniczno-anamnestyczne i psychopatologiczne

Uzasadnienie

W etiologii objawów zaburzeń identyfikacji płciowej równie ważne jest uwzględnienie czynników, które ją utrzymują lub nasilają, ponieważ stanowią one potencjalne cele interwencji.

Wymagane działania

1. Gromadzenie i ocena informacji (informacje demograficzne o pacjencie i jego rodzinie, ocena dolegliwości zdrowotnych i cechy (możliwości) samorealizacji psychospołecznej pacjenta).

2. Zebranie wywiadu chorobowego z oceną dynamiki, cech szczególnych życia pacjenta, światopoglądu, kształtowania się pacjenta jako osoby. Uwzględnić się psychotraumatyczne momenty życia pacjenta, cechy szczególne jego rozwoju pod względem fizycznym i psychicznym, choroby somatyczne występujące w ciągu jego życia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na te, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na układ nerwowy (urazy, zatrucia itp.). Zwraca się uwagę na złe nawyki; czynniki społeczne, które mogą wpływać na nastrój; dostępność wsparcia społecznego; psychologiczne i społeczne czynniki amortyzacyjne.

3. Badanie kliniczno-psychopatologiczne stanu psychicznego pacjenta z wykorzystaniem ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego z opisem stanu psychicznego.

2. Metody badań instrumentalnych

Uzasadnienie

Rentgenografia mózgu może ujawnić guzy lub konsekwencje urazów, które mogły uwarunkować zaburzenia z objawami zaburzeń identyfikacji płciowej w tle.

Wymagane działania

Pożądana (jeżeli jest niezbędne przeprowadzenie diagnostyki różnicowej z zaburzeniami psychopatologicznymi):

- 1) elektroencefalografia;
- 2) TK, MRI;
- 3) badanie ultrasonograficzne.

3). Metody badań laboratoryjnych

Uzasadnienie

Zaburzenia identyfikacji płciowej mogą być spowodowane zaburzeniami genetycznymi.

Badania te nie mają jednak same w sobie wartości diagnostycznej i mogą być wykorzystywane w diagnostyce różnicowej.

Wymagane działania

Pożądana (jeżeli jest niezbędne przeprowadzenie diagnostyki różnicowej z zaburzeniami genetycznymi): kariotypowanie.

2. Leczenie szpitalne

Uzasadnienie

Zabiegi chirurgiczne w celu zmiany (korekty) przynależności płciowej wykonywane są zazwyczaj w warunkach szpitalnych, są kontynuacją terapii hormonalnej w celu pozbawienia pacjenta zaburzeń identyfikacji płciowej spowodowanych obecnością pierwotnych lub wtórnych cech płciowych poprzez ich usunięcie lub doprowadzenie jego wyglądu do cech płciowych płci przeciwnej.

Ten rodzaj leczenia jest pożądanym, ale nie obowiązkowym dla osób, które zmieniły/zmieniają swoją przynależność płciową.

Chirurdzy odpowiedzialni za poważne, nieodwracalne operacje nie mogą polegać na opiniach poprzednich specjalistów i powinni przekonać się, że wybrana procedura jest odpowiednia dla pacjenta.

Do zabiegów chirurgicznych zalicza się również operacje z zakresu korekty defektów kosmetycznych lub leczenie ciężkich powikłań, które powstały w wyniku zabiegów chirurgicznych w opiece medycznej drugorzędowej.

Wymagane działania

Pożądana

1. Przygotowanie przedoperacyjne pacjentów (wymagania ogólne):
 - poinformować pacjenta o konsekwencjach zabiegu chirurgicznego, w tym o ryzyku i możliwych powikłaniach; omówić kwestie związane z rozrodczością,

zwłaszcza jeżeli zabieg trwale pozbawia funkcji rozrodczych; uzyskać świadomą zgodę pacjenta na zabieg operacyjny;

- na 1 miesiąc przed zabiegiem przerwać przyjmowanie hormonów;
- morfologia krwi i ogólne badanie moczu, biochemiczne badanie krwi, EKG, krew na markery HIV;
- zlikwidować ogniska zakaźne (zęby próchnicowe, procesy zapalne w zatokach przynosowych, uszach). Zaprzestać przyjmowania leków przeciwzakrzepowych.

2. Przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych:

Dla pacjentów MtF:

- feminizująca waginoplastyka metodami inwersji prącia czy kolowaginoplastyki;
- w razie potrzeby – kłitoroplastyka, labioplastyka;
- zabiegi mające na celu feminizację głosu poprzez zmniejszenie fałdów głosowych i wydłużenie przedniej części głośni.

Dla pacjentów FtM:

- waginektomia;
- uretropolastyka;
- falloplastyka;
- metoidioplastyka;
- protezowanie jąder i/lub skrotoplastyka.

3. Opieka pooperacyjna i rehabilitacja pacjenta, w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego. W razie potrzeby leczenie powikłań i korekta defektów kosmetycznych.

IV. OPIS ETAPÓW OPIEKI MEDYCZNEJ

1. Diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej w ZOZ świadczących drugorzędową i trzeciorzędową opiekę zdrowotną

Zaburzenia identyfikacji płciowej charakteryzują się trwałym cierpieniem i dyskomfortem wynikającym z rozbieżności między własnym ciałem i/lub rolą płciową a poczuciem własnej tożsamości płciowej.

Zaburzenia identyfikacji płciowej mają wiele przejawów, które różnią się w zależności od pacjenta. Przejawy powinny być brane pod uwagę przy ocenie pacjenta, ale stanowią one bardziej tło, na którym rozwinęła się choroba, niż objaw zaburzeń identyfikacji płciowej.

Osoby transpłciowe mogą mieć szeroki zakres orientacji seksualnej, dlatego aspekt orientacji seksualnej i preferencji seksualnych powinien być brany pod uwagę przy ocenie pacjenta z zaburzeniami identyfikacji płciowej w celu opracowania

najskuteczniejszego planu leczenia. Nie może być jednak podstawą do odmowy świadczenia usług medycznych lub podjęcia decyzji o zmianie przynależności płciowej.

Manifestacja zaburzeń identyfikacji płciowej może być przyczyną rozwoju innych zaburzeń psychopatologicznych, najczęściej o charakterze depresyjnym, zarówno jak i same zaburzenia identyfikacji płciowej w poszczególnych przypadkach mogą być wtórne do jakiegokolwiek choroby. Dlatego lekarz przeprowadzający diagnostykę powinien maksymalnie ocenić stan psychiczny pacjenta. W przypadku, gdy stan ten jest spowodowany zaburzeniem lub chorobą psychopatologiczną, powinien podjąć działania zmierzające do jej stabilizacji i kontroli, a następnie udzielać pomocy medycznej w zakresie leczenia zaburzeń identyfikacji płciowej. W przypadkach, gdy zaburzenia są spowodowane zaburzeniami identyfikacji płciowej, należy podejmować działania w celu ich leczenia w procesie udzielania pomocy medycznej w zakresie leczenia zaburzeń identyfikacji płciowej.

Możliwe problemy obejmują lęk, depresję, samookaleczenia, obrażanie i znieważanie, persewacje behawioralne, nadużywanie alkoholu lub narkotyków, problemy seksualne, zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne i zaburzenia autystyczne. Lekarze psychiatrzy powinni zidentyfikować te i inne problemy związane ze zdrowiem psychicznym i uwzględnić je w ogólnym planie leczenia. Problemy te mogą stanowić istotne źródło dystresu, a nieleczone mogą utrudniać odkrywanie tożsamości seksualnej i pozbycie się zaburzeń identyfikacji płciowej. Zajęcie się tymi problemami może znacznie ułatwić pozbycie się zaburzeń identyfikacji płciowej, ewentualną zmianę roli płciowej, podejmowanie świadomych decyzji dotyczących interwencji medycznych i poprawić jakość życia.

Zaburzeniom identyfikacji płciowej mogą towarzyszyć inne problemy psychologiczne lub psychopatologiczne. Dlatego ważne jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej zaburzeń identyfikacji płciowej i stanów, które mają podobne objawy, takich jak dysmorfofobia, która przejawia się w fascynacji osoby wyobrażeniami o własnej kastracji, penektomii lub klitoridektomii.

Ocena jest przeprowadzana w trybie ambulatoryjnym poprzez wizyty u lekarza psychiatry przez okres co najmniej 2 lat.

Istnieje możliwość, w razie potrzeby, przeprowadzenia oceny pacjenta w warunkach szpitala psychiatrycznego.

Wstępna ocena pacjentów z możliwymi zaburzeniami identyfikacji płciowej obejmuje somatyczne i psychopatologiczne badanie stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem historii psychoseksualnej i bieżącego funkcjonowania. Na-

leży zbadać aktywność umysłową w ciągu całego życia, w tym ewentualną historię zaburzeń. Powinny być zidentyfikowane i odnotowane wspomnienia dotyczące płci z dzieciństwa, zachowania z okresu dzieciństwa i wieku nastoletniego oraz związek transpłciowości z ewentualnym ukierunkowaniem erotycznym. Opisywane są podejmowane przez pacjenta próby dostosowania się do kulturowych oczekiwań dotyczących płci, istniejących w społeczeństwie. Badany jest obecny stan rodzinny lub inny stan relacji, omawiana jest sytuacja rodzinna, jakie kroki w zakresie procesu korekty płci zostały już podjęte, czy pacjent stosuje substancje psychoaktywne.

Obecność zaburzeń identyfikacji płciowej ustala się zgodnie z kryteriami DSM-V (załącznik 4) i stawia się rozpoznanie objawowe uwzględniające specyfikę objawów klinicznych. Sformułowanie rozpoznania objawowego:

- Transseksualizm;
- Transwestytyzm o typie podwójnej roli;
- Zaburzenia identyfikacji płciowej wieku dziecięcego;
- Inne zaburzenia identyfikacji płciowej;
- Zaburzenia identyfikacji płciowej nieokreślone;
- Transwestytyzm fetyszystyczny.

Nierzadko zdarza się, że u pacjenta występują kryteria wspólne dla kilku jednostek nozologicznych, a także, że pacjent może odczuwać dyskomfort związany z zaburzeniami identyfikacji płciowej na podstawie kryteriów niezwiązanych z transseksualizmem.

Samo rozpoznanie nie powinno być traktowane jako psychopatologia ani przez lekarza, ani przez pacjenta. Opisuje ono jedynie cechy jednostki, jej zróżnicowanie pod względem płci i powinno być brane pod uwagę przy wspólnym z pacjentem tworzeniu indywidualnego planu opieki medycznej.

W celu wyjawienia pacjentów z wysokim ryzykiem popełnienia samobójstwa, każdemu pacjentowi należy zadać pytanie: „Jak często w ostatnim miesiącu pojawiały się u Pana/Pani myśli o popełnieniu samobójstwa?”

Jeżeli żadne z powyższych rozpoznań nie zostanie potwierdzone, należy rozważyć możliwość wystąpienia zaburzeń psychopatologicznych, których tłem są zachowania transpłciowe.

2. Wskazania do skierowania do lekarza psychiatry (lekarza psychologa / lekarza psychoterapeuty)

- przejawy zaburzeń identyfikacji płciowej zgodnie z jednym z rozpoznań objawowych;

– ciężka depresja (wyraźne niedostosowanie w związku z zaburzeniami identyfikacji płciowej);

– życzenie pacjenta.

Pacjenci z zaburzeniami identyfikacji płciowej powikłanymi depresją, której towarzyszy ryzyko popełnienia samobójstwa lub zagrożenie zastosowaniem przemocy względem otoczenia, są niezwłocznie kierowani do drugorzędowej opieki zdrowotnej.

3. Wybór strategii i algorytmu leczenia

1. Wszyscy pacjenci z zaburzeniami identyfikacji płciowej wymagają indywidualnego podejścia do leczenia, uwzględniającego nasilenie zaburzeń identyfikacji płciowej i cechy psychospołeczne.

2. Wszystkim pacjentom zaleca się przestrzeganie regularnego rytmu dnia, higieny snu, zasad racjonalnego odżywiania oraz regularnej aktywności fizycznej.

3. Ważnym zadaniem lekarza psychiatry jest informowanie pacjentów o różnorodności tożsamości płciowych i ekspresji płciowej oraz o różnych możliwościach, dostępnych w celu złagodzenia zaburzeń identyfikacji płciowej. Lekarz psychiatra może ułatwić pacjentowi zbadanie tych różnych możliwości w celu odnalezienia komfortowej roli i samoekspresji oraz przygotowania do podjęcia w pełni uzasadnionej decyzji. Proces ten może obejmować skierowanie na psychoterapię indywidualną, rodzinną lub grupową i/lub do zasobów społeczności transpłciowej i środków pomocy wzajemnej. Lekarz psychiatra i pacjent omawiają konsekwencje, krótko- i długoterminowe, wszelkich zmian w roli płciowej oraz korzyści płynące z interwencji medycznych. Konsekwencje te mogą być psychologiczne, społeczne, fizyczne, seksualne, zawodowe, finansowe i prawne.

4. Lekarz psychiatra opracowuje i uzgadnia z pacjentem Indywidualny plan badań i leczenia (IPBiL). Uzgodnienie polega na podpisaniu przez pacjenta swojego zobowiązania do przestrzegania procedur określonych w IPBiL.

IPBiL jest opracowywany zgodnie z wynikami oceny, z uwzględnieniem rozpoznania związanego z zaburzeniami identyfikacji płciowej oraz życzenia pacjenta dotyczącego niezbędnych działań i interwencji medycznych zalecanych przez obowiązujący UPKOM.

IPBiL powinien zawierać następujące informacje: Dane wyjściowe o pacjencie; Przewidziane środki i interwencje medyczne; Daty wskazujące na zalecenie środka lub interwencji; Data wykonania środka lub interwencji; Wyniki środków lub interwencji.

W zależności od powodzenia działań leczniczych i interwencji medycznych, IPBiL może zostać skorygowany. Wszelkie zmiany w IPBiL są uzgadniane i poświadczane podpisem pacjenta.

5. Lekarz psychiatra omawia z pacjentem możliwość rozpoczęcia procesu korekty płci. Uzgadniają również datę rozpoczęcia i zapisują ją w IPBiL oraz omawiają częstotliwość wizyt pacjenta u lekarza psychiatry w celu bieżącego monitorowania procesu leczenia.

W trakcie procesu korekty płci następuje adaptacja społeczna pacjenta w pożądaną rolę płciową.

Rolą lekarza psychiatry w procesie korekty płci jest pomoc pacjentowi we właściwym ukierunkowaniu procesu korekty, tak aby środowisko pacjenta zaakceptowało go w roli płciowej, która pokrywa się z jego tożsamością.

Nie wszyscy pacjenci mogą rozpocząć proces korekty płci natychmiast po zatwierdzeniu IPBiL. Niektórzy z nich mają powody prywatne lub obawiają się utraty pracy, statusu społecznego czy konfliktu ze środowiskiem lub rodziną w domu. Z takimi pacjentami omawia się możliwość zmiany środowiska na bardziej lojalne wobec zmiany roli płciowej, proponuje się im psychoterapię w celu odkrycia własnego potencjału, a następnie podjęcie decyzji o rozpoczęciu procesu korekty płci.

Niektórzy pacjenci nie mają wystarczających cech męskich lub kobiecych, aby być postrzeganymi w pożądaną rolę płciową. Takim pacjentom proponuje się terapię hormonalną, kurs psychoterapii i inne zabiegi medyczne, które poprzedzą proces korekty płci.

6. Wszyscy pacjenci, niezależnie od rozpoznania, kierowani są na psychoterapię, której celem jest zmiana binarności płci w postrzeganiu przez pacjenta i w razie chęci zmiany przynależności płciowej, zgodnie na rozpoczęcie procesu korekty płci – terapię rozwiązywania problemów w celu bardziej pomyślnej adaptacji do pożądaną rolę płciową.

6. Pacjentom, którzy chcą zmienić przynależność płciową, proponuje się skierowanie do lekarza endokrynologa na HTZ.

7. Na prośbę pacjenta, w razie poddania się zabiegom medycznym mającym na celu korektę przynależności płciowej, a mianowicie zabiegowi chirurgicznemu, może zostać wydane Zaświadczenie lekarskie o zmianie (korekcje) przynależności płciowej.

8. Na prośbę pacjenta lekarz psychiatra ocenia skuteczność adaptacji psychospołecznej po zbiegach medycznych.

4. Cel i etapy leczenia

Tradycyjnie etapy leczenia dzieli się na leczenie aktywne, leczenie długoterminowe (stabilizujące) i leczenie podtrzymujące (zapobiegawcze).

Ostatecznym celem leczenia jest osiągnięcie remisji, co oznacza nie tylko brak objawów (w rozumieniu braku zgodnie z kryteriami rozpoznania choroby, a także brak lub obecność minimalnych objawów resztkowych), ale także wyraźną poprawę w zakresie funkcjonowania psychospołecznego i zatrudnienia. Cele pośrednie polegają na dalszej stabilizacji i zapobieganiu nawrotom, eliminacji cech subsyndromalnych i przywrócenie poprzedniego poziomu funkcjonalnego. Celem długoterminowym jest zapobieganie kolejnym epizodom, utrzymanie zdolności funkcjonalnych i zadowalającej jakości życia.

Jednak najważniejszym celem na wszystkich etapach leczenia jest zapobieganie samobójstwu jako najgroźniejszemu skutkowi depresji spowodowanej zaburzeniami identyfikacji płciowej.

Bardzo ważne jest, aby regularnie śledzić i dokumentować osiągnięcie celów leczenia, ponieważ od tego zależą decyzje dotyczące dalszego leczenia.

Kryteria (podstawy) dla rozpoczęcia jakiegokolwiek leczenia są następujące:

- gotowość pacjenta do podjęcia leczenia;
- uporczywe zaburzenia identyfikacji płciowej;
- wiek co najmniej 14 lat (w razie leczenia osoby małoletniej wymagana jest pisemna zgoda przedstawicieli ustawowych (rodziców, opiekunów));
- zdolność pacjenta do podejmowania świadomych decyzji i wyrażania zgody na leczenie;
- podpisanie świadomej zgody na leczenie.

5. Psychoterapia

Psychoterapia nie ma na celu zmiany tożsamości płciowej osoby; raczej psychoterapia może pomóc osobie w zbadaniu problemów związanych z płcią i znalezieniu sposobów na złagodzenie zaburzeń identyfikacji płciowej, jeżeli takie występują. W oparciu o ogólny cel leczenia, jakim jest pomoc pacjentowi w osiągnięciu długotrwałego komfortu w wyrażaniu swojej tożsamości płciowej, z realnymi szansami na sukces w związkach, edukacji i pracy, psychoterapia prowadzona jest na różnych etapach samodzielnie lub z HTZ, bezpośrednio w rozmowie z lekarzem lub z wykorzystaniem środków komunikacji zdalnej.

Jeżeli zaburzenia identyfikacji płciowej nie są ciężkie lub jeżeli pacjent preferuje psychoterapię, może być ona skuteczna jako monoterapia. W leczeniu ciężkich za-

burzeń identyfikacji płciowej połączenie psychoterapii i HTZ jest zwykle bardziej skuteczne, choć wymaga większych nakładów finansowych.

Pierwsza linia psychoterapii obejmuje:

- 1) terapię poznawczo-behawioralną;
- 2) terapię interpersonalną;
- 3) terapię rodzinną.

Terapia poznawczo-behawioralna w zaburzeniach identyfikacji płciowej jest psychoterapią krótkoterminową (zazwyczaj 12-16 sesji po jednej tygodniowo), skoncentrowaną na objawach, opartą na założeniu, że dyskomfort jest podtrzymywany przez zniekształcone postrzeganie siebie, otaczającego świata i przyszłości. Gdy pacjenci są w stanie rozpoznać te automatyczne schematy myślowe, uczy się ich bardziej adaptacyjnych sposobów reagowania. Cechą szczególną terapii poznawczo-behawioralnej w przypadku zaburzeń identyfikacji płciowej jest to, że pacjent powinien uświadomić sobie, że transpłciowość jest całkowicie normalnym zjawiskiem w zachowaniu człowieka. Pomoże to przewyciężyć wewnętrzną transfobię i uwolnić potencjał do dalszej socjalizacji.

Zadania terapii poznawczo-behawioralnej:

- 1) wyjaśnienie i zbadanie tożsamości płciowej i roli płciowej;
- 2) usunięcie wpływu stygmatyzacji i stresu mniejszości na zdrowie psychiczne i rozwój człowieka;
- 3) ułatwienie procesu odkrywania roli płciowej, który u poszczególnych pacjentów może obejmować zmianę ekspresji roli płciowej i stosowanie feminizujących/maskulinizujących zabiegów medycznych.

Terapia interpersonalna jest psychoterapią krótkoterminową (zazwyczaj 12-16 sesji po jednej tygodniowo), która skupia się na jednym lub kilku obszarach problematycznego funkcjonowania, w tym na zmianie ról, konfliktach ról interpersonalnych, nierozwiązanym przeżywaniu żałoby lub deficytach w relacjach interpersonalnych. Terapia interpersonalna powinna ułatwić udaną socjalizację podczas procesu korekty płci.

6. Hormonalna terapia zastępcza

HTZ jest uważana za konieczną interwencję medyczną w procesie korekty płci, z wyjątkiem sytuacji, gdy HTZ jest medycznie przeciwwskazana u danego pacjenta. O tym, że pacjent nie może stosować HTZ decyduje endokrynolog na podstawie badań laboratoryjnych i klinicznego monitorowania jego stanu.

6.1. Zasady stosowania HTZ

HTZ powinna być stosowana w kontekście odpowiedniego ogólnego podejścia klinicznego, obejmującego:

- rzetelne badanie diagnostyczne z oceną ryzyka powikłań, uwzględniające choroby współistniejące, jak również przeprowadzenie badań laboratoryjnych według wskazań;
- przekazanie pacjentowi niezbędnej informacji i nauczenie niezbędnych nawyków;
- rzetelne monitorowanie leczenia, zwłaszcza na początku stosowania HTZ;
- monitorowanie wyników leczenia;
- okresowe sprawdzenie przestrzegania przez pacjenta zasad leczenia.

6.2. Wpływ terapii hormonalnej na organizm pacjenta

Feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna spowoduje zmiany fizyczne, które są najbardziej zgodne z tożsamością płciową pacjenta (załączniki 2, 3).

Stopień i szybkość zmian fizycznych częściowo zależą od dawki, sposobu podawania i stosowanego leku, które są dobierane w zależności od specyficznych celów medycznych pacjenta (np. zmiany ekspresji roli płciowej, planu korekty płci) i działań niepożądanych. Obecnie nie ma dowodów, że odpowiedź na terapię hormonalną, być może z wyjątkiem obniżenia głosu u pacjentów FtM, można wiarygodnie przewidzieć na podstawie wieku, typu budowy ciała, pochodzenia etnicznego lub wyglądu krewnych. Przy takich samych innych czynnikach nie ma żadnych podstaw, aby sądzić, że rodzaj lub sposób podawania hormonów zalecone przez lekarza są bardziej skuteczne, niż jakiegokolwiek inne w procesie osiągnięcia pożądaných zmian fizycznych.

Lekarz endokrynolog powinien poinformować pacjenta o zmianach fizycznych, które będą spowodowane terapią hormonalną i odnotować fakt poinformowania w dokumentacji medycznej.

6.3. Omówienie zagadnień związanych z funkcjami rozrodczymi pacjenta

Lekarz endokrynolog powinien poinformować pacjenta o możliwej utracie funkcji rozrodczych i przedstawić zalecenia dotyczące dostępu do technik wspomaganego rozrodu (patrz p. 4.10 rozdziału IV).

6.4. Leczenie hormonalne

1) Pacjenci MtF

Prawidłowe zakresy endokrynologiczne różnią się w zależności od laboratorium ze względu na różne techniki analityczne, które nie zawsze są ze sobą zgodne. Lekarze endokrynolodzy powinni korzystać z informacji z lokalnego laboratorium przy interpretacji podanych wyników.

Przed rozpoczęciem leczenia lekarz endokrynolog powinien poinformować pacjenta o ryzyku wystąpienia chorób, które może wywołać terapia hormonalna. Informacje o zagrożeniach związanych z feminizującą/maskulinizującą terapią hormonalną u pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej zostały podane w Załączniku 1. Ponadto pacjenci powinni być poinformowani o konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia: zaprzestania palenia tytoniu, spożywania alkoholu, odpowiedniej aktywności fizycznej, zbilansowanej diety itp. Fakt przekazania informacji powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

Badania, które należy wykonać przed rozpoczęciem leczenia:

Ciężnienie tętnicze krwi, morfologia krwi, ogólne badanie kliniczne moczu, biochemiczne badanie krwi z oznaczeniem prób czynnościowych wątroby, poziomu glukozy, elektrolitów, lipidów, stężenie w surowicy tyroksyny T4, hormonu tyreotropowego, testosteronu, estradiolu (poniżej 100 pmol/l) i prolaktyny (50-400 mU/l).

Schemat leczenia:

Estradiol 10-60 µg doustnie, estradiol w żelu (3-4 razy dziennie) lub estradiol w plastrze transdermalnym (50-150 µg, 2-4 razy w tygodniu), lub heksestrol (w szczególności u pacjentów powyżej 40. roku życia)

w połączeniu z:

– **analogiem GnRH** (wstrzyknięcie podskórne 3,6 mg co 4 tygodnie lub 10,8 mg podskórnie co 12 tygodni) lub

– **antyandrogenami**: cyproteron (50-100 mg doustnie) lub bikalutamid (12 mg doustnie).

Dawkowanie estrogenów zależy od wyników monitorowania poziomów krążącego estradiolu, stosowanego leku oraz cech i stanu organizmu pacjenta.

W razie potrzeby dodatkowo można zastosować:

– **spironolakton** (100-400 mg doustnie) w celu zablokowania dodatkowych receptorów androgenowych;

– **medroksyprogesteron** (100 mg doustnie dwa razy na dobę) lub **didrogesteron** (10 mg doustnie dwa razy na dobę);

– **finasteryd** (5 mg doustnie) – w celu zablokowania konwersji testosteronu do bardziej aktywnego dihydrotestosteronu, co może zapobiec utracie włosów na głowie i zależnemu od testosteronu owłosieniu na ciele.

Monitorowanie stanu pacjentów MtF:

Monitorowanie odbywa się raz na 6 miesięcy przez 3 lata, a następnie corocznie w zależności od ocen i wyników klinicznych.

Podczas planowej wizyty wykonywane są następujące badania: pomiar ciśnienia tętniczego, morfologia krwi, ogólne badanie kliniczne moczu, biochemiczne badanie krwi z oznaczeniem prób czynnościowych wątroby, poziomu glukozy, elektrolitów, lipidów, testosteronu, estradiolu w ciągu 24 godzin po przyjęciu tabletki lub 48 godzin po zastosowaniu transdermalnym (poziomy powinny być w górnej połowie normalnego zakresu pęcherzykowego, 300-400 pmol/l) i prolaktyny (poniżej 400 mU/l).

Monitorowanie skuteczności i ryzyka feminizującej terapii hormonalnej u pacjentów MtF:

Najlepszą oceną skuteczności leczenia hormonalnego jest odpowiedź kliniczna: czy ciało pacjenta przekształca się w kobiece, przy jednoczesnym minimalizowaniu męskich cech płciowych? W celu określenia dawek hormonów, które pozwolą osiągnąć odpowiedź kliniczną, mogą być mierzone poziomy testosteronu i estradiolu.

Monitorowanie zjawisk niepożądanych powinno obejmować ocenę kliniczną stanu pacjenta oraz badania laboratoryjne. Dalsze postępowanie obejmuje rzetelną ocenę obecności objawów zaburzeń sercowo-naczyniowych i żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej poprzez pomiar ciśnienia tętniczego, masy ciała i tętna, badanie serca i płuc, badanie kończyn pod kątem obrzęków obwodowych, miejscowych obrzęków lub bólu. Wykaz badań laboratoryjnych jest uzależniony od ryzyka terapii hormonalnej, obecności indywidualnych chorób, czynników ryzyka u pacjenta, schematu terapii hormonalnej.

Cechy terapii hormonalnej po zabiegu chirurgicznym obejmującym gonadektomię:

– Odstawienie hormonów na 4 tygodnie przed zabiegiem i podanie jednej dawki analogu GnRH (3,6 mg podskórnie). Odrost włosów może nastąpić, jeżeli działanie analogu GnRH ustanie po około 4 tygodniach.

– Przyjmowanie hormonów nie powinno być wznawiane w ciągu 4 tygodni po operacji, jeżeli nie wystąpią powikłania, a mianowicie tabletki z estradiolem lub plastry transdermalne dla pacjentów powyżej 40 roku życia.

– Dalsze stosowanie antyandrogenów po gonadektomii zwykle nie jest konieczne, ale androgeny mogą być nadal nadprodukowane przez nadnercza – w takim przypadku finasteryd może być przepisany po około 6 miesiącach, jeżeli działanie androgenów już przedtem powodowało problemy.

– Konieczna jest obserwacja w kierunku raka piersi i prostaty.

– Endokrynologiczne badania laboratoryjne wykonuje się raz na 6 miesięcy przez 3 lata, potem co roku, jeżeli nie ma powikłań.

2). Pacjenci FtM

Niezbędne badania przed rozpoczęciem leczenia:

Ciśnienie tętnicze krwi, morfologia krwi, ogólne badanie kliniczne moczu, biochemiczne badanie krwi z oznaczeniem prób czynnościowych wątroby, poziomu glukozy, elektrolitów, lipidów, wolnego T4 w surowicy, hormonu tyreotropowego, prolaktyny (poziom poniżej 400 mU/l), estradiolu w surowicy krwi i poziom testosteronu.

Schemat leczenia:

Dla pacjentów w wieku 18 lat i starszych:

– **analog GnRH** (wstrzyknięcie podskórne 3,6 mg co 4 tygodnie lub 10,8 mg podskórnie co 12 tygodni) w połączeniu z **testosteronem**.

Dla pacjentów w wieku poniżej 18 lat:

– odwracalna HTZ – **analog GnRH** (3,6 mg podskórnie raz na 4 tygodnie lub 10,8 mg podskórnie co 12 tygodni);

– częściowo odwracalna HTZ (za zgodą przedstawiciela ustawowego w zakresie procesu korekty płci po ukończeniu 18 lat) – **analog GnRH** (3,6 mg podskórnie raz na 4 tygodnie lub 10,8 mg podskórnie co 12 tygodni) w połączeniu z preparatami **estrogenów** lub **androgenów**.

Dawka androgenów zależy od zastosowanego preparatu testosteronu i cech szczególnych organizmu i stanu pacjenta

Monitorowanie stanu pacjentów FtM:

Monitorowanie odbywa się co 6 miesięcy przez 3 lata, a następnie co roku w zależności od ocen i wyników klinicznych.

Podczas planowej wizyty wykonywane są następujące badania: pomiar ciśnienia tętniczego, morfologia krwi, ogólne badanie kliniczne moczu, biochemiczne badanie krwi z oznaczeniem prób czynnościowych wątroby, poziomu glukozy, elektrolitów, lipidów, testosteronu (<10 nmol/l), estradiolu (poniżej 70 pmol/l) i prolaktyny (poniżej 400 mU/l). Jeżeli testosteron jest przyjmowany doustnie, należy zmierzyć poziom dihydrotestosteronu w ciągu 3-4 godzin po przyjęciu leku.

Ocena i zmiany ryzyka maskulinizującej terapii hormonalnej u pacjentów FtM:

Bezwzględny przeciwwskazaniem do terapii testosteronem jest ciąża, niestabilna choroba wieńcowa oraz nieleczona policytomia z hematokrytem 55% lub wyższym. Ponieważ transformacja testosteronu w estrogen może zwiększać ryzyko u pacjentów z rakiem piersi lub innymi nowotworami estrogenozależnymi w wywiadzie, przed rozpoczęciem terapii hormonalnej konieczna jest konsultacja lekarza onkologa. Choroby towarzyszące, które mogą nasilić się z powodu przyjmo-

wania testosteronu, powinny być ocenione i leczone, najlepiej przed rozpoczęciem terapii hormonalnej. Konsultacja lekarza kardiologa może być wskazana u pacjentów z chorobami układu krążenia lub naczyń mózgowych.

U pacjentów FtM odnotowano zwiększoną częstotliwość występowania zespołu policystycznych jajników, nawet przy braku stosowania testosteronu. Choć nie ma dowodów na związek między zespołem policystycznych jajników a transpłciowością, zespół policystycznych jajników wiąże się ze zwiększonym ryzykiem cukrzycy, chorób serca, nadciśnienia tętniczego oraz raka jajnika i endometrium. Cechy i objawy zespołu policystycznych jajników powinny być ocenione przed rozpoczęciem terapii testosteronem, ponieważ testosteron może powodować wiele z tych chorób. Testosteron może wpływać na rozwijający się płód, dlatego pacjenci z ryzykiem zajścia w ciążę powinni stosować wysoce skuteczną profilaktykę ciążową.

Podstawowe wyniki laboratoryjne są ważne dla oceny zarówno początkowego ryzyka, jak i możliwych przyszłych zjawisk niepożądanych. Podstawowe dane laboratoryjne powinny być oparte na ryzykach związanych z feminizującą terapią hormonalną, opisanych w Załączniku 1, jak również indywidualnych czynnikach ryzyka pacjenta, w tym wywiadzie rodzinnym.

Monitorowanie skuteczności i ryzyka maskulinizującej terapii hormonalnej u pacjentów FtM:

Najlepszą oceną skuteczności leczenia hormonalnego jest odpowiedź kliniczna: Czy ciało pacjenta przekształca się w męskie, przy jednoczesnym minimalizowaniu cech kobiecych? Lekarze endokrynolodzy mogą osiągnąć dobry efekt kliniczny z najmniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia działań niepożądanych, utrzymując poziom testosteronu w prawidłowym męskim zakresie, unikając poziomów ponadfizjologicznych. U pacjentów stosujących testosteron domięśniowo niektórzy lekarze sprawdzają dolne poziomy testosteronu, podczas gdy inni wolą sprawdzać poziomy w trakcie cyklu.

Monitorowanie zjawisk niepożądanych powinno obejmować ocenę kliniczną stanu pacjenta oraz badania laboratoryjne. Dalsze postępowanie obejmuje rzetelną ocenę obecności objawów zaburzeń sercowo-naczyniowych i żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej poprzez pomiar ciśnienia tętniczego, masy ciała i tętna, badanie serca i płuc, badanie kończyn pod kątem obrzęków obwodowych, miejscowych obrzęków lub bólu. Wykaz badań laboratoryjnych jest uzależniony od ryzyka terapii hormonalnej, obecności indywidualnych chorób, czynników ryzyka u pacjenta, schematu terapii hormonalnej.

7. Zabiegi chirurgiczne

7.1. Skierowanie na zabiegi chirurgiczne

Skierowanie na zabiegi chirurgiczne powinno odbywać się w kontekście odpowiedniego ogólnego podejścia klinicznego, w tym:

- rzetelne badanie diagnostyczne z oceną ryzyka powikłań, uwzględniające choroby współistniejące, jak również przeprowadzenie badań laboratoryjnych według wskazań;
- przekazanie pacjentowi niezbędnej informacji i nauczanie niezbędnych nawyków;
- rzetelne monitorowanie leczenia i jego wyników.

7.2. Podstawy dla zabiegu chirurgicznego:

- życzenie pacjenta;
- formularz nr 027/o.

7.3. Omówienie zagadnień związanych z funkcjami rozrodczymi pacjenta

Lekarz chirurg powinien mieć świadomość, że zabiegi chirurgiczne są niezwykle ważne dla pacjentów i powinny być traktowane jako pożądane usunięcie anomalii, które poprawi jakość życia pacjenta.

Lekarz chirurg powinien poinformować pacjenta o całkowitej utracie funkcji rozrodczych w wyniku niektórych interwencji chirurgii rekonstrukcyjnej narządów płciowych i przedstawić zalecenia dotyczące dostępu do technik wspomaganego rozrodu (patrz p. 4.10 rozdziału IV).

7.4. Kryteria kwalifikujące do niektórych rodzajów zabiegów chirurgicznych

Dla pacjentów FtM:

– Rekonstrukcja piersi (mastektomia). W przypadku histerektomii i/lub usunięcia przydatków macicy pacjent powinien posiadać wyciąg z dokumentacji medycznej pacjenta ambulatoryjnego (szpitalnego) na formularzu 027/o, który potwierdza posiadanie rozpoznania związanego z zaburzeniami identyfikacji płciowej. Dodatkowym kryterium kwalifikacji do tego typu zabiegu, oprócz ogólnych określonych w p. 4.7 rozdziału V jest odbycie przez 12 miesięcy ciągłej HTZ, jeżeli jest to konieczne (chyba że pacjent ma przeciwwskazania medyczne lub nie przyjmuje hormonów z innych powodów).

– Waginektomia, uretroplastyka, falloplastyka, metoidoplastyka, proteza jądra i/lub skrotoplastyka – 12 miesięcy ciągłej HTZ, jeżeli jest to konieczne (chyba że pacjent ma przeciwwskazania medyczne lub nie przyjmuje hormonów z innych powodów) oraz co najmniej 12 miesięcy ciągłego życia w roli płciowej zbieżnej z tożsamością płciową.

Dla pacjentów MtF:

– Mammoplastyka – 18 miesięcy terapii hormonalnej przed operacją powiększenia piersi, aby zmaksymalizować wzrost piersi i uzyskać lepsze efekty estetyczne.

– Penektomia, orchidektomia, emaskulacja, waginoplastyka, kłitoroplastyka i/ lub labioplastyka – 12 miesięcy ciągłej HTZ, jeżeli to konieczne (chyba że pacjent ma przeciwwskazania medyczne lub nie przyjmuje hormonów z innych powodów) oraz co najmniej 12 miesięcy ciągłego życia w roli płciowej zbieżnej z tożsamością płciową.

– Inne zabiegi chirurgiczne wymienione w tym rozdziale wykonywane są zgodnie z głównymi kryteriami kwalifikacji do zabiegu chirurgicznego.

7.5. Przygotowanie przedoperacyjne jest wspólne dla wszystkich rodzajów zabiegów chirurgicznych:

- na 1 miesiąc przed zabiegiem przerwać przyjmowanie hormonów;
- leczyć choroby ostre i choroby przewlekłe w fazie zaostrzenia;
- badania laboratoryjne: morfologia krwi, ogólne badanie moczu, biochemiczne badanie krwi, EKG, krew na markery HIV;
- zlikwidować ogniska zakaźne (zęby próchnicowe, procesy zapalne w zatokach przynosowych, uszach). Zaprzestać przyjmowania leków przeciwzakrzepowych.

8. Dalsze postępowanie i ogólna opieka medyczna

Badania piersi są zalecane zgodnie z odpowiednimi dokumentami medyczno-technologicznymi.

Pacjentom MtF należy zaproponować zalecenia zależne od choroby prostaty, ponieważ prostatektomia nie jest częścią chirurgii rekonstrukcyjnej narządów płciowych.

Pacjentom FtM należy zaproponować regularne badania przesiewowe w kierunku chorób szyjki macicy oraz badania cytologiczne szyjki macicy zgodnie z odpowiednimi dokumentami medyczno-technologicznymi.

Ze względu na zwiększone ryzyko utraty masy kostnej w wyniku leczenia, w razie potrzeby należy zaoferować densytometrię kości, zgodnie z odpowiednimi dokumentami medyczno-technologicznymi.

9. Specyfika sprawowania opieki medycznej nad dziećmi z zaburzeniami identyfikacji płciowej (przejawami dyskomfortu spowodowanymi rozbieżnością między płcią przypisaną im przy urodzeniu i związaną z nią rolą płciową a autopercepcją płci i zachowaniami płciowymi)

9.1. Obraz kliniczny zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci i młodzieży.

Niektóre osoby małoletnie, już od 2. roku życia, mogą wykazywać pewne cechy, które można uznać za przejawy dyskomfortu wynikającego z rozbieżności między płcią przypisaną im przy urodzeniu i związaną z nią rolą płciową a autopercepcją płci i zachowaniami płciowymi. Mogą one preferować ubrania, gry i zabawki, które w społeczeństwie są zwykle kojarzone z inną płcią. U większości dzieci zachowania transpłciowe i zaburzenia identyfikacji płciowej znikają przed okresem dojrzewania. Niektóre dzieci pozbywają się objawów dyskomfortu poprzez zachowania akceptowane kulturowo, na przykład poprzez modyfikację swojej ekspresji płciowej i roli płciowej, co może obejmować epizodyczne lub trwałe życie w zmienionej roli płciowej, feminizacji lub maskulinizacji ciała bez użycia leków, modyfikacji sposobu zachowania i ubioru w ramach subkultury uniseks. Jednak u niektórych nastolatków odczucia te będą się nasilać i awersja do ciała oraz do funkcji płciowych i społecznych będą wzrastać w miarę rozwoju drugorzędowych cech płciowych.

Wielu pacjentów poszukujących pomocy z powodu zaburzeń identyfikacji płciowej nie informuje o przejawach zachowań transpłciowych w dzieciństwie lub celowo skupia się na nich, aby uzyskać pożądane rozpoznanie, które pozwoli im na zmianę przynależności płciowej.

4.9.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Kompleksowe badanie diagnostyczne każdego dziecka przez lekarza rodzinnego powinno obejmować ocenę zgodności jego rozwoju psychoseksualnego z wiekiem dziecka, ze skierowaniem, w razie potrzeby, do lekarzy specjalistów, w tym lekarza endokrynologa, lekarza genetyka medycznego, lekarza ginekologa, lekarza chirurga.

Nastolatki należą do mniejszości seksualnych i płciowych bardzo często stykają się ze specyficznymi problemami rozwojowymi. Jeżeli wstępne badania przesiewowe wskazują, że kwestie orientacji seksualnej, niezgodności płciowej lub tożsamości płciowej mają znaczenie kliniczne, należy je dokładniej zbadać. Pytania dotyczące odczuć seksualnych, doświadczeń związanych z tożsamością płciową lub zachowań związanych z rolami płciowymi i tożsamością płciową mogą pomóc w wyjaśnieniu wszelkich obszarów niepokoju związanych z płcią. Informacje te powinny być zebrane podczas ogólnego wywiadu z dzieckiem i jego rodzicami, bez osądzania i bez przedwczesnych założeń dotyczących jakiegokolwiek konkretnej orientacji seksualnej. Nie można tego zapewnić np. poprzez używanie neutralnego pod względem płci języka, dopóki nastolatek nie zadeklaruje lub nie wykaże określonej orientacji seksualnej. Lekarz rodzinny wykonuje badania przesiewowe dzieci z przejawami dyskomfortu wynikającego z rozbieżności między płcią przypisaną

im przy urodzeniu i związaną z nią rolą płciową a autopercepcją płci i zachowaniami płciowymi.

Diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci poniżej 17. roku życia należy do wyłącznej kompetencji lekarza psychiatry dziecięcego. W celu zapewnienia specjalistycznej opieki psychiatrycznej, na zalecenie lekarza psychiatry dziecięcego, dziecko i jego rodzice mogą zostać skierowani przez lekarza rodzinnego do lekarza psychologa medycznego lub lekarza psychoterapeuty.

W badaniu rozwoju psychoseksualnego i orientacji seksualnej, niezgodności płciowej lub tożsamości płciowej, należy zwrócić szczególną uwagę na poufność relacji lekarz – nastolatek. Kwestie poufności są ważne w przypadku wszystkich pacjentów; szczególnie w przypadku małoletnich należących do mniejszości seksualnych i płciowych. Należy brać pod uwagę ich wcześniejsze doświadczenia, aby określić, czy mogą bezpiecznie ujawnić swoją orientację seksualną innym osobom bez obawy przed uprzedzeniami lub oceną. Jakakolwiek stygmatyzacja przy ocenie ich zdrowia psychicznego może spowodować wstyd i zniszczyć porozumienie z lekarzem.

Biorąc pod uwagę fakt, że rozwój tożsamości seksualnej jest zmienny, wskazane jest, aby to nastolatek samodzielnie określał tempo samopoznania podczas badania i terapii. Nastolatek powyżej 14. roku życia może samodzielnie zwrócić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego. Warto określić rozsądne oczekiwania dotyczące nietykalności życia prywatnego nastolatka, mechanizmy zapewniające kontrolę nad dopuszczalnym tempem ujawniania. Lekarz rodzinny powinien uwzględniać potencjalne zagrożenia dla nastolatków związane z przedwczesnym ujawnieniem ich orientacji seksualnej, takie jak odrzucenie przez rodzinę, wykluczenie z systemów wsparcia, które może wywołać kryzys.

Lekarze rodzinni powinni znać standardowe praktyki dotyczące poufności w przypadku osób małoletnich i powinni chronić poufność, gdy tylko jest to możliwe, aby zachować sojusz kliniczny. Dotyczy to zwłaszcza korzystania z mediów, rejestrowania informacji medycznych za pomocą elektronicznej dokumentacji medycznej, gdzie poufne informacje mogą być łatwo rozpowszechnione.

9.3. Zapewnienie drugorzędowej (specjalistycznej) opieki psychiatrycznej

Ocena i diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci należy do wyłącznej kompetencji lekarza psychiatry dziecięcego. Dzieci z zaburzeniami identyfikacji płciowej otrzymują rozpoznanie „zaburzenia identyfikacji płciowej wieku dziecięcego”, które po osiągnięciu pełnoletności może być zmienione zgodnie z kategoriami diagnostycznymi dla dorosłych. Istotne jest zapewnienie diagnostyki różnico-

wej tych nastolatków, którzy wykazują jedynie różnice w zachowaniach związanych z pełnieniem ról płciowych (dysydentyzm płciowy, który nie jest zaburzeniem według kryteriów DSM-IV) od tych nastolatków, których tożsamość płciowa dysocjuje z ich płcią biologiczną (zaburzenia tożsamości płciowej, którym towarzyszy wyraźny nonkonformizm płciowy).

Zapewniając specjalistyczną opiekę psychiatryczną dzieciom z zaburzeniami tożsamości płciowej, lekarz psychiatra dziecięcy powinien zbadać dynamikę rodzinną związaną z orientacją seksualną, dyskomfortem płciowym i tożsamością płciową w kontekście wartości kulturowych młodzieży, rodziny i społeczności.

Zadaniem psychiatry dziecięcego w pracy z rodziną jest zmiana jej wyobrażeń o dziecku, zapewnienie im wsparcia. Większość rodziców doświadcza dystresu, dysonansu poznawczego, lęku lub złości, poczucia straty, wstydu i poczucia winy. Z czasem większość rodziców zaczyna akceptować cechy swoich dzieci i zachowywać się względem nich bardziej tolerancyjnie, są w stanie zapewnić im potrzebne wsparcie, ale może to wymagać czasu. Klinicyści powinni ocenić przekonania rodziców na temat tego, co stanowi normalne, akceptowalne zachowanie, ich tło kulturowe oraz wszelkie błędne przekonania lub zniekształcone oczekiwania dotyczące homoseksualizmu. Błędne przekonania rodziców mogą obejmować obawy, że ich dziecko będzie miało nieuporządkowane przygodne kontakty seksualne, będzie skazane na zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, nie będzie mogło mieć dzieci, zhańbi się w oczach ludzi. W razie potrzeby lekarz psychiatra dziecięcy powinien skierować dziecko lub jego rodzinę do psychologa medycznego, lekarza psychoterapeuty. Dla rodzin w kryzysie przydatne mogą być grupy wsparcia. W przypadku patologii rodziny może być zalecana terapia rodzinna.

Dzieci często przewidują złą reakcję swoich rodziców, co zwiększa traumatyzację związaną z procesem ujawniania. Nastolatkowie odrzuceni przez rodziców może doświadczać głębokiej izolacji, co negatywnie wpływa na kształtowanie się ich tożsamości, poczucie własnej wartości, jak również zdolność do intymności; napiętnowani nastolatkowie często są skłonni do porzucania szkoły, bezdomności (co może prowadzić do wykorzystywania seksualnego lub ryzykownych zachowań seksualnych), nadużywania narkotyków i alkoholu, depresji i samobójstw. Klinicyści powinni starać się łagodzić wszelkie irracjonalne poczucie wstydu i winy, zachować empatyczność nastolatka, w miarę możliwości wspierać relacje rodzinne. Dzieci z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi powinny mieć dostęp do terapii.

Bullying osób transpłciowych ma negatywne konsekwencje dla ich zdrowia psychicznego, prowadząc do rozwoju przewlekłej depresji, lęku i myśli samobój-

czych. Terapia rodzinna może być pomocna, gdy młodzież z mniejszości seksualnych i płciowych jest prześladowana w swoich rodzinach. Psychoterapia może pomóc w zapobieganiu lub łagodzeniu nienawiści do siebie związanej z identyfikacją z agresorem. Lekarze psychiatrzy dziecięcy powinni również prowadzić poradnictwo i psychoedukację dla szkół, policji czy innych organów i instytucji, promujące politykę tolerancji w celu ochrony młodych ludzi, którzy mogą stać się ofiarami prześladowań lub zastraszania.

Błędne przekonania dotyczące osób transpłciowych angażujących się w wielokrotne, nieuporządkowane kontakty seksualne nie są poparte badaniami empirycznymi. Jeżeli takie zachowania mają miejsce, nie należy ich tłumaczyć jako części normalnych młodzieńczych pragnień seksualnych lub jako wyniku kształtowania się tożsamości transpłciowej. Przypadki promiskuityzmu u nastolatków, jak wiadomo, mogą być związane z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie, przypadkami przemocy seksualnej ze strony członków podstawowej grupy wsparcia dziecka, dysfunkcją rodziny. Należy również rozważyć możliwość podwójnej diagnostyki współwystępujących zaburzeń psychicznych (stany hipomaniakalne lub maniakalne w zaburzeniu dwubiegunowym, zaburzenia depresyjne).

Lekarz psychiatra dziecięcy powinien:

1) informować i stawać w obronie dzieci i nastolatków z zaburzeniami identyfikacji płciowej oraz ich rodzin w ich społecznościach. Jest to szczególnie ważne, biorąc pod uwagę fakt, że małoletni pacjenci, którzy nie odpowiadają społecznym normom płciowym, mogą doświadczać w tego rodzaju instytucjach ataków i presji, a także być narażone na izolację społeczną, depresję i inne negatywne konsekwencje.

2) przekazywać małoletnim pacjentom i ich rodzinom informacje oraz kierować do sieci wzajemnego wsparcia (odpowiednie grupy społeczne i ich zasoby informacyjne), takich jak grupy wsparcia dla rodziców dzieci transpłciowych.

9.4. Interwencje medyczne

Leczenie psychoterapeutyczne. Proponowane metody leczenia obejmują interwencje mające na celu zmniejszenie pragnienia bycia osobą innej płci, zmniejszenie wykluczenia społecznego, zmniejszenie dysonansu płciowego, ustanowienie ograniczeń w wyrażaniu zachowań dysonujących z płcią oraz leczenie towarzyszących zaburzeń psychicznych.

Nie ma żadnych dowodów na to, że orientację seksualną można zmienić poprzez terapię oraz że próby dokonania tego mogą być szkodliwe.

Warunkowanie instrumentalne zmienia fetysze seksualne, nie zmienia homoseksualizmu. Psychiatryczne wysiłki zmierzające do zmiany orientacji seksualnej

poprzez „terapię reparatywną” u osób dorosłych wykazały niewielką lub w ogóle żadną zmianę orientacji seksualnej, jednocześnie wykazując ryzyko wyrządzenia znacznej szkody poczuciu własnej wartości. Badania nad wysiłkami zmierzającymi do zastosowania tych technik terapeutycznych u osób dorosłych były krytykowane za brak zdolności do adekwatnego uwzględniania zagrożeń, takich jak zwiększenie tęsknoty, nienawiści do samego siebie, ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych i lękowych, toksykomanii, zwiększone ryzyko popełnienia samobójstwa.

Nie ma medycznie uzasadnionych podstaw do stosowania środków zapobiegawczych, brak dowodów na to, że rozwojowi homoseksualizmu u dorosłych można zapobiec poprzez odpowiednie wychowanie. Przeciwnie, takie środki mogą zachęcać do odrzucania dzieci przez rodzinę, podważać poczucie własnej wartości osób transpłciowych, więzi i troskę w rodzinach, które są ważnymi czynnikami ochronnymi przed zamiarami i próbami samobójczymi. Biorąc pod uwagę fakt, iż nie ma żadnych dowodów na to, że wysiłki zmierzające do zmiany orientacji seksualnej są skuteczne, korzystne lub konieczne, a także prawdopodobieństwo, że niosą one ryzyko znacznej szkody, nie zaleca się takich interwencji.

Zalecana nowa strategia leczenia, ukierunkowana na zachęcanie do pozytywnych relacji z ojcem i rówieśnikami płci męskiej, kształtowanie typowych nawyków płciowych, jak również zwiększone matczyne wsparcie roli męskiej, jest oparta na technikach pracy psychoedukacyjnej z rodzicami, treningu kompetencji społecznych (kształtowanie umiejętności interakcji społecznych z rówieśnikami) oraz doradztwie szkolnym w celu wyeliminowania dysonansu płciowego u chłopców.

Zalecana jest strategia leczenia, zachęcająca do tolerancji wobec nonkonformizmu płciowego poprzez ustanowienie ograniczeń w wyrażaniu zachowań dysonujących z płcią, które mogą powodować nietolerancję i wrogość ze strony rówieśników. Ze względu na brak jednoznacznych danych z randomizowanych kontrolowanych badań dotyczących skuteczności leczenia ukierunkowanego na eliminację dysonansu płciowego, metody te wymagają dalszych badań.

Lekarze psychiatrzy dziecięcy powinni być informowani o zasobach informacyjnych dotyczących wspierania nastolatków i młodzieży należących do mniejszości płciowych oraz ich rodzin.

Cechy charakterystyczne hormonalnej terapii zastępczej u małych pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej

Przed rozważeniem opcji interwencji medycznej u małych pacjentów, jak wskazano wyżej, konieczne jest przeprowadzenie kompleksowej oceny aspektów psychologicznych, rodzinnych i społecznych. Czas trwania tego oceniania może się

znacznie różnić w zależności od złożoności sytuacji. Interwencje fizyczne powinny być rozważane w kontekście rozwoju nastolatka. Niektóre wypowiedzi pacjenta na temat przekonań dotyczących tożsamości mogą być silnie utrzymywane i jasno wyrażane, co daje fałszywe wrażenie nieodwracalności. Zwrot pacjenta w kierunku transpłciowości może mieć na celu głównie zadowolenie rodziców i może nie być trwały lub może prowokować rozwój zaburzeń identyfikacji płciowej.

Terapie hormonalne u małoletnich pacjentów dzielą się na dwie kategorie lub etapy:

1. Terapie w pełni odwracalne. Obejmują one stosowanie analogów GnRH w celu zahamowania wydzielania estrogenów lub testosteronu i tym samym opóźnienia zmian fizycznych spowodowanych dojrzewaniem. Alternatywne możliwości leczenia obejmują progestyny (najczęściej medroksyprogesteron) lub inne leki (takie jak spironolakton), które zmniejszają działanie androgenów wydzielanych przez jądra nastolatków nieotrzymujących analogów GnRH. Długotrwałe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (lub medroksyprogesteronu depot) może być wykorzystywane w celu zahamowania menstruacji.

2. Terapie częściowo odwracalne. Obejmują terapię hormonalną mającą na celu maskulinizację lub feminizację ciała. Niektóre zmiany wywołane hormonami mogą wymagać operacji rekonstrukcyjnych, aby odwrócić ich skutki (np. ginekomastia spowodowana estrogenami), podczas gdy inne zmiany są nieodwracalne (np. obniżenie głosu spowodowane testosteronem).

Terapie całkowicie nieodwracalne nie są stosowane u małoletnich pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej Ukrainy.

Proces etapowy jest zalecany, by zapewnić dostępność leczenia podczas dwóch pierwszych etapów. Przejście z jednego etapu do drugiego nie powinno mieć miejsca, dopóki nie upłynie wystarczająco dużo czasu, aby nastolatek i jego rodzice w pełni oswoili się z wynikami poprzednich terapii.

10. Dostęp do technik wspomaganego rozrodu oraz realizacja praw do ojcostwa/macierzyństwa i adopcji u pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej

Wielu pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej chciałoby mieć dzieci. Ponieważ niektóre interwencje medyczne (HTZ i chirurgia rekonstrukcji płci) ograniczają lub zatrzymują płodność, wskazane jest, aby pacjenci podjęli decyzję o płodności przed rozpoczęciem leczenia. Zdarzały się przypadki, że osoby, które poddały się terapii hormonalnej i chirurgii rekonstrukcyjnej płci, żałowały potem, że nie mogły zostać rodzicami genetycznie spokrewnionych dzieci.

Specjaliści ochrony zdrowia powinni omówić z pacjentami możliwości reprodukcyjne przed rozpoczęciem leczenia zaburzeń identyfikacji płciowej. Omówienie to powinno mieć miejsce nawet wtedy, gdy pacjenci nie są zainteresowani tymi kwestiami w momencie rozpoczęcia leczenia, co może być częstsze u młodszych pacjentów. Wczesna rozmowa jest pożądana, ale nie zawsze możliwa. Jeżeli osoba nie przeszła zabiegu operacyjnego gonadektomii, może istnieć możliwość wstrzymania przyjmowania hormonów na okres wystarczający dla przywrócenia wrodzonych hormonów, co pozwoli na produkcję dojrzałych gamet.

Dostęp do technik wspomaganego rozrodu ma miejsce w drugorzędowej i trzeciorzędowej opiece medycznej (zob. p. 6 rozdziału VII).

Pacjentów MtF, zwłaszcza tych, którzy jeszcze nie mają dzieci, należy poinformować o możliwościach przechowywania nasienia i poradzić im, by rozważyli umieszczenie nasienia w banku przed rozpoczęciem terapii hormonalnej. Nasienie należy pobrać przed rozpoczęciem terapii hormonalnej lub po jej wstrzymaniu do czasu ponownego wzrostu liczby plemników. Kriokonserwacja powinna być omówiona nawet w przypadku słabej jakości plemników. U dorosłych z azospermią możliwe jest wykonanie biopsji jądra z późniejszą kriokonserwacją materiału w celu zachowania plemników, ale zabieg ten może nie zakończyć się sukcesem.

Możliwości reprodukcyjne dla pacjentów FtM mogą obejmować zamrożenie oocytów (komórek jajowych) lub zarodka. Zamrożone gamety i zarodek mogą zostać później wykorzystane do wynoszenia dziecka przez matkę zastępczą. Badania kobiet z zespołem policystycznych jajników wykazują, że jajniki mogą częściowo powrócić do stanu sprzed wpływu wysokich stężeń testosteronu. Krótkotrwałe odstawienie testosteronu może pozwolić jajnikom na powrót do produkcji komórek jajowych; sukces prawdopodobnie zależy od wieku pacjenta i czasu trwania leczenia testosteronem.

Pacjentów należy poinformować, że technologie te nie są dostępne wszędzie i mogą być dość kosztowne.

Szczególną grupę pacjentów stanowią nastolatki w okresie przedpokwitaniowym lub pokwitaniowym, u których nigdy nie rozwiną się funkcje rozrodcze zgodne z ich płcią biologiczną z powodu stosowania blokerów lub hormonów płci przeciwnej.

Pacjenci z zaburzeniami identyfikacji płciowej nie powinni być pozbawieni możliwości reprodukcji. A jeżeli reprodukcja nie jest już możliwa w wyniku interwencji medycznej, nie powinno się im odmawiać prawa do adopcji dziecka.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.09.2016 № 972

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ГЕНДЕРНА ДИСФОРІЯ**

2016

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Гендерна дисфорія», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування гендерної дисфорії в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Гендерна дисфорія», що ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах – третинних джерелах, а саме:

1. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria, Royal College of Psychiatrists, 2013;

2. Gender dysphoria services: a guide for General Practitioners and other healthcare staff, NHS England, 2012;

3. Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, WPATH – World Professional Association for Transgender Health, 2013.

4. Practice parameter on gay, lesbian or bisexual sexual orientation, gender-nonconformity, and gender discordance in children and adolescents - Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP), 2012 (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Volume 51, Issue 9, September 2012, Pages 957–97)

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р., зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психологи, лікарі-сексопатологи, лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-хірурги, лікарі-урологи та фахівці інших спеціальностей.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень) з метою дотримання вимог УКПМД.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ГнРГ	Гонадотропін-релізінг-гормон
ІПОІЛ	Індивідуальний план обстеження і лікування
ЕКГ	Електрокардіографія
ЗГТ	Замісна гормональна терапія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я, 10-е видання
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
DSM-V	Посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-те видання
FtM	Транссексуальний чи трансгендерний чоловік (female-to-male)
MtF	Транссексуальна чи трансгендерна жінка (male-to-female)

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Діагнози, пов'язані з гендерною дисфорією.

2. Код МКХ-10: F64

3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-психологів, психологів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-сексопатологів, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-ендокринологів, лікарів-ендокринологів дитячих, лікарів-гінекологів дитячих, лікарів-хірургів, лікарів-хірургів дитячих, лікарів-отоларингологів, лікарів-отоларингологів дитячих, лікарів-урологів, лікарів-урологів дитячих, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, зменшення рівня дистресу, покращення якості життя пацієнтів.

5. Дата складання протоколу: серпень 2016 року.

6. Дата наступного перегляду: серпень 2019 року.

7. Розробники:

Гаврилюк Андрій заступник директора Департаменту, начальник Управління
Олександрович надання медичної допомоги дорослим Медичного
департаменту МОЗ України, голова робочої групи;

Пінчук Ірина директор Українського науково-дослідного інституту
Яківна соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі
спеціальності «Наркологія, Психіатрія», заступник голови
з клінічних питань;

Марценковський керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків
Ігор Анатолійович Українського науково-дослідного інституту соціальної і
судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.м.н.,
головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі
спеціальності «Дитяча психіатрія», заступник голови з
клінічних питань у дітей;

Ліщишина Олена директор Департаменту стандартизації медичних послуг
Михайлівна Державного підприємства «Державний експертний центр
Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н.,
заступник голови з методологічного супроводу;

Горова Елла Володимирівна	заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
Зінченко Олена Миколаївна	головний спеціаліст відділу організації спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги Управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України;
Камінський В'ячеслав Володимирович	завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Акушерство і гінекологія»;
Левада Олег Анатолійович	керівник курсу психіатрії кафедри сімейної медицини Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.м.н., доцент;
Лучицький Євген Васильович	завідувач відділу клінічної андрології Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», д.м.н., професор;
Маньковський Борис Микитович	завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ендокринологія»;
Матвієць Людмила Григорівна	асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
Пустовойт Михайло Михайлович	ректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії, д.м.н., професор;

Стаховський Едуард Олександрович	заступник директора з наукової роботи Національний інститут раку МОЗ України, завідувач науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Урологія»;
Хаустова Олена Олександрівна	завідувач відділу психічних розладів похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.м.н., професор;
Храпач Василь Васильович	професор кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, д.м.н., професор;
Цюмік Олександр Вадимович	завідувач консультативно-поліклінічного відділення Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Шум Сергій Сергійович	заступник директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.м.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.техн.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Рецензенти:

Аймедов Костянтин Володимирович завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету, д.м.н., професор;

Бондаренко Володимир Олександрович завідувач відділення патології статевих залоз відділу клінічної ендокринології Державної установи «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», д.м.н., професор.

8. Епідеміологія

Епідеміологічні дослідження захворюваності і поширення гендерної дисфорії, а також явищ транссексуалізму або трансгендерних і гендерно-неконформних ідентичностей в цілому не проводилися, а спроби отримати реалістичні оцінки пов'язані з величезними труднощами. Навіть якби епідеміологічні дослідження встановили, що по всьому світу пропорція транссексуалів, трансгендерів однакова, ймовірно, культурні відмінності між країнами змінили б як поведінковий вираз різних статевих ідентичностей, так і ступінь, до якого гендерна дисфорія відмінна від статевої ідентичності індивіда.

Гендерна варіативність не є рідкістю. Опитування 10 000 осіб, що здійснювалось у 2012 році Комісією з прав людини та рівності у Сполученому королівстві Великобританія, встановило, що 1% від населення самоідентифікує себе в деякій мірі в різних гендерних варіантах. Цю цифру не обов'язково вважати репрезентативною для всього населення.

В Україні аналогічні дослідження не проводилися та офіційної статистики за даною патологією немає.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Гендерна дисфорія означає дискомфорт або дистрес, що обумовлені розбіжністю між статевою ідентичністю індивіда і статтю, встановленою йому при народженні (і пов'язаною з цим гендерною роллю і/або первинними та вторинними статевими ознаками).

Слід відрізняти гендерну дисфорію від трансгендерності (гендерної неконформності) – ступеня, в якому статева ідентичність, роль або гендерне самовираження індивіда відрізняється від культурних норм, приписаних особам певної статі.

Тільки деякі гендерно-неконформні індивіди відчувають гендерну дисфорію в певний момент свого життя.

Характеристики статі, включаючи ідентичності, які в силу стереотипів асоціюються із встановленою при народженні статтю, є загальним та різноманітним в різних культурах людським феноменом, який не слід розглядати як по суті патологічний або негативний.

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

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

Наявність цього дистресу може призвести до виникнення у людини потреби звернення за медичною допомогою.

Так, градації гендерного досвіду між бінарним статевим стандартом «чоловік» або «жінка» в деяких пацієнтів викликають дискомфорт, який буде

потребувати медичного втручання; в інших, можливо, буде достатньо мінімальних профілактичних заходів або зовсім без жодного. Існує зростаюче визнання того, що деякі пацієнти не відносять себе до бінарної гендерної системи і це матиме вплив на їх лікування. Самоописи пацієнтів включають у себе такі поняття, як: пангендер, полігендер, агендер, гендерквір та інші. Існує певна кількість пацієнтів, які заперечують поняття гендеру в цілому і бачать себе поза рамками будь-якого гендеру та вимагають медичних послуг з гендерної нейтралізації від відповідних ЗОЗ, якщо їхній стан не викликаний тяжкими психічними захворюваннями, наприклад шизофренією.

Окремі пацієнти можуть підпадати під формальні діагнози трансвестизм подвійної ролі або фетишистський трансвестизм, подекуди такі стани можуть бути викликані гендерною дисфорією. Відомі випадки, коли у певних пацієнтів із вказаних груп гендерна дисфорія досягла крайнього ступеня, перероджуючись у транссексуалізм.

Деякі люди відчувають гендерну дисфорію в такій мірі, що дистрес підходить під критерії формального діагнозу психічного розладу. Такий діагноз не є індульгенцією для засудження або для позбавлення громадянських прав та прав людини.

Таким чином, транссексуали, трансгендери і гендерно-неконформні індивіди не є по суті своїй хворими. Скоріше, дистрес від гендерної дисфорії, коли присутній, є проблемою, яку можна діагностувати і для якої доступні безліч варіантів лікування.

Існує лікування, що допомагає людям з таким дистресом визначати свою гендерну ідентичність і знайти гендерну роль, яка найбільш для них зручна.

Найбільш серйозним ускладненням гендерної дисфорії є суїцид.

У дуже тяжких випадках та формах захворювання можуть бути ефективними методи лікування, які застосовуються на вторинній та третинній медичній допомозі.

В цьому протоколі терміни використовуються в такому значенні:

Агендер – людина, яка не відносить себе ні до якого гендеру. Фізіологічно може бути будь-якої статі і будь-якої зовнішності, хоча деякі агендери прагнуть виглядати андрогінно.

Андрогін – це особа з одним гендером, яка поєднує у собі жіночність і мужність. Її можна назвати «третьою статтю» – ані чоловіком, ані жінкою, яка об'єднує риси цих статей.

Бігендер – людина з «плаваючою», рухомою гендерною ідентичністю, яка виконує в суспільстві то традиційно «жіночу», то традиційно «чоловічу» роль, залежно від настрою, обстановки та оточення. Часто використовується для опису соціальної взаємодії людини.

Внутрішня трансфобія – дискомфорт з приводу власних трансгендерних почуттів або ідентичності як результат проєкції на себе нормативних гендерних очікувань суспільства.

Гендерна ідентичність – глибоке усвідомлення тією чи іншою особою внутрішніх та індивідуальних особливостей гендерної приналежності, яка може як збігатися, так і не збігатися зі статтю, встановленою при народженні,

включаючи індивідуальне відчуття свого тіла (за наявності свободи волі може супроводжуватися зміною зовнішності або фізіологічних функцій медичними, хірургічними або іншими засобами) та інші прояви, такі як одяг, мова та особливості поведінки.

Гендерна роль або самовираження – особливості індивіда, зовнішності та поведінки, які в даній культурі та історичному періоді вважаються чоловічими або жіночими (тобто більш типові для чоловічої чи жіночої соціальної ролі). Незважаючи на те, що більшість індивідів постають у соціумі в суто чоловічих або жіночих гендерних ролях, деякі постають в альтернативній гендерній ролі, такій як, наприклад, гендерноневизначена або визначена трансгендерна. Всі люди схильні об'єднувати і чоловічі, і жіночі риси у своєму гендерному самовираженні різними способами і до різного ступеня.

Особи з небінарною статевою ідентифікацією (син. гендерквір) – трансгендери, які не бажають вписуватися в рамки, встановлені традиційно існуючим у культурі та суспільстві поділом між «жіночою» і «чоловічою» статтю і гендером.

Трансвестизм (син. Кросдресінг) – носіння одягу та подача себе в гендерній ролі, які в даній культурі більш властиві протилежній статі. Трансгендери – термін, що описує різномірну групу індивідів, які перетинають або виходять за межі визначених культурою категорій статі. Статева ідентичність трансгендерів у різній мірі відрізняється від статі, зареєстрованої при народженні.

Трансгендерність (гендерна неконформність) – ступінь, в якому статева ідентичність, роль або гендерне самовираження індивіда відрізняється від культурних норм, приписаних особам певної статі у конкретному суспільстві.

Транссексуал – особа, яка прагне змінити або змінила свої первинні та/або вторинні статеві ознаки за допомогою фемінізуючих або маскулінізуючих медичних втручань (гормонів та/або операцій), що звичайно супроводжуються довготривалою зміною гендерної ролі. Як правило характеризується високим рівнем гендерної дисфорії.

Транссексуальність (транссексуалізм) – діагноз, що описує ознаки (діагностичні дані), притаманні транссексуалам, якщо відповідний діагноз встановлений особі.

MtF (male-to-female) (син. транс-жінка; транссексуальна чи трансгендерна жінка) – абревіатура, що описує індивідів, зареєстрованих при народженні чоловічої статі, які змінюють своє тіло та/або гендерну роль на жіноче тіло та/або роль.

FtM (female-to-male) (син. транс-чоловік; транссексуальний чи трансгендерний чоловік) – абревіатура, що описує індивідів, зареєстрованих при народженні жіночої статі, які змінюють своє тіло та/або гендерну роль на чоловіче тіло та/або роль.

Особливості процесу надання медичної допомоги

Для осіб, які потребують медичної допомоги у зв'язку із гендерною дисфорією, рекомендовані різні медичні втручання, що спираються на різні терапевтичні програмно-цільові підходи і мають на меті:

- зміни гендерного самовираження і ролі (що може включати епізодичне або постійне життя в іншій гендерній ролі, що збігається з гендерною ідентичністю людини);

- фемінізація або маскулінізація тіла шляхом гормональної терапії;
- зміна первинних та/або вторинних статевих ознак (наприклад, грудей, зовнішніх та/або внутрішніх геніталій) шляхом хірургічної корекції;

- дослідження гендерної ідентичності, ролі і самовираження; робота з негативним впливом гендерної дисфорії і стигми на психічне здоров'я; полегшення внутрішньої трансфобії; збільшення соціальної підтримки та взаємодопомоги; поліпшення образу тіла або розвитку стресостійкості шляхом психотерапії (індивідуальної, для пар, сімейної або групової).

Для ефективного впровадження УКПМД «Гендерна дисфорія» у практику надання медичної допомоги у ЗОЗ потрібна система заходів щодо підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики та лікування гендерної дисфорії. Програма підготовки має включати основні питання:

- засвоєння практичних методів розпізнавання гендерної дисфорії та діагностики станів, пов'язаних із нею;
- формування навичок адекватного спілкування з такими пацієнтами;
- ознайомлення із сучасними фармакологічними препаратами та особливостями їх використання лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

Проведення таких занять доцільно організовувати в усіх ЗОЗ на етапі розробки і впровадження Локального протоколу медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

Під медичним втручанням із корекції статевої належності при гендерній дисфорії слід розуміти заходи лікування в обсязі, які пацієнт вважає достатніми для зменшення негативного впливу гендерної дисфорії та формування ознак бажаної статі, роль якої особа спроможна виконувати у суспільстві.

Зміна статевої належності (зміна юридичної статі) також відноситься до заходів лікування гендерної дисфорії для пацієнтів, які живуть в обраній гендерній ролі певний час та планують подібне життя в подальшому. Воно здійснюється на підставі волевиявлення пацієнта, відповідності його медико-біологічним та соціально-психологічним показанням до зміни статевої належності та проходження медичного втручання, шляхом видачі Медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності.

1. Первинна медична допомога

1). Скринінг осіб з проявами дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі до поведінки та самовідчуття, встановлених їм при народженні (і пов'язаною з цим гендерною роллю), скерування їх до лікарів спеціалістів, зокрема лікаря-психіатра та лікаря-психіатра дитячого, лікаря-ендокринолога, лікаря-гінеколога, лікаря-хірурга, лікаря-психолога, лікаря-психотерапевта та інших за потреби.

2). Первинна діагностика гендерної дисфорії зі скеруванням до лікарів-психіатрів, лікарів психіатрів дитячих у ЗОЗ, що надають спеціалізовану психіатричну допомогу.

3). Моніторинг реабілітації пацієнта із гендерною дисфорією після медичних втручань, що мали інвазивний оперативний характер.

4). Моніторинг соматичних та психічних порушень у пацієнтів із гендерною дисфорією під час та після хірургічної та гормональної трансформації.

5). Організація психосоціальної реабілітації пацієнтів із гендерною дисфорією.

6). Видача особі, якій було здійснено необоротне медичне втручання, медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності, затвердженого у встановленому порядку, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі.

2. Вторинна медична допомога

1). Лікар-психіатр ЗОЗ надає спеціалізовану психіатричну допомогу особам після 18 років, лікар психіатр-дитячий надає спеціалізовану психіатричну допомогу дітям та підліткам у віці до 17 років:

2. Проводять перевірку та/або оцінку стану психічного здоров'я пацієнта. Визначають причини, за якими пацієнт звертається за спеціалізованою медичною допомогою, за наявності симптомів станів, пов'язаних з гендерною дисфорією, встановлюють діагноз.

3. Психіатричне обстеження дитини з проявами дискомфорту зумовленого невідповідністю статевого самовідчуття, статевою поведінкою та статтю, встановленою їм при народженні (і пов'язаною з цим гендерною роллю) в віці до 14 років проводиться за інформованою згодою обох батьків; після 14 років - обох батьків та дитини. Результати обстеження є конфіденційними, інформація про особливості статевого самосприйняття, поведінки та гендерну роль можуть бути повідомлені батькам у разі згоди дитини та впевненості лікаря психіатра дитячого в тому, що це не приведе до виникнення кризової ситуації в групі первинної підтримки дитини.

4. У разі наявності супутніх психіатричних станів та розладів лікар-психіатр, лікар-психіатр дитячий проводять їх лікування. Будь які терапевтичні втручання в межах спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із гендерною дисфорією можуть проводитися, якщо вони рекомендовані цим протоколом в віці до 14 років за інформованою згодою обох батьків; після 14 років - обох батьків та дитини.

5. За бажанням пацієнта надає рекомендації лікарю загальної практики-сімейному ліарю щодо змісту допомоги за місцем проживання.

6. За бажанням пацієнта надає форму первинної облікової документації № 027/о "Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого" (далі – форма № 027/о), для взаємообміну інформацією амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів охорони здоров'я щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого при направленні (виписці), проведенні

досліджень, консультацій в інших закладах охорони здоров'я, лікування, диспансерного спостереження та інших рекомендацій хворому.

2). Лікар-психотерапевт ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу:

1. Допомогає пацієнту усвідомити власні гендерні проблеми і знайти способи полегшення гендерної дисфорії. Допомогає досягти соціальної адаптації в обраній гендерній ролі.

2. Для досягнення вищевказаного використовує заходи особистої, сімейної та групової психотерапії.

3. При необхідності проводить повторний курс психотерапії.

4. За бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

3). Лікар-ендокринолог:

1. На підставі аналізів крові на гормони, проводить первинне консультування, що також включає в себе інформування пацієнта про дію гормональних препаратів та їх побічні ефекти та протипоказання до вживання.

2. Призначає ГЗТ.

3. Проводить поточне консультування та, за необхідності, коригування курсу гормонального лікування.

4. За бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

4). Лікар-хірург:

1. За наявності бажання пацієнта, критеріїв до подібного виду медичного втручання (див. п. 4.7 розділу IV), проводить наступні медичні втручання:

- для MtF пацієнтів: збільшення грудей шляхом встановлення силіконових імплантів (мамопластика); пенектомія; орхіектомія; вагінопластика; лабіопластика; кліторопластика; операції з фемінізації обличчя; в окремих випадках емаскуляція;

- для FtM пацієнтів: видалення молочних залоз (мастоектомія); гістеректомія; вагінектомія; метоїдіопластика; фалопластика; уретропластика; створення неомошонки та ендопротезування яєчок, операції з маскулінізуючої пластики обличчя.

- за бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

5). Лікар-отоларинголог:

- за можливості, проводить оперативне хірургічне втручання на голосових зв'язках, за бажанням MtF пацієнта, з метою наближення голосу до жіночого.

- за бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

3. Третинна медична допомога

1). Лікар-психіатр ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу:

- переглядає діагноз, встановлений пацієнту на вторинній медичній допомозі, у разі незгоди з ним пацієнта.

2). Лікар-психотерапевт ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу:

- у випадках тяжкої гендерної дисфорії при неспроможності лікарів-психотерапевтів у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, стабілізувати стан пацієнта проводиться психотерапія за індивідуальною програмою.

3). Лікар-ендокринолог:

- Проводить поточне консультування та, за необхідності, коригування курсу гормонального лікування.

4). Лікар-хірург:

1. За наявності бажання пацієнта, критеріїв до подібного виду медичного втручання (див. п. 4.7 розділу IV), проводить наступні медичні втручання:

- для MtF пацієнтів: збільшення грудей шляхом встановлення силіконових імплантів (мамопластика); пенектомія; орхіектомія; вагінопластика; лабіопластика; кліторопластика; операції з фемінізації обличчя; в окремих випадках емаскуляція;

- для FtM пацієнтів: видалення молочних залоз (мастоектомія); гістеректомія; вагіноектомія; метоїдіопластика; фалопластика; уретропластика; створення неомошонки та ендопротезування яєчок, операції з маскулінізуючої пластики обличчя

- за бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

5). Лікар-отоларинголог:

- за можливості, проводить оперативне хірургічне втручання на голосових зв'язках, за бажанням MtF пацієнта, з метою наближення голосу до жіночого.

- за бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1). Первинна профілактика

Обґрунтування

Не існує доказової бази щодо специфічної профілактики гендерної дисфорії.

Особливої уваги потребують особи з групи ризику, які знаходяться під впливом несприятливих факторів середовища.

Необхідні дії

1. Профілактичні бесіди щодо шкоди, загрози життю і здоров'ю вживання психоактивних речовин (зокрема, канабіноїдів).

2. Профілактичні бесіди щодо занедбаності, насильства в родині, сексуального насильства, булінга, соціальної занедбаності у соціально дезадаптованих та маргінальних родин.

3. Профілактичні бесіди щодо усунення конфліктів з родиною та групою первинної підтримки (стрес-менеджмент).

2). Діагностика

Положення протоколу

Діагноз гендерної дисфорії встановлюється тільки у ЗОЗ, що надають вторинну або третинну медичну допомогу.

Обґрунтування

До етіології виникнення проявів гендерної дисфорії не менш важливо віднести фактори, які підтримують або посилюють її, тому що вони є потенційними мішенями для втручання.

Необхідні дії

1. Скринінг осіб з проявами дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі до поведінки та самовідчуття, встановлених їм при народженні (і пов'язаною з цим гендерною роллю), скерування їх до лікарів спеціалістів, зокрема лікаря-психіатра та лікаря-психіатра дитячого, лікаря-ендокринолога, лікаря-гінеколога, лікаря-хірурга, лікаря-психолога, лікаря-психотерапевта.

2. Виявлення пацієнтів, які мають високий ризик суїциду: задати питання «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?»; направлення до лікаря-психіатра.

3). Лікування

Необхідні дії:

1. Сприяння дотриманню виконання рекомендацій лікаря-психіатра.

Для пацієнтів зі встановленим діагнозом передбачити можливість у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, курації у разі стабільного психічного стану, при достатньому соціальному функціонуванні та при узгодженні з лікарем-психіатром.

2. Моніторинг побічних ефектів медикаментозного лікування, насамперед замісної гормональної терапії (ЗГТ).

3. Діагностика та лікування соматичних захворювань згідно з положеннями відповідних медико-технологічних документів.

4). Диспансерне спостереження

Обґрунтування

Для пацієнтів зі встановленим діагнозом передбачити можливість у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, курації у разі нестабільного психічного стану, при достатньому соціальному функціонуванні та при узгодженні з лікарем-психіатром.

Необхідні дії

1. Здійснювати моніторинг соматичних та психічних порушень у пацієнтів із гендерною дисфорією під час та після хірургічної та гормональної трансформації.

2. Здійснювати спостереження за пацієнтом із гендерною дисфорією з урахуванням хірургічної та гормональної трансформації.

3. Організація психосоціальної реабілітації пацієнтів із гендерною дисфорією.

4. Видача особі, якій було здійснено необоротне медичне втручання, медичного свідчення про зміну (корекцію) статевої належності, затвердженого у встановленому порядку, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі.

2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1). Первинна профілактика

Обґрунтування

Не існує доказової бази щодо специфічних методів профілактики гендерної дисфорії.

Необхідні дії

1. Рекомендації щодо здорового способу життя, самопомогти та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних чинників, які можуть зумовити розвиток гендерної дисфорії.

2. Інформування пацієнтів про різноманітність статевих ідентичностей та гендерних самовиражень і про різні можливості, доступні для полегшення статевої дисфорії.

3. Рекомендації пацієнту щодо дослідження різних можливостей з метою знаходження комфортної гендерної ролі і самовираження і підготовки до прийняття повністю обгрунтованого рішення щодо доступних медичних втручань, якщо необхідно.

4. Спрямування до ресурсів взаємодопомоги трансгендерної спільноти (громадських формувань трансгендерів).

5. У малолітніх чи неповнолітніх пацієнтів профілактика спрямовується на пізнання пацієнтом його ідентичності, а також на вплив на мікро- і макроточення дитини чи підлітка шляхом інформування про трансгендерність як суцільно нормального явища в людській поведінці.

2). Діагностика

1. Клініко-анамнестичні та психопатологічні методи

Обгрунтування

До етіології виникнення проявів гендерної дисфорії відносяться фактори, що підтримують або посилюють її, при цьому вони є потенційними мішенями для втручання.

Необхідні дії

1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я та особливості (можливості) психо-соціальної самореалізації пацієнта).

2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя, звертаючи особливу увагу на ті, які безпосередньо чи опосередковано впливають на нервову систему (травми, інтоксикації та ін.). Звертають увагу на шкідливі звички; фактори соціуму, які можуть впливати на настрій; наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.

3. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу та в динаміці.

4. За потреби, обстеження в умовах психіатричного стаціонару в термін менш 2 тижнів.

5. Нагляд за пацієнтом з транссексуальною ідентифікацією протягом не менше 2-х років.

6. Чітка фіксація інформації в плані лікування, коли зміна статевої ролі не планується.

2). Методи інструментального обстеження

Обґрунтування

При рентгенографії головного мозку можуть виявлятися пухлини чи травми, що можливо стали передумовою розладів з фоновими ознаками гендерної дисфорії.

Необхідні дії

Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з психопатологічними розладами):

- 1) електроенцефалографія;
- 2) КТ, МРТ.

3). Методи лабораторного обстеження

Обґрунтування

Гендерна дисфорія може бути обумовлена генетичними порушеннями.

Необхідні дії

Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з генетичними розладами): каріотипування.

4) Лікування

1. Амбулаторне лікування

Обґрунтування

Метою амбулаторного етапу лікування є зниження впливу гендерної дисфорії та забезпечення функціонального відновлення пацієнта.

Необхідні дії

Обов'язкові:

- 1) психотерапія;
- 2) гормональна терапія для осіб, які бажають змінити статеvu належність (див. п. 4.6.4 розділу IV). Пацієнти повинні відчувати постійну гендерну дисфорію для того, щоб мати право на гормональну терапію. Психотерапевтична підтримка може продовжуватись під час приймання гормонів.

Бажані:

гормональна терапія (див. п. 4.6.4 розділу IV).

Психотерапія

Обґрунтування

Це медичне втручання може бути початком або самостійним етапом лікування.

Особливу увагу слід приділяти прихильності пацієнта до лікування. Мінімальна тривалість психотерапії залежить від властивостей пацієнта.

Стратегія з поліпшення прихильності пацієнта до лікування повинна також включати психоосвіту пацієнтів та членів родини, активне залучення їх до процесу терапії.

Необхідні дії

Обов'язкові

1. Проведення індивідуальних консультацій з лікарем-психотерапевтом. Кількість консультацій залежить від урахування виявлених потреб. Основна мета цих сесій – полегшення процесу соціалізації пацієнта. Методи лікування повинні бути доступними.

2. Проведення індивідуальної та (за можливості) групової психотерапії дозволить пацієнтам повніше усвідомити їх гендерну ідентичність, а також зрозуміти, чи мають бажання вони почати, продовжити або відмінити лікування.

3. Залежно від варіації гендерної дисфорії та ступеня її тяжкості, психосоціальна терапія може застосовуватись у вигляді тренінгу когнітивних функцій, тренінгу вирішення проблем, міжособистісної взаємодії, тренінгу комунікативних навичок, тренінгу позитивного самосприйняття та впевненої поведінки.

4. Психосоціальні заходи спрямовані на створення терапевтичного альянсу, активізацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта.

5. Проведення психотерапії вирішення проблем.

Бажані

1. Сімейна терапія

2. Стаціонарне лікування

Обґрунтування

Хірургічні втручання для зміни (корекції) статевої належності, зазвичай здійснюються в умовах стаціонару, є продовженням гормональної терапії з метою позбавлення пацієнта гендерної дисфорії, викликані наявністю первинних чи вторинних статевих ознак у пацієнта, шляхом їх видалення чи приведення зовнішнього вигляду до статевих ознак протилежної статі.

Вказаний вид лікування є бажаним, але не обов'язковим для осіб, які змінили/змінюють статеvu належність.

Хірурги, відповідальні за основні, необоротні операції не можуть покладатись на висновки попередніх спеціалістів, і мають переконатися в тому, що обрана процедура для пацієнта є доцільною.

Необхідні дії

Бажані

1. Передопераційна підготовка пацієнтів (загальні вимоги):

- Поінформувати пацієнта про наслідки хірургічного втручання, в тому числі про ризики та можливі ускладнення; обговорити репродуктивні питання, особливо, якщо втручання безповоротно позбавляє репродуктивної функції; отримати усвідомлену згоду пацієнта на хірургічне втручання.

- За 1 місяць припинити приймання гормонів.

- Загальні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, кров на маркери ВІЛ.

- Усунути інфекційні осередки (каріозні зуби, запальні процеси в пазухах носа, вухах). Припинити прийом антикоагулянтів.

2. Проведення оперативних втручань:

Для MtF пацієнтів:

- 1) Двостороння орхіектомія;
- 2) Пенектомія;
- 3) Емаскуляція;
- 4) Маммопластика;
- 5) Фемінізуюча пластика обличчя:
 - зменшення лоба та надбрівних дуг та зниження рівня лінії волосся на голові;
 - ринопластика;
 - підкреслення вилиць за допомогою імплантації до щік синтетичного або жирового наповнювача;
 - корекція форми вух і зміна їх положення;
 - підняття верхньої губи;
 - формування короткого, більш вузького підборіддя;
 - хондроларингопластика – видалення або зменшення виступаючого фрагмента в передній частині щитовидного хряща.

Для FtM пацієнтів:

- 1) Гістеректомія;
 - 2) Мастоектомія;
 - 3) Оваріектомія;
 - 4) Маскулінізуюча пластика обличчя.
3. Післяопераційний догляд та реабілітація пацієнта в залежності від виду хірургічного втручання. За необхідності, лікування ускладнень.

3. Госпіталізація

Обґрунтування

За потреби з метою проведення обстеження для встановлення діагнозу можлива госпіталізація пацієнтів з гендерною дисфорією до психіатричного стаціонару в термін не менше 2-х тижнів.

4. Реабілітація

Обґрунтування

Реабілітація пацієнтів з гендерною дисфорією не потрібна, окрім випадків, коли заходи ЗГТ та хірургічного втручання не принесли задоволення та пацієнт знову відчуває незадоволення власною гендерною роллю.

Також проводиться післяопераційна реабілітація пацієнтів у залежності від виду хірургічного втручання.

Необхідні дії

Реабілітація здійснюється за допомогою методів психотерапії, вказаних у п. 4.5 розділу IV.

3. ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Первинна профілактика

Обґрунтування

Відсутня доказова база щодо специфічних методів профілактики гендерної дисфорії.

Необхідні дії

1. Рекомендації щодо здорового способу життя, загальних zasad самопомоги та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних чинників, які можуть зумовити розвиток гендерної дисфорії.

2. Інформування пацієнтів про різноманітність статевої ідентичностей та гендерних самовиражень і про різні можливості, доступні для полегшення статевої дисфорії.

3. Рекомендації пацієнту щодо дослідження різних можливостей з метою знаходження комфортної гендерної ролі і самовираження, підготовки до прийняти повністю обгрунтованого рішення щодо доступних медичних втручань, якщо необхідно.

4. Спрямування до ресурсів взаємодопомоги трансгендерної спільноти.

5. У пацієнтів дитячого та підліткового віку профілактика спрямовується на пізнання пацієнтом його ідентичності, а також на вплив на мікро- і макросоточення дитини чи підлітка шляхом інформування про трансгендерність як суцільно нормального явища в людській поведінці.

2. Діагностика

Обгрунтування

Метою діагностики у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу, є консультивання для уточнення діагнозів.

Діагностика проводиться за зверненням пацієнта або його законного представника або за направленням лікаря.

1). Клініко-анамнестичні та психопатологічні методи

Обгрунтування

До етіології виникнення проявів гендерної дисфорії не менш важливо віднести фактори, які підтримують або посилюють її, тому що вони є потенційними мішенями для втручання.

Необхідні дії

1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я та особливості (можливості) психосоціальної самореалізації пацієнта).

2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його фізичного та психологічного розвитку, соматичні захворювання впродовж життя, звертаючи особливу увагу на ті, які безпосередньо чи опосередковано впливають на нервову систему (травми, інтоксикації та ін.). Звертають увагу на шкідливі звички; фактори соціуму, які можуть впливати на настрій; наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.

3. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу.

2). Методи інструментального обстеження

Обгрунтування

При рентгенографії головного мозку можуть виявлятися пухлини чи наслідки травми, що можливо стали передумовою розладів з фоновими ознаками гендерної дисфорії.

Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики.

Необхідні дії

Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з психопатологічними розладами):

- 1) електроенцефалографія;
- 2) КТ, МРТ;
- 3) ультразвукове дослідження.

3). Методи лабораторного обстеження

Обґрунтування

Гендерна дисфорія може бути обумовлена генетичними порушеннями.

Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики.

Необхідні дії

Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з генетичними розладами): каріотипування.

3. Стаціонарне лікування

Обґрунтування

Хірургічні втручання для зміни (корекції) статевої належності, зазвичай здійснюється в умовах стаціонару, є продовженням гормональної терапії з метою позбавлення пацієнта гендерної дисфорії, викликаній наявністю первинних чи вторинних статевих ознак у пацієнта, шляхом їх видалення чи приведення зовнішнього вигляду до статевих ознак протилежної статі.

Вказаний вид лікування є бажаним, але не обов'язковим для осіб, які змінили/змінюють статеву належність.

Хірурги, відповідальні за основні, необоротні операції не можуть покладатись на висновки попередніх спеціалістів, і мають переконатися в тому, що обрана процедура для пацієнта є доцільною.

Також до хірургічних втручань відносяться операції з косметичного виправлення недоліків або лікування тяжких ускладнень, що виникли внаслідок хірургічних втручань на вторинній медичній допомозі.

Необхідні дії

Бажані:

1. Передопераційна підготовка пацієнтів (загальні вимоги):
 - поінформувати пацієнта про наслідки хірургічного втручання, в тому числі про ризики та можливі ускладнення; обговорити репродуктивні питання, особливо, якщо втручання безповоротно позбавляє репродуктивної функції; отримати інформовану згоду пацієнта на хірургічне втручання;
 - за 1 місяць припинити приймання гормонів;
 - загальні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, кров на маркери ВІЛ;

- усунути інфекційні осередки (каріозні зуби, запальні процеси в пазухах носа, вухах). Припинити прийом антикоагулянтів.

2. Проведення оперативних втручань:

Для MtF пацієнтів:

- фемінізуюча вагінопластика методами пенальної інверсії чи коловагінопластики;

- за необхідності – кліторопластика, лобіопластика;

- втручання з фемінізації голосу шляхом зменшення голосових складок та подовження передньої спайки.

Для FtM пацієнтів:

- вагіноектомія;

- уретропластика;

- фаллопластика;

- методіопластика;

- протезування яєчок та/або скротопластика.

3. Післяопераційний догляд та реабілітація пацієнта в залежності від виду хірургічного втручання. За необхідності, лікування ускладнень та виправлення косметичних недоліків.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Діагностика гендерної дисфорії у ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу

Гендерна дисфорія характеризується тривалими стражданнями та дискомфортом від невідповідності власного тіла та/чи гендерної ролі, відчуттю власної гендерної належності.

Гендерна дисфорія має багато проявів, що різняться від пацієнта до пацієнта. Прояви мають враховуватись для оцінки пацієнта, але вони скоріш є фоном, на якому розвинулося захворювання, ніж симптомом гендерної дисфорії.

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

Прояв гендерної дисфорії може викликати розвиток інших психопатологічних розладів, як правило депресивного характеру, так і сама гендерна дисфорія в окремих випадках може бути вторинною щодо якогось захворювання. Тому лікарю, який проводить діагностику, потрібно максимально оцінити психічний стан пацієнта. У разі, якщо стан спровокований психопатологічним розладом чи захворюванням – вжити заходів щодо його стабілізації і керованості, після чого надавати медичні послуги з лікування гендерної дисфорії. У випадках, коли розлади спровоковані впливом гендерної дисфорії – вжити заходів щодо їх лікування в процесі надання медичної допомоги з лікування гендерної дисфорії.

Можливі проблеми включають тривогу, депресію, заподіяння собі шкоди, образи і зневагу, поведінкову персеверацію, зловживання алкоголем чи наркотиками, сексуальні проблеми, особистісні порушення, розлади харчової поведінки, психотичні розлади і розлади аутичного характеру. Лікарі-психіатри повинні виявляти ці та інші проблеми психічного здоров'я і включати виявлені проблеми в загальний план лікування. Ці проблеми можуть бути суттєвими джерелами дистресу і, залишені без лікування, вони можуть утруднити процес дослідження статевої ідентичності та усунення гендерної дисфорії. Вирішення цих проблем може значно полегшити усунення гендерної дисфорії, можливі зміни гендерної ролі, прийняття обґрунтованих рішень про медичні втручання і поліпшення якості життя.

Гендерна дисфорія може супроводжуватися іншими психологічними чи психопатологічними проблемами. Тому важлива диференційна діагностика гендерної дисфорії і станів, що мають схожі ознаки, наприклад дисморфобії, що виявляється в захопленні людини ідеями про власну кастрацію, пенектомію або клітородектомію.

Оцінка проводиться в амбулаторних умовах шляхом відвідувань пацієнтом лікаря-психіатра не менше ніж 2 роки.

Можливо при потребі проводити оцінку пацієнта в умовах психіатричного стаціонару.

Первісна оцінка пацієнтів з можливою гендерною дисфорією включає соматичне і психопатологічне обстеження стану здоров'я, з приділенням особливої уваги психосексуальній історії та поточному існуванню. Досліджувати потрібно розумову діяльність протягом усього життя, включаючи будь-які історії розладів. Повинні бути виявлені та зафіксовані дитячі гендерні спогади, поведінка в дитинстві та підлітковому віці, зв'язок трансгендерності із можливим еротичним направленням. Описуються спроби пацієнта відповідати культурним гендерним очікуванням, що існують у суспільстві. Досліджується поточний сімейний чи інший статус відносин, обговорюється сімейна ситуація, які кроки гендерного переходу вже зроблені, чи вживає пацієнт психоактивні речовини.

Наявність гендерної дисфорії встановлюється за критеріями DSM-V (додаток 4) та ставить синдромальний діагноз з урахуванням особливостей клінічних проявів. Формулювання синдромального діагнозу:

- Транссексуалізм;
- Трансвестизм подвійної ролі;
- Розлад статевої ідентифікації у дитячому віці;
- Інший розлад статевої ідентифікації;
- Розлад статевої ідентифікації неуточнений;
- Фетишистський трансвестизм.

Не є рідкісними випадки, коли в пацієнта можна спостерігати критерії, притаманні кільком нозологічним одиницям, та пацієнт може відчувати дискомфорт гендерної дисфорії за критеріями, не пов'язаними із транссексуалізмом.

Власне сам діагноз не повинен розцінюватись ні лікарем, ні пацієнтом як психопатологія. Він тільки описує особливості індивіда, його гендерної варіації та має бути врахованим при спільній з пацієнтом розробці індивідуального плану медичної допомоги.

Для виявлення пацієнтів, які мають високий ризик суїциду, всім пацієнтам необхідно ставити питання: «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?»

Якщо жоден із вищевказаних діагнозів не підтвердився, необхідно розглянути вірогідність психопатологічного розладу, при якому трансгендерна поведінка є фоною.

2. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра (лікаря-психолога/лікаря-психотерапевта)

- прояви гендерної дисфорії відповідно до одного із синдромальних діагнозів;
- тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з гендерною дисфорією);
- погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться;
- побажання пацієнта.

Пацієнти з гендерною дисфорією, яка ускладнена депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, терміново направляються на вторинну медичну допомогу.

3. Вибір стратегії та алгоритму лікування

1. Всі пацієнти з гендерною дисфорією потребують індивідуалізованого підходу до лікування з урахуванням тяжкості гендерної дисфорії та психосоціальних особливостей.

2. Всім пацієнтам рекомендують дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, регулярної фізичної активності.

3. Важливим завданням лікаря-психіатра є інформування пацієнтів про різноманітність статевої ідентичностей та гендерних самовиражень і різні можливості, доступні для полегшення гендерної дисфорії. Лікар-психіатр може полегшити дослідження пацієнтом цих різних можливостей з метою знайти комфортну гендерну роль і самовираження і підготуватися прийняти повністю обгрунтоване рішення щодо доступних медичних втручань, якщо необхідно. Цей процес може включати направлення на індивідуальну, сімейну або групову психотерапію та/або до ресурсів трансгендерної спільноти і засобів взаємодопомоги. Лікар-психіатр і пацієнт обговорюють наслідки, коротко- і довготривалі, будь-які зміни до гендерної ролі і користь медичних втручань. Ці наслідки можуть бути психологічними, соціальними, фізичними, сексуальними, професійними, фінансовими та юридичними.

4. Лікар-психіатр розробляє та узгоджує із пацієнтом Індивідуальний план обстеження і лікування (ІПОІЛ). Узгодження полягає в підписі пацієнтом своїх зобов'язань виконувати процедури, передбачені ІПОІЛ.

ІПОІЛ розробляється відповідно до результатів оцінки, враховуючи діагноз, пов'язаний із гендерною дисфорією, та побажання пацієнта щодо необхідних заходів та медичних втручань, рекомендованих чинним УКПМД.

ІПОІЛ повинен містити наступну інформацію: Вихідні дані про пацієнта; Передбачені лікувальні заходи та медичні втручання; Дати з зазначенням призначення заходу чи втручання; Дата проведеного заходу чи втручання; Результати заходів чи втручань.

Залежно від успішності лікувальних заходів та медичних втручань ІПОІЛ може корегуватися. Будь-які зміни в ІПОІЛ погоджуються і засвідчуються підписом пацієнта.

5. Лікар-психіатр обговорює з пацієнтом можливість почати гендерний перехід. Вони також оговорюють дату початку та фіксують його в ІПОІЛ, аналогічно обговорюється частота відвідувань лікаря-психіатра пацієнтом з метою проведення поточного контролю за процесом лікування.

При гендерному переході відбувається соціальна адаптація пацієнта в бажаній гендерній ролі.

Роль лікаря-психіатра при гендерному переході полягає в допомозі пацієнту спрямувати правильний напрямок переходу, щоб оточення пацієнта приймало його в гендерній ролі, що співпадає з його ідентичністю.

Не всі пацієнти можуть розпочати гендерний перехід відразу після затвердження ППОІЛ. Частина з них має особливості приватного характеру чи побоюється втратити робоче місце, соціальний статус чи отримати конфлікт з оточенням чи сім'єю за місцем проживання. З такими пацієнтами обговорюється можливість зміни оточення на більш лояльне до змін у гендерній ролі, пропонується пройти психотерапію для розкриття власних потенціалів, потім визначитись з початком гендерного переходу.

Частина пацієнтів має недостатньо маскулітних чи фемінних ознак для сприйняття їх в бажаній гендерній ролі. Таким пацієнтам пропонується пройти гормональну терапію, курс психотерапії та інші медичні втручання, що будуть передувати гендерному переходу.

6. Всім пацієнтам незалежно від діагнозу призначають психотерапію, метою якої є порушення гендерної бінарності в уявленні пацієнта та при прагненні змінити статеву належність, згоді розпочати гендерний перехід – терапію вирішення проблем для більш вдалої адаптації в бажаній гендерній ролі.

7. Пацієнтам, які бажають змінити статеву належність, пропонується направлення на ЗГТ до лікаря-ендокринолога.

8. За бажанням пацієнта при проходженні медичних втручань з корекції статевої належності, а саме хірургічного втручання, може бути видане Медичне свідоцтво зі зміни (корекції) статевої належності.

9. За бажанням пацієнта лікар-психіатр оцінює ефективність психосоціальної адаптації після медичних втручань.

Мета та етапи лікування

Традиційно, етапи лікування поділяють на активне лікування, тривале (стабілізуюче) і підтримуюче (профілактичне) лікування.

Кінцевою метою лікування є досягнення ремісії, що означає не тільки відсутність симптомів (в значенні відсутності відповідно до критеріїв діагнозу захворювання, а також відсутності або наявності мінімальних залишкових симптомів), але також і явні поліпшення психосоціального функціонування та зайнятості. Проміжні цілі полягають у подальшій стабілізації і запобіганні рецидиву, виключенні субсиндромальних ознак і відновленні колишнього функціонального рівня. Довгострокова мета полягає в запобіганні подальшим епізодам, підтримці функціональних можливостей і задовільній якості життя.

Проте, найважливіша мета на всіх стадіях лікування захворювання полягає в тому, щоб запобігти самогубству як найбільш небезпечному результату депресії, зумовленої гендерною дисфорією.

Дуже важливим є регулярне відстеження і документування досягнення цілей лікування, оскільки від цього залежать рішення щодо подальшого лікування.

Критеріями (підставою) для початку будь-якого лікування є:

- наявність бажання пацієнта розпочати лікування;
- стійка і гендерна дисфорія;

- вік 14 років та старше (у разі лікування малолітньої особи необхідна письмова згода від офіційних представників (батьків, опікунів));
- здатність пацієнта приймати обгрунтовані рішення і давати згоду на лікування;
- підписана усвідомлена згода на лікування.

5. Психотерапія

Психотерапія не спрямована на зміну статевої ідентичності індивіда; скоріше, психотерапія може допомогти індивіду досліджувати гендерні проблеми і знайти способи полегшення статевої дисфорії за її наявності. Виходячи з загальної мети лікування допомогти пацієнту досягти довготривалого комфорту у вираженні своєї статевої ідентичності, з реалістичними шансами на успіх у відносинах, освіті та роботі, психотерапія проводиться на різних етапах самостійно або із ЗГТ, безпосередньо при спілкуванні з лікарем або з використанням дистанційних засобів спілкування.

Якщо гендерна дисфорія не тяжка або ж пацієнт віддає перевагу психотерапії, то вона може бути ефективною в якості монотерапії. При лікуванні тяжкої гендерної дисфорії поєднання психотерапії із ЗГТ зазвичай є більш ефективним, хоча потребує більших фінансових затрат.

Перша лінія психотерапії включає:

- 1) когнітивно-поведінкову терапію;
- 2) міжособистісну терапію;
- 3) сімейну терапію.

Когнітивно-поведінкова терапія при гендерній дисфорії – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень) сфокусована на симптомах психотерапія, заснована на передумові, що дискомфорт підтримується спотвореними уявленнями про себе, навколишній світ та майбутнє. Після того, як пацієнти вже здатні розпізнавати такі автоматичні моделі мислення, їх навчають більш адаптивним шляхам реагування. Особливістю когнітивно-поведінкової терапії при гендерній дисфорії є те, що пацієнт повинен усвідомити, що трансгендерність цілком нормальне явище у людській поведінці. Це допоможе подолати внутрішню трансфобію та розкрити потенціал для подальшої соціалізації.

Завдання когнітивно-поведінкової терапії:

- 1) з'ясування і дослідження гендерної ідентичності і гендерної ролі;
- 2) зняття впливу стигми і стресу меншини на психічне здоров'я і розвиток людини;
- 3) полегшення процесу розкриття гендерної ролі, що для окремих пацієнтів може включати зміни у вираженні гендерної ролі і застосування фемінізуючих / маскулінізуючих медичних втручань.

Міжособистісна терапія – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень) психотерапія, сфокусована на одній або декількох областях проблемного функціонування, включаючи рольові переходи, міжособистісні рольові конфлікти, нерозв'язане переживання скорботи або дефіцит

міжособистісних відносин. Міжособистісна терапія має сприяти вдалій соціалізації при гендерному переході.

6. Замісна гормональна терапія

ЗГТ вважається необхідним медичним втручанням при зміні (корекції) статевої належності, окрім випадків, коли пацієнту за медичними показниками ЗГТ протипоказана. Факт непридатності пацієнта для отримання ЗГТ встановлюється лікарем-ендокринологом на підставі даних лабораторних обстежень та клінічного моніторингу його стану.

6.1. Принципи проведення ЗГТ

Призначати ЗГТ слід в контексті відповідного загального клінічного підходу, включаючи:

- ретельне діагностичне обстеження з оцінкою ризиків ускладнень, з урахуванням супутніх захворювань, а також проведенням лабораторних досліджень за показаннями;
- надання пацієнтові необхідних відомостей і навчання необхідним навичкам;
- ретельний моніторинг лікування, особливо на початку проведення ЗГТ;
- моніторинг результатів лікування;
- періодична перевірка прихильності пацієнта до лікування.

6.2. Вплив гормональної терапії на організм пацієнта

Фемінізуюча / маскулінізуюча гормональна терапія буде викликати фізичні зміни, які найбільше відповідають статевій ідентичності пацієнта (додатки 2, 3).

Ступінь і швидкість фізичних змін частково залежать від дози, способу введення і препарату, що використовується, які вибираються у відповідності з конкретними медичними цілями пацієнта (наприклад, зміни у вираженні гендерної ролі, плани зі зміни статі) і побічними явищами. У даний момент не існує доказів того, що реакція на гормональну терапію – можливо, за винятком зниження голосу у FtM-пацієнтів – може бути достовірно передбаченою на підставі віку, статури, етнічної приналежності чи зовнішності родичів. При рівності інших факторів, немає ніяких підстав вважати, що схвалений лікарем тип або метод введення гормонів є ефективнішим, ніж будь-який інший у процесі досягнення бажаних фізичних змін.

Лікар-ендокринолог повинен інформувати пацієнта про фізичні зміни, що будуть викликані гормональною терапією, та зафіксувати факт інформування у медичній документації.

6.3. Обговорення питань щодо репродуктивної функції пацієнта

Лікар-ендокринолог повинен довести до пацієнта інформацію про можливу втрату репродуктивної функції та надати рекомендації щодо доступу до допоміжних репродуктивних технологій (див. п. 4.10 розділу IV).

6.4. Гормональне лікування

1). MtF-пацієнти

Нормальні ендокринні діапазони відрізняються між різними лабораторіями через різні методики аналізу, що не завжди відповідають одна одній. Лікарі-ендокринологи повинні використовувати дані своєї місцевої лабораторії при інтерпретації результатів, що повідомляються.

Перед початком лікування лікар-ендокринолог повинен довести пацієнту відомості про ризики захворювань, що можуть бути викликані гормональною терапією. Інформація щодо ризиків, пов'язаних з фемінізуючою / маскулінізуючою гормональною терапією для пацієнтів з гендерною дисфорією, наведені в Додатку 1. Крім того, пацієнти мають бути інформовані щодо необхідності дотримання здорового способу життя: відмова від тютюнопаління, від вживання алкоголю, достатня фізична активність, збалансоване харчування тощо. Факт надання інформації необхідно зафіксувати у медичній документації.

Дослідження, які необхідно виконати перед початком лікування:

Артеріальний тиск, загальний клінічний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові із визначенням, печінкових проб, рівня глюкози, електролітів, ліпідів, сироватки, вільної від тироксину T₄, рівня тиреотропного гормону, тестостерону, естрадіолу (менше 100 пмоль/л) і пролактину (50-400 мУ/л).

Схема лікування:

Естрадіол 10-60 мкг перорально, естрадіол гель (3-4 рази на добу) або естрадіол трансдермальний пластир (50-150 мкг, 2-4 рази на тиждень), або гексестрол (зокрема, для пацієнтів старше 40 років)

у поєднанні з:

- **аналогом ГнРГ** (ін'єкція підшкірно 3,6 мг один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів) або

- **антиандрогенами**: ципротерон (50-100 мг перорально) чи бікалутамід (12 мг перорально).

Дозування естрогенів залежить від результатів контролю рівнів циркулюючого естрадіолу, від застосованого препарату та особливостей організму та стану пацієнта.

За необхідності додатково можуть призначатись:

- **спіронолактон** (100-400 мг перорально) з метою блокади додаткових рецепторів андрогену;

- **медроксипрогестерон** (100 мг перорально двічі на день) або **дидрогестерон** (10 мг перорально двічі на день);

- **фінастерид** (5 мг перорально) – з метою блокування перетворення тестостерону до більш активного дигідротестостерону, що може перешкоджати втраті волосся на голові і тестостерон-залежному росту волосся на тілі.

Моніторинг стану MtF-пацієнтів:

Моніторинг здійснюється один раз на 6 місяців впродовж 3-х років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів.

Під час планового візиту виконуються наступні дослідження: вимірювання артеріального тиску, загальний клінічний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові із визначенням печінкових проб, рівня глюкози,

електролітів, ліпідів, тестостерону, естрадіолу протягом 24 годин після таблетки або 48 годин після трансдермального вживання (рівні повинні бути у верхній половині нормального фолікулярного діапазону, 300-400 пмоль/л) і пролактину (менше ніж 400 мУ/л).

Моніторинг ефективності та ризиків фемінізуючої гормональної терапії у MtF-пацієнтів

Найкращою оцінкою ефективності гормонального лікування є клінічна реакція: чи перетворюється тіло пацієнта в жіноче, в той час як чоловічі статеві ознаки мінімізуються? З метою визначення доз гормональних препаратів, які дозволять досягти клінічної реакції, можна виміряти рівні тестостерону і рівні естрадіолу.

Моніторинг небажаних явищ повинен включати клінічну оцінку стану пацієнта і лабораторні дослідження. Подальше спостереження включає ретельну оцінку наявності ознак серцево-судинних порушень і венозної тромбоемболії шляхом вимірювання артеріального тиску, маси тіла і пульсу, обстежень серця і легенів, огляду кінцівок щодо наявності периферичних набряків, локалізованого здуття або болю. Перелік лабораторних досліджень визначається ризиками гормональної терапії, наявністю індивідуальних захворювань, факторів ризику пацієнта, складом схеми гормональної терапії.

Особливості гормональної терапії після хірургічного втручання, що передбачає гонадоектомію:

- Припинення прийому гормонів за 4 тижні до операції і призначення однієї дози аналогу ГнРГ (3,6 мг підшкірно). Відростання волосся може статися, якщо ефекти дії аналогу ГнРГ припиняться після приблизно 4 тижнів.

- Прийом гормонів не повинен бути відновлений протягом 4 тижнів після операції, якщо немає ускладнень, а саме таблетки естрадіолу або трансдермальні пластирі для пацієнтів старше 40 років.

- Продовження вживання антиандрогенів після гонадоектомії, як правило, не потрібне, але андрогени все ще можуть надмірно вироблятися наднирковими залозами – в такому разі може бути призначений фінастерид приблизно через 6 місяців, якщо андрогенні ефекти і раніше викликали стурбованість.

- Необхідне спостереження стосовно остеопорузу, раку молочної та передміхурової залози.

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

2). FtM-пацієнти

Необхідні аналізи перед початком лікування:

Артеріальний тиск, клінічний аналіз крові, сечі біохімічне дослідження крові із визначенням, печінкових проб, рівня глюкози, електролітів, ліпідів, вільного T4 сироватки, тиреотропного гормону, пролактину (рівень нижче 400 мУ/л), естрадіолу у сироватці крові та рівень тестостерону.

Схема лікування:

Для пацієнтів 18 років і старше:

- **аналог ГнРГ** (ін'єкція 3,6 мг підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів) у поєднанні із **тестостероном**.

Для пацієнтів до 18 років:

- зворотна ЗГТ – **аналог ГнРГ** (3,6 мг підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів);

- частково зворотна ЗГТ (при схваленні законним представником гендерного переходу щодо наміру змінити статеву належність при досягненні 18 років) – **аналог ГнРГ** (3,6 мг підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів) у поєднанні із препаратами **естрогенів** чи **андрогенів**.

Доза андрогенів залежить від застосованого препарату тестостерону та особливостей організму та стану пацієнта

Моніторинг стану FtM-пацієнтів

Моніторинг здійснюється один раз на 6 місяців протягом 3 років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів.

Під час планового візиту проводяться наступні дослідження: вимірювання артеріального тиску, загальний клінічний аналіз крові, сечі біохімічне дослідження крові із визначенням печінкових проб, рівня глюкози, електролітів, ліпідів, тестостерону (рівень <10 нмоль/л), естрадіолу (рівень нижче 70 Пмоль/л) та пролактину (рівень нижче 400 мУ/л). Якщо тестостерон приймається перорально, потрібно виміряти рівень дигідротестостерону протягом 3-4 годин після приймання препарату.

Оцінка і зміни ризиків маскулінізуючої гормональної терапії у FtM-пацієнтів

Абсолютні протипоказання до терапії тестостероном включають вагітність, нестабільну ішемічну хворобу серця та нелікованих поліцистемію з гематокритом 55% або вище. Оскільки трансформація тестостерону в естроген може підвищити ризик у пацієнтів з анамнезом раку молочної залози або інших естрогенозалежних видів раку, до початку гормональної терапії необхідні консультації з лікарем-онкологом. Супутні захворювання, які можуть загострити прийом тестостерону, необхідно оцінити і лікувати, в ідеалі, до початку гормональної терапії. Консультація лікаря-кардіолога може бути доцільна для пацієнтів, які мають серцево-судинні або цереброваскулярні захворювання.

Підвищена поширеність синдрому полікістозних яєчників була відзначена у FtM-пацієнтів навіть за відсутності прийому тестостерону. Хоча немає доказів зв'язку синдрому полікістозних яєчників із формуванням трансгендерної ідентичності, синдром полікістозних яєчників пов'язаний з підвищеним ризиком діабету, захворювань серця, високого артеріального тиску і раку яєчників та ендометрія. Ознаки і симптоми синдрому полікістозних яєчників необхідно оцінити до початку терапії тестостероном, тому що тестостерон може викликати багато з цих захворювань. Тестостерон може вплинути на плід, що розвивається, і пацієнтам із ризиком настання вагітності необхідне високоефективне попередження вагітності.

Базові лабораторні величини важливі для оцінки як початкового ризику, так і можливих майбутніх небажаних явищ. Початкові лабораторні дані повинні бути засновані на ризиках фемінізуючої гормональної терапії, описані в

Додатку 1, а також на індивідуальних факторах ризику пацієнта, включаючи сімейний анамнез.

Моніторинг ефективності та ризиків при маскулізуючій гормональній терапії у FtM-пацієнтів

Найкращою оцінкою ефективності гормонів є клінічна реакція: Чи перетворюється тіло пацієнта в чоловіче, у той час як жіночі ознаки мінімізуються? Лікарі-ендокринологи можуть досягти хорошого клінічного ефекту з найменшою вірогідністю небажаних явищ за допомогою підтримки рівнів тестостерону в межах нормального чоловічого діапазону, уникаючи супрафізіологічних рівнів. У пацієнтів, які застосовують тестостерон внутрішньом'язово, деякі лікарі перевіряють нижні рівні тестостерону, у той час як інші воліють перевіряти рівні в проміжку циклу.

Моніторинг небажаних явищ повинен включати клінічну оцінку стану пацієнта і лабораторні дослідження. Подальше спостереження включає ретельну оцінку наявності ознак серцево-судинних порушень і венозної тромбоемболії шляхом вимірювання артеріального тиску, маси тіла і пульсу, обстежень серця і легень, огляду кінцівок щодо наявності периферичних набряків, локалізованого здуття або болю. Перелік лабораторних досліджень визначається ризиками гормональної терапії, наявністю індивідуальних захворювань, факторів ризику пацієнта, складом схеми гормональної терапії.

7. Хірургічні втручання

7.1. Призначення хірургічних втручань

Призначати хірургічні втручання слід в контексті відповідного загального клінічного підходу, включаючи:

- ретельне діагностичне обстеження з оцінкою ризиків ускладнень, з урахуванням супутніх захворювань, а також проведенням лабораторних досліджень за показаннями;

- надання пацієнтові необхідних відомостей і навчання необхідним навичкам;

- ретельний моніторинг лікування та його результатів.

7.2. Підстава хірургічного втручання:

- бажання пацієнта;

- форма № 027/о.

7.3. Обговорення питань щодо репродуктивної функції пацієнта

Лікар-хірург має усвідомлювати, що хірургічні втручання для пацієнтів вкрай важливі, повинні розцінюватись як бажане позбавлення аномалій, що покращить рівень життя пацієнта.

Лікар-хірург повинен інформувати пацієнта про повну втрату репродуктивної функції внаслідок деяких втручань зі статевореконструктивної хірургії та надати рекомендації щодо доступу до допоміжних репродуктивних технологій (див. п. 4.10 розділу IV).

7.4. Критерії придатності для певних видів хірургічного втручання

Для FtM-пацієнтів:

- Реконструкція грудей (мастоектомія). Для гістеректомії та/або видалення придатків матки потрібна наявність в пацієнта Виписки із медичної карти амбулаторного, (стаціонарного) хворого за формою 027/о, яким підтверджується наявність діагнозу, пов'язаного із гендерною дисфорією. Встановлюється додатковий критерій придатності до цього виду хірургічного втручання, окрім загальних, визначених в п.4.7 розділу IV – 12 місяців безперервної ЗГТ за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або з інших причин не приймає гормони).

- Вагіноектомія, уретропластика, фаллопластика, метоїдопластика, протезування яєчок та/або скротопластика – 12 місяців безперервної ЗГТ за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або з інших причин не приймає гормони) та, принаймні, 12 місяців безперервного життя в гендерній ролі, яка збігається з гендерною ідентичністю.

Для MtF-пацієнтів:

- Маммопластика – 18 місяців гормональної терапії до операції зі збільшення грудей, щоб максимізувати ріст грудей та отримати кращі естетичні результати.

- Пенектомія, орхіектомія, емаскуляція, вагінопластика, кліторпластика та/або лабіопластика – 12 місяців безперервної ЗГТ за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або з інших причин не приймає гормони) та принаймні 12 місяців життя безперервно в гендерній ролі, яка збігається з гендерною ідентичністю.

- Інші хірургічні втручання, вказані у цьому розділі, здійснюються за основними критеріями придатності для хірургічного втручання.

7.5. Передопераційна підготовка – загальна для всіх видів хірургічних втручань:

- за 1 місяць до хірургічного втручання припинити прийом гормонів;
- вилікувати гострі захворювання та хронічні захворювання в стадії загострення;
- лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, обстеження на ВІЛ;
- усунути інфекційні осередки (каріозні зуби, запальні процеси в пазухах носа, вухах). Припинити прийом антикоагулянтів.

8. Подальші заходи та загальна медична допомога

Обстеження молочної залози призначаються згідно з відповідними медико-технологічними документами.

MtF-пацієнтам повинні бути запропоновані рекомендації в залежності від захворювань передміхурової залози, оскільки простатектомія не є частиною статевої реконструктивної хірургії.

FtM-пацієнтам повинно бути запропоноване постійне обстеження захворювань шийки матки та аналізи на цитологію шийки матки згідно з відповідними медико-технологічними документами.

У зв'язку з підвищеним ризиком зменшення кісткової маси внаслідок лікування, повинна бути запропонована кісткова денситометрія, в разі необхідності, згідно з відповідними медико-технологічними документами.

9. Особливості надання медичної допомоги дітям із гендерною дисфорією (проявами дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі, встановленої їм при народженні і пов'язаною з цим гендерною роллю зі статевим самовідчуттям та статевою поведінкою)

9.1. Клінічна картина гендерної дисфорії у дітей та підлітків.

Деякі малолітні особи, починаючи з 2-х років, можуть проявляти окремі риси, які можуть розглядатися, як прояви дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі, встановленої їм при народженні та гендерною роллю зі статевим самовідчуттям та статевою поведінкою. Вони можуть віддавати перевагу одягу, іграм та іграшкам, які зазвичай у суспільстві пов'язані з іншою статтю. У більшості дітей прояви трансгендерної поведінки та гендерна дисфорія зникає до пубертатного періоду. Частина дітей позбавляється проявів дискомфорту в рамках культурально прийнятних форм поведінки, наприклад шляхом модифікації гендерного самовираження і ролі, що може включати в себе епізодичне або постійне життя в змінній гендерній ролі, фемінізації або маскулінізації тіла без застосування медичних засобів, модифікації стилю поведінки та одягу в межах субкультури унісексу. Проте у деяких підлітків ці почуття посиляться, і відразу до тіла та до статево-соціальних функцій зросте у міру розвитку вторинних статевих ознак.

Багато пацієнтів, які звертаються з приводу гендерної дисфорії, не повідомляють про прояви трансгендерної поведінки в дитинстві або навмисно акцентують на ній увагу для отримання бажаного діагнозу, що дозволить їм змінити статево належність.

4.9.2. Первинна медична допомога

Комплексне діагностичне обстеження кожної дитини сімейним лікарем має включати в себе оцінювання відповідності її психосексуального розвитку віку дитини зі скеруванням у разі потреби до лікарів спеціалістів, зокрема лікаря-ендокринолога, лікаря-медичного генетика, лікаря-гінеколога, лікаря-хірурга.

Підлітки, які належать до сексуальних та гендерних меншин дуже часто стикаються зі специфічними проблемами розвитку. Якщо початковий скринінг свідчить про те, що питання сексуальної орієнтації, гендерної невідповідності або гендерної ідентичності мають клінічне значення, ці проблеми мають бути вивчені більш ретельно. Питання про сексуальні почуття, переживання статевої ідентичності або про поведінку гендерних ролей та гендерної ідентичності можуть допомогти прояснити будь-які проблемні області, пов'язані зі статтю. Інформація має бути зібрана по ходу загального інтерв'ю у дитини та її батьків, без осуду, без передчасних припущень про яку-небудь конкретну її сексуальну орієнтацію. Це не може бути забезпечене, наприклад за допомогою використання гендерно-нейтральної мови поки підліток не задекларує чи продемонструє певну сексуальну орієнтацію. Сімейний лікар

проводить скринінг дітей з проявами дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі, встановленої їм при народженні і пов'язаною з цим гендерною роллю зі статевим самовідчуттям та статевою поведінкою.

Діагностика гендерної дисфорії у дітей у віці до 17 років є виключною компетенцією лікаря-психіатра дитячого. Для надання спеціалізованої психіатричної допомоги за рекомендацією дитячого психіатра дитина та її батьки можуть бути скеровані сімейним лікарем до лікаря медичного психолога, лікаря-психотерапевта.

При дослідженні психосексуального розвитку, сексуальної орієнтації, гендерної невідповідності або гендерної ідентичності особлива увага має надаватися конфіденційності відносин лікаря та підлітків. Питання конфіденційності важливі з усіма пацієнтами; особливо з неповнолітніми, що належать до сексуальної та гендерної меншин. Потрібно враховувати їх попередній досвід для того, щоб визначити, чи можуть вони безпечно розкрити свою сексуальну орієнтацію іншим, не побоюючись упередженості або осудження. Будь яка стигматизація при оцінюванні їх психічного здоров'я може викликати сором і підірвати союз із лікарем.

Враховуючи те, що розвиток статевої ідентичності є змінною величиною, бажано, щоб підліток самостійно задавав темп самопізнання при обстеженні та терапії. Підліток у віці старше 14 років може самостійно звернутися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Корисно окреслити розумні очікування недоторканності приватного життя підлітка, механізми забезпечення контролю над прийнятним темпом розкриття. Сімейний лікар повинен мати на увазі потенційні ризики для підлітків передчасного розголошення їх сексуальної орієнтації, зокрема такі, як відмова від них сім'ї, відчуження від систем підтримки, що може спровокувати кризу.

Сімейні лікарі повинні бути знайомі зі стандартною практикою конфіденційності щодо неповнолітніх, а також повинні захищати конфіденційність, коли це можливо, щоб зберегти клінічний альянс. Це особливо актуально при використанні засобів масової інформації, фіксації медичної інформації з використанням електронних медичних записів, при використанні яких конфіденційна інформація може легко розповсюджуватись.

9.3. Надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги

Оцінка та діагностування гендерної дисфорії у дітей є виключно компетенцією лікаря-психіатра дитячого. Дітям, за наявності у них гендерної дисфорії встановлюється діагноз «розлад статевої ідентифікації у дитячому віці», який після досягнення повноліття може бути переглянутий відповідно до діагностичних категорій у дорослих. Важливо забезпечити диференційну діагностику тих підлітків, хто проявляє лише відмінності в статево-рольовій поведінці (гендерне інакодумство, яке не є розладом відповідно до критеріїв DSM-IV) від тих підлітків, відображення гендерної ідентичності яких дисонує з їх біологічною статтю (розлад гендерної ідентичності, що супроводжується вираженим гендерним нонконформізмом).

При наданні спеціалізованої психіатричної допомоги дітям з розладами статевої ідентифікації лікар психіатр-дитячий має досліджувати сімейну

динаміку, що має відношення до сексуальної орієнтації, гендерного дискомфорту і гендерної ідентичності в контексті культурних цінностей молоді, сім'ї та громади.

Завданням лікаря-психіатра дитячого при роботі з родиною зміна її уявлення про дитину, надання їм підтримки. Більшість батьків відчувають дистрес, когнітивний дисонанс, відчувають тривогу чи гнів, відчуття втрати, сорому і провини. З часом більшість батьків сприймають особливості своїх дітей і поведуться з ними толерантніше, здатні надати їм необхідну підтримку, хоча для цього може знадобитися час. Клініцисти повинні оцінювати уявлення батьків про те, що являє собою нормальна, прийнятна поведінка, їх культурні особливості, а також будь-які хибні уявлення або спотворені очікування з приводу гомосексуалізму. Хибні уявлення батьків можуть включати в себе побоювання, що їх дитина буде мати невпорядковані випадкові статеві відносини, приречена на інфікування вірусом імунодефіциту людини, не зможе мати дітей, зганьбить себе в очах людей. В разі потреби лікар-психіатр дитячий має скерувати дитину, чи її родину до лікаря медичного психолога, лікаря-психотерапевта. Групи підтримки можуть бути корисні для сімей, які знаходяться в кризовому стані. У разі сімейної патології може бути рекомендована сімейна терапія.

Діти часто погано передбачають реакцію своїх батьків, що підсилює травматизацію процесу розкриття. Підлітки, яких зневажають їх батьки, можуть відчувати глибоку ізоляцію, що негативно позначається на формуванні їх ідентичності, почутті власної гідності, а також здатності до інтимності; стигматизовані підлітки часто схильні до відсіву зі школи, безпритульності (що може призвести до сексуальної експлуатації або ризикової сексуальної поведінки), наркотизації, алкоголізації, депресії та самогубства. Клініцисти повинні прагнути пом'якшити будь-які ірраціональні почуття сорому і провини, зберегти емпатійність підлітка, підтримати сімейні відносини, де це можливо. Діти з коморбідними розладами психіки повинні мати доступ до терапії.

Булінг трансгендерів має несприятливі наслідки для їх психічного здоров'я, зумовлює розвиток хронічної депресії, тривоги і думок про самогубство. Сімейна терапія може бути корисною, коли сексуальна та гендерна меншість молоді є переслідуванням в своїх сім'ях. Психотерапія може допомогти запобігти чи полегшити ненависть до самого себе, пов'язану з ідентифікацією з агресором. Лікарі-психіатри дитячі також мають проводити консультації та психоосвітню роботу зі школами, поліцією чи іншими органами і установами, що пропагують дотримання політики терпимості, щоб захистити молодих людей, які можуть стати жертвами переслідувань або залякування.

Хибні погляди стосовно трансгендерів, як таких, що беруть участь в численних, безладних сексуальних контактах, не підтверджується емпіричними дослідженнями. Якщо така поведінка і має місце, вона не має бути пояснена, як частина нормального підліткового статевого потягу чи результат формування трансгендерної особистості. Випадки проміскуїтету у

підлітків, як відомо, можуть бути пов'язані з сексуальним розбещенням у дитинстві, випадками сексуального насильства з боку членів групи первинної підтримки дитини, сімейною дисфункцією. Потрібно також розглянути можливість подвійної діагностики коморбідних розладів психіки (гіпоманіакального чи маніакального станів при біполярному розладі, депресивного розладу).

Лікар-психіатр дитячий має:

1) інформувати і виступати на захист дітей та підлітків з гендерною дисфорією та їх сімей у їх громадах. Це особливо важливо, зважаючи на той факт, що малолітні та неповнолітні пацієнти, які не відповідають запропонованим суспільством гендерним нормам, можуть відчувати в подібних закладах нападки та тиск, піддаватися ризику соціальної ізоляції, депресії та іншим негативним наслідкам.

2) надавати малолітнім та неповнолітнім пацієнтам та їх сім'ям інформацію і направлення до мереж взаємодопомоги (відповідні громадські формування та їх інформаційні ресурси), таких як групи підтримки для батьків дітей-трансгендерів.

9.4. Медичні втручання

Психотерапевтичне лікування. Запропоновані методи лікування включають втручання спрямовані на зниження бажання бути особою іншої статі, зниження соціального відчуження, зменшення гендерного дисонансу, встановлення обмежень на вираз гендерно-дисонуючої поведінки, а також лікування коморбідних психічних розладів.

Не існує ніяких доказів того, що сексуальна орієнтація може бути змінена за допомогою терапії, і що спроби зробити це можуть бути шкідливими.

Оперантне обумовлення змінює сексуальні фетиші, воно не змінює гомосексуалізм. Психічні зусилля зі зміни сексуальної орієнтації за допомогою "репаративної терапії" у дорослих виявили мало чи взагалі ніяких змін у сексуальній орієнтації, в той час як продемонстрували ризик заподіяння значної шкоди для самооцінки. Дослідження зусиль, щоб застосувати ці терапевтичні техніки, у дорослих була піддана критиці за нездатність адекватно враховувати ризики, такі як збільшення туги, відрази до себе, ризику розвитку депресивних та тривожних розладів, токсикоманій, зростання суїцидального ризику.

Відсутні вагомні з медичної точки зору підстави для профілактичних заходів, відсутні докази того, що розвиток гомосексуалізму у дорослих можна запобігти шляхом відповідного виховання. Навпаки, такі заходи можуть заохочувати до відмови родин від дітей, підривати самооцінку трансгендерів, зв'язаність і турботу в сім'ях, які є важливими захисними факторами проти суїцидальних намірів і спроб. З огляду на те, що немає ніяких доказів того, що зусилля по зміні сексуальної орієнтації є ефективними, корисними, або необхідними, і ймовірність того, що вони несуть ризик значної шкоди, такі втручання не рекомендовані.

Рекомендована нова стратегія лікування, спрямована на заохочення позитивних відносин з батьком і однолітками чоловічої статі, формування

типових гендерних навичок, а також підвищеної материнської підтримки чоловічої ролі спирається на техніки психоосвітньої роботи з батьками, тренінги соціальної компетентності (формуванні навичок соціальної взаємодії з однолітками) та шкільні консультації щодо усунення гендерного дисонансу у хлопчиків.

Рекомендована стратегія лікування, що заохочує терпимість до гендерної неузгодженості, встановлюючи обмеження на прояви гендерно-дисонуючої поведінки, яка може спровокувати нетолерантність та ворожість однолітків. З огляду на відсутність однозначних даних рандомізованих контрольованих випробувань ефективності лікування, спрямованого на усунення гендерного дисонансу зазначені методи потребують подальшого дослідження.

Лікарі-психіатри дитячі повинні бути інформовані щодо інформаційних ресурсів, що мають відношення до підтримки підлітків та молоді, що належить до гендерних меншин та членів їх сімей.

Особливості проведення замісної гормональної терапії неповнолітнім пацієнтам із гендерною дисфорією

Перш ніж розглядати варіанти медичного втручання для неповнолітніх пацієнтів, як зазначено вище, необхідно провести всебічне вивчення психологічних, сімейних і соціальних аспектів. Тривалість цього вивчення може значно відрізнятись, залежно від складності ситуації. Фізичні втручання повинні розглядатися в контексті підліткового розвитку. Деякі висловлювання пацієнта щодо переконань з приводу ідентичності можуть твердо дотримуватися і чітко висловлюватися, створюючи хибне враження незворотності. Зрушення пацієнта в сторону трансгендерності може статися, в основному, в угоду батькам і може не зберегтися надовго чи спровокувати розвиток гендерної дисфорії.

Гормональні втручання для неповнолітніх пацієнтів підрозділяються на дві категорії або стадії:

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

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

Повністю незворотні втручання неповнолітнім пацієнтам у ЗОЗ України не проводяться.

Поетапний процес рекомендується для того, щоб варіанти лікування залишалися доступними протягом перших двох стадій. Перехід від однієї стадії

до іншої не повинен відбуватися, поки не пройде достатньо часу для того, щоб підліток і його батьки повністю звикли до результатів попередніх втручань.

10. Доступ до допоміжних репродуктивних технологій та реалізація прав на батьківство/материнство, а також на усиновлення в пацієнтів із гендерною дисфорією

Багато пацієнтів із гендерною дисфорією хотіли б мати дітей. Оскільки певні медичні втручання (ЗГТ та статеві-реконструктивна хірургія) обмежують чи припиняють фертильність, пацієнтам бажано прийняти рішення щодо фертильності до початку лікування. Відомі випадки, коли люди, які проходили гормональну терапію і статеві-реконструктивну хірургію, згодом шкодували про свою нездатність стати батьками генетично рідних дітей.

Медичні фахівці повинні обговорити репродуктивні можливості з пацієнтами до початку лікування гендерної дисфорії. Це обговорення має мати місце, навіть якщо пацієнти не зацікавлені в даних питаннях на момент лікування, що може бути більш характерно для більш молодих пацієнтів. Раннє обговорення бажано, але не завжди можливо. Якщо індивід не здійснив хірургічного втручання з гонадоектомією, може бути наявна можливість зупинити приймання гормонів на час, досить довгий для того, щоб вроджені гормони відновилися, дозволяючи продукуватися зрілим гаметам.

Доступ до допоміжних репродуктивних технологій відбувається на вторинній та третинній медичній допомозі (див. п. 6 розділу VII).

MtF-пацієнтів, особливо тих, хто ще не має дітей, необхідно проінформувати про можливості зберігання сперми і порадити їм подумати про розміщення сперми в банк до гормональної терапії. Сперму необхідно брати до гормональної терапії або після припинення терапії до тих пір, поки кількість сперматозоїдів не зросте знову. Кріоконсервування повинно обговорюватися, навіть якщо якість сперми низька. У дорослих з азооспермією можлива біопсія яєчок з подальшим кріоконсервуванням матеріалу для збереження сперми, проте процедура може бути безуспішною.

Можливості репродукції для FtM-пацієнтів можуть включати заморозку ооцитів (яйцеклітин) або ембріона. Заморожені гамети та ембріон можуть пізніше бути використані для виношування сурогатною матір'ю. Дослідження жінок із хворобою полікістозу яєчників показують, що яєчники можуть частково відновлюватися від впливів високих рівнів тестостерону. Короткочасне припинення прийому тестостерону може дозволити яєчникам відновитися для продукування яйцеклітин; успіх, ймовірно, залежить від віку пацієнта і тривалості лікування тестостероном.

Пацієнтів слід інформувати, що дані технології доступні не скрізь і можуть бути досить дорогими.

Особливою групою пацієнтів є препубертатні або пубертатні підлітки, у яких ніколи не розвинеється репродуктивна функція відповідно до їх біологічної статі у зв'язку із вживанням блокаторів або гормонів протилежної статі.

Пацієнтам із гендерною дисфорією не повинні відмовляти в можливостях репродукції. А якщо репродукція вже неможлива внаслідок медичного втручання – то й в усиновленні дитини.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

1. Первинна медична допомога

1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні. У сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (медичними сестрами загальної практики-сімейної медицини).

1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

2. Вторинна (спеціалізована) та (високоспеціалізована) третинна медична допомога

2.1 Кадрові ресурси

Лікарі-психіатри, лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти, лікарі-сексопатологи, лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-гінекологи, лікарі-хірурги, лікарі-урологи, лікарі-отоларингологи (у тому числі дитячі).

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби

Аналог гонадотропіну-релізінг-гормону (ГнРГ): трипторелін; антиандрогени: біклутамід, ципротерон; дидрогестерон; естрадіол; медроксипрогестерон; прогестерон; спіронолактон; тестостерон; фінастерид.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

Форма 112/о – Історія розвитку дитини (Форма 112/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією.

1.2. Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією.

1.3. Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики – сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

2.2. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями-психіатрами, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючими лікарями-психіатрами, що надають вторинну/третинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики – сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необгрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарем-терапевтом дільничним, лікарем-педіатром дільничним (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність прогресування захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває в районі обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-терапевт дільничний, лікар-педіатр дільничний (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-терапевтами дільничними, лікарями-педіатрами дільничними (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0), Історії розвитку дитини (форма 112/о) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарем-терапевтом дільничним, лікарем-педіатром дільничним (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0), Історії розвитку дитини (форма 112/о) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги),

zareєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з гендерною дисфорією, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-терапевта дільничного, лікаря-педіатра дільничного (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з гендерною дисфорією, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-терапевта дільничного, лікаря-педіатра дільничного (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності його прогресування. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту

В. Кравченко

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Гендерна дисфорія», 2016.

2. Закон України «Про психіатричну допомогу».

3. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

4. Наказ МОЗ України від 28.07.2014 № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.08.2014 за № 959/25736.

5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

6. Наказ МОЗ України від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні».

7. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

8. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.

9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

12. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

13. Наказ МОЗ України від 05.07.2005 № 330 «Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах».

14. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 за № 892/7180.

15. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я» (із змінами).

VIII. ДОДАТКИ ДО УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Додаток 1
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гендерна дисфорія»

Ризики, пов'язані з гормональною терапією

Рівень ризику	Фемінізуючі гормони	Маскулінізуючі гормони
Ймовірний підвищений ризик	Венозна тромбоемболічна хвороба ^A Жовчні камені Підвищений рівень ферментів печінки Набір ваги Гіпертригліцеридемія	Поліцитемія Набір ваги Акне Андрогенна плішивість (облісіння) Синдром апное
Ймовірний підвищений ризик з наявністю додаткових факторів ризику	Серцево-судинна хвороба	
Можливий підвищений ризик	Гіпертонія Гіперпролактинемія або пролактінома ^A	Підвищений рівень ферментів печінки Гіперліпідемія
Можливий підвищений ризик з наявністю додаткових факторів ризику	Діабет 2 типу ^A	Дестабілізація певних психопатологічних розладів Серцево-судинна хвороба Гіпертонія Діабет 2 типу
Немає підвищеного ризику або ризик невизначений	Рак молочної залози	Втрата щільності кісток Рак молочної залози Рак шийки матки Рак яєчників Рак матки

^A Ризик при прийомі оральних естрогенів вищий, ніж при прийомі трансдермальних.

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гендерна дисфорія»

**Вплив та очікуваний період дії
фемінізуючих гормонів**

Вплив	Очікуваний початок дії фемінізуючих гормонів на організм пацієнта	Очікуваний термін максимального впливу фемінізуючих гормонів на організм пацієнта
Перерозподіл жиру за жіночим типом	3-6 місяців	2-5 років
Зниження м'язової маси / сили	3-6 місяців	1-2 роки
Розм'якшення шкіри / знижена маслянистість	3-6 місяців	невідомо
Зниження лібідо	1-3 місяців	1-2 років
Зниження спонтанних ерекцій	1-3 місяців	3-6 місяців
Чоловіча сексуальна дисфункція	індивідуально	індивідуально
Збільшення грудей / збільшення молочних залоз	3-6 місяців	2-3 роки
Зменшення розміру яєчок	3-6 місяців	2-3 років
Пригнічення спермогенезу	індивідуально	індивідуально
Витончення та уповільнений ріст волосся на тілі та обличчі	6-12 місяців	більше 3 років
Припинення чоловічого облісіння	Припинення росту волосся припиняється через 1-3 місяці	12 років

Додаток 3
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гендерна дисфорія»

Вплив та очікуваний період дії маскулінізуючих гормонів

Вплив	Очікуваний початок дії фемінізуючих гормонів на організм пацієнта	Очікуваний термін максимального впливу фемінізуючих гормонів на організм пацієнта
Маслянистість шкіри / акне	1-6 місяців	1-2 роки
Ріст волосся на обличчі / тілі	3-6 місяців	3-5 років
Втрата волосся на голові (облісіння за чоловічим типом)	> 12 місяців	індивідуально
Збільшення м'язової маси / сили	6-12 місяців	2-5 років
Перерозподіл жиру за чоловічим типом	3-6 місяців	2-5 років
Припинення менструацій	2-6 місяців	індивідуально
Збільшення клітора	3-6 місяців	1-2 роки
Атрофія піхви	3-6 місяців	1-2 роки
Зниження голосу	3-12 місяців	1-2 роки

Додаток 4

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія»

Співставлення класифікації та критеріїв гендерної дисфорії за DSM-V, Американської психіатричної асоціації, 2013 і діагнозів, які можуть бути пов'язані із гендерною дисфорією за МКХ-10

Гендерна дисфорія, що вимагає специфічного медичного втручання, класифікується відповідно до діагностичних критеріїв діючих діагностичних систем, таких як DSM-V або МКХ-10.

Існують два основних критерії для діагностики гендерної дисфорії згідно з критеріями DSM-V і окремі критерії на кожен нозологічну одиницю, відповідно до критеріїв МКХ-10.

DSM-V	МКХ-10
<p>Гендерна дисфорія (у підлітків або дорослих)</p> <p>А. Відзначена розбіжність між своєю вираженою гендерною та встановленою статтю тривалістю не менш ніж 6 місяців, має прояви 2 або більше з наступних показників:</p> <p>1) помітна невідповідність між своєю вираженою гендерною ідентичністю та первинними та/або вторинними статевими ознаками (або в підлітків – очікуваними вторинними статевими ознаками);</p> <p>2) сильне бажання позбутися своїх первинних та/або вторинних статевих ознак через наявність зазначеної несумісності зі своєю вираженою гендерною ідентичністю (або в підлітків існує наявне бажання запобігти розвитку очікуваних вторинних статевих ознак);</p> <p>3) сильне бажання мати первинні та/або вторинні статеві ознаки іншої статі;</p> <p>4) сильне бажання належати до іншої статі (або до</p>	<p>Діагнози, пов'язані із гендерною дисфорією:</p> <p>Розлади статевої ідентифікації (F64)</p> <p>Транссексуалізм (F64.0)</p> <p>Бажання жити і сприйматися оточуючими як особа протилежної статі, зазвичай супроводжуване відчуттям дискомфорту від своєї анатомічної статі або почуттям недоречності своєї статевої приналежності. Бажання піддатися хірургічному втручання або отримати гормональне лікування з тим, щоб досягти, наскільки це можливо, відповідності бажаній статі.</p> <p>Трансвестизм подвійної ролі (F64.1)</p> <p>Періодичне носіння одягу протилежної статі для того, щоб насолодитися тимчасовою участю в житті протилежної статі, але без будь-якого бажання змінити свою стать, в тому числі і хірургічним шляхом, і без статевого збудження, яке супроводжує переодягання.</p> <p>Розлад статевої ідентифікації в юності або зрілому віці не транссексуального типу Виключений: фетишистський трансвестизм (F65.1)</p> <p>F64.2 Розлад статевої ідентифікації в дитячому віці</p> <p>Розлад, який спочатку, зазвичай, виявляється в ранньому дитинстві (і завжди задовго до пубертатного періоду) і характеризується стійким і сильним стражданням з приводу своєї статі одночасно з сильним бажанням бути</p>

<p>альтернативної статі, що відрізняється від встановленої при народженні статі);</p> <p>5) сильне бажання розглядатися як особа іншої статі (або якої-небудь альтернативної статі, що відрізняється від встановленої при народженні статі);</p> <p>6) тверде переконання, що пацієнт має типові почуття і реакції іншої статі (або якої-небудь альтернативної статі, що відрізняється від встановленої при народженні статі).</p> <p>В. Стан, пов'язаний із клінічно значущим дистресом або пошкодженням у соціальній, професійній або іншій важливій області функціонування, або зі значно підвищеним ризиком страждання, таким як розлади або інвалідність.</p>	<p>особою іншої статі або наполегливо вимогою визнати його таким. Існує постійна заклопотаність одягом і заняттями осіб іншої статі і відмова від особливостей своєї статі. Цей діагноз повинен ставитися лише при глибокому порушенні статевої ідентифікації; наявності рис шибеника у дівчинки або дівочих рис у хлопчика недостатньо для його постановки.</p> <p>Розлади статевої ідентифікації, неуточнені (F64.9)</p> <p>Ця рубрика передбачає кодування розладів статевої рольової поведінки, що характеризуються транзиторним прагненням особи імітувати звички, притаманні протилежній статі. Рубрика використовується у випадках, коли розлад не відповідає діагностичним критеріям F64.1 та F64.2.</p> <p>Фетишистський трансвестизм (F65.1)</p> <p>Відчуття приналежності іншій статі досягається контактом з одягом іншої статі в результаті переодягання. Переодягання сприяє або є єдиною можливим засобом досягнення оргазму. Якщо для порушення необхідна присутність декількох представників іншої статі, які спостерігають за пацієнтом, переодягненим у фетиші протилежної статі, то це призводить до конфлікту між поведінкою і мораллю, а також до порушення соціальних контактів. Серед бажаних фетишів переважає нижня білизна, панчохи, взуття протилежної статі, косметика.</p>
--	--

APPROVED

Order of the Ministry of Health Protection of Ukraine

15.09.2016 № 972

STANDARDIZED CLINICAL PROTOCOL FOR PRIMARY,
SECONDARY (SPECIALIZED) AND TERTIARY (HIGHLY
SPECIALIZED) MEDICAL CARE

GENDER IDENTITY DISORDER

2016

INTRODUCTION

The unified clinical protocol for primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care (UPKOM) „Gender Identification Disorders” was developed taking into account the modern requirements of evidence-based medicine, and addresses the specifics of carrying out the diagnosis and treatment of gender identification disorders in Ukraine from the perspective of ensuring continuity of medical care. UPKOM was developed on the basis of adapted clinical guidelines for „Gender Identification Disorders” based on the principles of evidence-based medicine, taking into account current international recommendations reflected in clinical guidelines – tertiary sources, namely:

1 Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria, Royal College of Psychiatrists, 2013;

2 Gender dysphoria services: a guide for General Practitioners and other health-care staff, NHS England, 2012;

3 Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, WPATH – World Professional Association for Transgender Health, 2013.

4 Practice parameter on gay, lesbian or bisexual sexual orientation, gender-nonconformity, and gender discordance in children and adolescents – Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP), 2012 (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Volume 51, Issue 9, September 2012, Pages 957-97)

The adapted guidelines are available at <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

In terms of form, structure and methodological approaches for applying the requirements of evidence-based medicine, the PCA meets the requirements of the Methodology for Developing and Implementing Medical Standards (Unified Clinical Protocols) for Medical Care Consistent with the Principles of Evidence-Based Medicine, approved by Order of the Ministry of Health Protection of Ukraine No. 751 dated 28.09.2012, registered with the Ministry of Justice of Ukraine on 29.11.2012 under No. 2001/22313.

UPKOM was developed by a multidisciplinary working group that included representatives of various medical specialties: primary care physicians – family doctors, psychiatrists, child psychiatrists, psychologists, sexologists, obstetrician gynecologists, endocrinologists, surgeons, urologists and other specialists.

According to licensing requirements and accreditation standards, health care facilities should have a Local Patient Care Protocol (LPOM), which defines the interaction of the health care facility's structural units, medical staff, etc. (local level) to meet the requirements of the LPOM.

LIST OF ABBREVIATIONS

HIV	Human immunodeficiency virus
GnRH	Gonadotropin-releasing hormone
IPBiL	Individual examination and treatment plan
ECG	Electrocardiography
HTZ	Hormone replacement therapy
ZOZ	Health care facility
PCP	The patient's clinical pathway
CT	Computed tomography
LPOM	Local health care protocol
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Health Problems, 10th edition
MOZ of Ukraine	Ministry of Health Protection of Ukraine
MRI	Magnetic resonance imaging
UPKOM	Standardized clinical protocol for medical care
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association, 5th edition.
FtM	Transsexual or transgender man (female-to-male)
MtF	Transsexual or transgender woman (male-to-female)

I. IDENTIFICATION PART

1 Diagnosis: Diagnoses related to gender identity disorder.

2. ICD-10 code: F64

3. The protocol is intended for: primary care physicians – family doctors, psychiatrists, child psychiatrists, psychologists, psychotherapists, sexologists, obstetrician-gynecologists, endocrinologists, pediatric endocrinologists, pediatric gynecologists, surgeons, pediatric surgeons, ENT physicians, ENT physicians, urology physicians, pediatric urology physicians, physicians engaged in sole proprietorship in the practice of medicine, middle medical personnel, other health care professionals involved in the provision of medical care to patients with gender identity disorders, managers of health care facilities with various forms of ownership and subordination.

4 Objective of the protocol: To organize the provision of medical care to patients with gender identity disorder, to reduce the level of distress, to improve the quality of life of patients.

5. Date of preparation of the protocol: August 2016.

6 Date of next revision: August 2019.

7 Developers:

Havryliuk Andrii, son of Oleksandr	Deputy Director of the Department, head of the Office for Adult Medical Care of the Medical Department of the MOZ of Ukraine, head of the working group;
Pinchuk Iryna, Yakov's daughter	Director of the Ukrainian Scientific and Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Treatment of the MOZ of Ukraine, Doctor of Medical Sciences, chief non-tenure track specialist of the MOZ of Ukraine in the specialty of Addiction Treatment, Psychiatry, Deputy Head of Clinical Affairs;
Martsenkovskiy Ihor, son of Anatoly	Head of the Department of Child and Adolescent Mental Disorders of the Ukrainian Scientific and Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Treatment of the MOZ of Ukraine, candidate of medical sciences, chief non-tenure track specialist of the MOZ of Ukraine in the specialty of Child Psychiatry, deputy head of clinical problems in children;
Lishchyshyna Olena, daughter of Mykhaila	Director of the Department of Standardization of Medical Services of the State Enterprise „State Expert Center of the Ministry of Health Protection of Ukraine”, senior researcher, candidate of medical sciences, deputy head of methodological support;

Horova Ella, daughter of Volodymyr	Deputy Head of the Authority – Head of the Medical Care Quality Control Division of the Medical Care Licensing and Quality Control Authority of the MOZ of Ukraine;
Zinchenko Olena, daughter of Mykola	chief specialist of the Department of Specialized and Highly Specialized Care Organization of the Office of Adult Medical Care of the Medical Department of the MOZ of Ukraine;
Kaminskyi Viacheslav, son of Volodymyr	Head of the Department of Obstetrics and Gynecology and Reproductology of the P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, correspondent member of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, doctor of medical sciences, professor, chief extramural specialist of the MOZ of Ukraine in the specialty of Obstetrics and Gynecology;
Levada Oleh, son of Anatoly	Head of the psychiatry course at the Department of Family Medicine of the State Institution „Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of the MOZ of Ukraine”, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor;
Luchytskyi Yevhen, son of Vasyl	Head of the Department of clinical andrology of the State Institution „Institute of endocrinology and metabolism named after V. P. Komisarenko of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, doctor of medical sciences, professor;
Mankovskyi Boris, son of Mykyta	Head of the Department of Diabetology at the National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk, correspondent member of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, doctor of medical sciences, professor, chief extramural specialist of the MOZ of Ukraine in the specialty of Endocrinology;
Matviets Liudmyla, daughter of Hryhoriia	Assistant to the Department of Family Medicine and Ambulatory Care at the P. L. Shupka National Academy of Postgraduate Medical Education, candidate of medical sciences;
Matiukha Larysa, daughter of Fedor	Head of the Department of Family Medicine and Ambulatory Care at the National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupik, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Out-of-State Specialist of the MOZ of Ukraine in the specialty of Primary Health Care – Family Medicine;
Pustovoit Mykhailo, son of Mykhailo	Rector of the Kiev Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Doctor of Medical Sciences, Professor;

Stakhovskyi Eduard, son of Oleksandr	Deputy director for scientific work at the National Cancer Institute of MOZ of Ukraine, head of the Scientific and Research Branch of Plastic and Reconstructive Oncourology, doctor of medical sciences, professor, chief non-tenure track specialist of MOZ of Ukraine in the specialty of Urology;
Khaustova Olena, daughter of Oleksandr	Head of the Department of Mental Disorders of the Elderly of the Ukrainian Scientific and Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Treatment of the MOZ of Ukraine, Doctor of Medical Sciences, Professor;
Khrapach Vasyl, son of Vasyl	Professor of the Department of Surgery No. 4 of the National Medical University named after O. O. Bohomoltz, doctor of medical sciences, professor;
Tsiomik Oleksandr, son of Vadym	Head of the Consultation and Ambulatory Unit of the Ukrainian Scientific and Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Treatment of the MOZ of Ukraine;
Shum Serhii, son of Serhii	Deputy director for scientific work and forensic psychiatry and expertise of the Ukrainian scientific research institute of social and forensic psychiatry and addiction treatment of the MOZ of Ukraine, candidate of medical sciences

Methodological and information support

Horokh Yevhenii, son of Leonid	Head of the Department of Medical Care Quality and Information Technology of the State Enterprise „State Expert Center of MOZ of Ukraine”, candidate of technical sciences;
Melnyk Yevheniia, daughter of Oleksandr	Head of the Department of Evidence-Based Medicine of the State Enterprise „State Expert Center of MOZ of Ukraine”;
Mihel Oleksandr, son of Volodymyr	Head of the Sector of Economic Assessment of Medical Technologies of the State Enterprise „State Expert Center of MOZ of Ukraine”;
Shylkina Olena, daughter of Oleksandr	Head of the Methodological Support Department of the latest Health care technologies of the State Enterprise „State expert center of MOZ of Ukraine”.

Address for correspondence: Department of Standardization of Medical Services of the State Enterprise „State Expert Center of MOZ of Ukraine”, Kyiv. E-mail address: medstandards@dec.gov.ua

An electronic version of the document can be downloaded from the official website of the MOZ of Ukraine: <http://www.moz.gov.ua> and from the Register of Medical and Technological Documents: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Reviewers:

Aimedov Kostiantyn, son of Volodymyr Head of the Department of Psychiatry, Addiction Treatment, Psychology and Social Welfare of Odessa National Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor;

Bondarenko Volodymyr, son of Oleksandr Head of the Division of Glandular Diseases of the Department of Clinical Endocrinology of the State Institution „Institute of Problems of Endocrine Disorders named after V. J. Danilevsky of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Doctor of Medical Sciences, Professor.

8 Epidemiology

There have been no comprehensive epidemiological studies of the incidence and prevalence of gender identity disorders, as well as transsexualism or transgender and gender-nonconforming identities in general, and attempts to obtain realistic estimates involve enormous difficulties. Even if epidemiological studies showed that the percentage of transgender, transsexual people is the same worldwide, it is likely that cultural differences between countries would change both the behavioral expression of different gender identities and the degree to which gender identity disorders differ from a person's gender identity.

Gender non-conformism is not an uncommon phenomenon. A 2012 survey of 10,000 people by the Human Rights and Equality Commission in the United Kingdom found that 1% of the population self-identifies with some degree of gender variance. This figure is not necessarily considered representative of the entire population.

No similar studies have been conducted in Ukraine, and there are no official statistics on these disorders.

II. GENERAL PART

Gender Identity Disorder refers to the discomfort or distress caused by the discrepancy between a person's gender identity and the sex assigned to him or her at birth (and the associated gender role and/or primary and secondary sex characteristics).

Gender identity disorder should be distinguished from transgenderism (gender non-conformism), which is the degree to which a person's gender identity, role or expression differs from the cultural norms assigned to people of a particular gender.

Only some gender non-conforming people experience gender identity disorder at some point in their lives.

Gender characteristics, including identities stereotypically associated with the sex assigned at birth, are a common and culturally diverse human phenomenon that should not be viewed as inherently pathological or negative.

Nonconformism can be linked to prejudices that exist in society, resulting in psychological distress. This distress is not necessarily specific to transgender, transsexual or gender non-conformist people.

Therefore, gender identity disorder should be understood as the mental suffering associated with the patient's experience of his or her own gender identity, which does not correspond to the phenotype or gender social role usually associated with that phenotype.

Such distress can lead a person to seek medical help.

Thus, the gradation of gender experience between the binary gender norm of „male” or „female” in some patients causes discomfort that will require medical intervention; for others, perhaps minimal or no preventive measures will suffice. It is increasingly recognized that some patients do not identify with the gender binary and this will affect their treatment. Patients’ self-description includes such concepts as pansexuality, polysexuality, asexuality, queer sexuality and others. There are a number of patients who deny the concept of gender in general and see themselves outside the framework of any gender, and require gender-neutral medical services from relevant health care facilities, if their condition is not caused by severe mental illnesses, such as schizophrenia.

Some patients may be given a formal diagnosis of dual-role transvestism or fetish transvestism, sometimes these conditions can be caused by gender identification disorders. Cases are known where in some patients from the aforementioned groups gender identification disorders have reached an extreme degree, transforming into transsexualism.

Some people experience gender identity disorders to such an extent that distress fits the criteria for a formal diagnosis of a mental disorder. Such a diagnosis does not justify judgment or the deprivation of civil and human rights.

Thus, transgender, transsexual and gender non-conforming people are basically not sick. Rather, the distress caused by gender identity disorder is a diagnosable problem for which many treatment options are available.

There is a treatment that helps people with this kind of distress identify their gender identity and find the gender role they are most comfortable with.

The most serious complication of gender identity disorder is suicide.

In very severe cases and forms of the disease, treatment methods used in secondary and tertiary care can be effective.

In this protocol, these terms are used with the following meanings:

An agender person is a person who does not identify with any gender. Physiologically, he or she can be any gender and have any appearance, although some asexual people prefer to look androgynous.

An androgynous person is a person of one sex who combines femininity and masculinity. It can be called a „third gender” – neither masculine nor feminine, combining characteristics of these genders.

A genderfluid person is a person with a „fluid”, fluctuating gender identity who plays either a traditionally „feminine” or traditionally „masculine” role in society,

depending on mood, situation and environment. The term is often used to describe a person's social interactions.

Intrinsic transphobia is discomfort with one's own feelings or transgender identity, resulting from projecting society's normative gender expectations onto oneself.

Gender identity is a person's deep awareness of the internal and individual characteristics of gender affiliation, which may or may not coincide with the sex assigned at birth, including an individual's perception of his or her own body (which, if so desired, may be accompanied by a change in appearance or physiological functions through medical, surgical or other procedures) and other manifestations such as clothing, speech and behavioral traits.

A gender role or expression is the characteristics of a person, appearance and behavior that are considered masculine or feminine in a given culture and historical period (i.e., more typical of a masculine or feminine social role). While most people appear in society in distinctly masculine or feminine gender roles, some people appear in alternative gender roles, such as gender indeterminate or defined transgender. All people tend to combine both masculine and feminine traits in their gender expression in different ways and to varying degrees.

People with non-binary gender identification (syn. genderqueer) are transgender people who do not want to fit into the framework established by the traditional cultural and social division between „female” and „male” sex and gender.

Transvestism (syn. cross-dressing) is wearing clothes and presenting oneself in a gender role that is more typical of the opposite sex in a given culture.

Transgender people is a term that encompasses a diverse group of people who transgress or transcend culturally defined gender categories. The gender identity of transgender people differs to varying degrees from the sex assigned at birth.

Transphobia (gender non-conformism) is the extent to which a person's gender identity, role or expression differs from the cultural norms assigned to people of a particular gender in a particular society.

A transsexual person is a person who wishes to change or has changed their primary and/or secondary sex characteristics through feminizing or masculinizing medical interventions (hormones and/or surgery), which are usually accompanied by a long-term change in gender role. Usually characterized by a high level of gender identity disorder.

Transsexuality (transsexualism) is a diagnosis that describes the symptoms (diagnostic data) specific to transsexuals, if the person has received an appropriate diagnosis.

MtF (male-to-female) (syn. transgender; transsexual or transgender woman) is an acronym for people who were assigned a male gender at birth and who change their body and/or gender role to a female body and/or gender role.

FtM (female-to-male) (syn. trans male; transgender or transsexual male) is an acronym for people who were assigned a female gender at birth and who change their body and/or gender role to a male body and/or gender role.

Features of the healthcare delivery process

Individuals in need of medical care for gender identity disorders are recommended various medical interventions based on different therapeutic program-directed approaches and aimed at:

- changes in gender role or expression (which can include occasionally or permanently living in a different gender role that coincides with a person's gender identity);
- Feminization or masculinization of the body through hormone therapy;
- Altering primary and/or secondary sexual characteristics (e.g., breasts, external and/or internal genitalia) through surgical correction;
- exploring gender identity, role and expression; working with the negative impact of gender identity disorders and stigma on mental health; alleviating internal transphobia; increasing social support and mutual aid; improving body perception or increasing resilience to stress through psychotherapy (individual, couples, family or group).

For the effective implementation of the PCA „Gender Identity Disorder” into the practice of medical care delivery in the ZOZ, a system of activities is needed to raise awareness among primary care physicians on the diagnosis and treatment of gender identity disorders. The training program should include the following key issues:

- mastering practical methods of recognizing gender identification disorders and diagnosing related conditions;
- forming the ability to communicate appropriately with such patients;
- familiarization with modern pharmacological agents and the specifics of their use by primary care physicians.

It is advisable to organize such training in all ZOZs at the stage of developing and implementing the Local Health Care Protocol „Gender Identity Disorders”.

Gender affiliation correction medical intervention in gender identity disorders should be understood as therapeutic measures to the extent deemed sufficient by

the patient to reduce the negative impact of gender identity disorders and shape the characteristics of the desired gender, the role of which the person is capable of performing in society.

Gender reassignment (the process of legal gender correction) also applies to the treatment of gender identity disorders in patients who live in their chosen gender role for a certain period of time and plan to live this way in the future. It is carried out on the basis of the patient's statement of intent, compliance with the patient's medical-biological and socio-psychological indications for gender reassignment, and submission to medical intervention, through the issuance of a Medical Certificate for gender reassignment (correction).

1. Primary health care

1). Screening individuals with manifestations of discomfort caused by the discrepancy between their gender and the behavior and self-perception assigned to them at birth (and their associated gender role), referring them to medical specialists, including a psychiatrist and child psychiatrist, an endocrinologist, a gynecologist, a surgeon, a psychologist, a psychotherapist and others, as needed.

2). Primary diagnosis of gender identity disorder with referral to psychiatrists and child psychiatrists at ZOZs providing specialized psychiatric care.

3). Monitoring the rehabilitation of a patient with gender identity disorder after medical interventions of an invasive surgical nature.

4). Monitoring somatic and psychological disorders in patients with gender identity disorders during and after surgical and hormonal transition.

5). Organization of psychosocial rehabilitation of patients with gender identity disorder.

6). Issuance to a person who has undergone irreversible medical intervention of a Medical Certificate of Change (Correction) of Sexual Affiliation, approved in accordance with the established procedure, on the basis of which the question of appropriate changes in his legal status is then resolved.

2. Secondary medical care

1). A **psychiatrist** at the ZOZ provides specialized psychiatric care to people aged 18 and older, while a child psychiatrist provides specialized psychiatric care to children and adolescents up to the age of 17:

(2) They perform a check and/or evaluation of the patient's mental health. They determine the reasons for which the patient is seeking specialized medical care, and if symptoms of conditions related to gender identity disorder are present, they establish a diagnosis.

(3) Psychiatric examination of a child with symptoms of discomfort caused by inconsistencies in gender self-perception, gender behavior and gender assigned at birth (and associated gender role) up to the age of 14 shall be conducted with the informed consent of both parents; from the age of 14 onward, both parents and the child. The results of the study are confidential, and information about gendered characteristics of self-perception, behavior and gender role can be disclosed to the parents if the child agrees and the child psychiatrist is confident that this will not lead to a crisis situation in the child's primary support group.

(4) If there are coexisting psychiatric conditions and disorders, the psychiatrist or child psychiatrist shall carry out their treatment. Any therapeutic interventions within the framework of specialized psychiatric care for children with gender identity disorders may be carried out if recommended by this protocol up to the age of 14 with the informed consent of both parents; from the age of 14 onward – both parents and the child.

(5) At the patient's request, provide recommendations to the family doctor on the scope of care at the place of residence.

(6) At the request of the patient, issues the form of basic record documentation No. 027/o „Extract from the medical records of an outpatient (hospital) patient” (hereinafter – form No. 027/o), which is used for the exchange of information between outpatient and inpatient health care institutions on the diagnosis, course of the disease, the patient's condition at referral (discharge), tests performed, consultations at other health care institutions, treatment, outpatient care and other recommendations for the patient.

2). A psychotherapist at ZOZ providing secondary health care services:

(1) Helps the patient become aware of his own gender issues and find ways to reduce gender identity disorders. Helps achieve social adaptation in the chosen gender role.

(2) In order to achieve the above, it uses the means of personal, family and group psychotherapy.

(3) If necessary, conducts a repeat course of psychotherapy.

(4) At the patient's request, he shall issue form No. 027/o.

3). Endocrinologist:

(1) Based on blood tests for hormone levels, conducts a primary consultation, which also includes informing the patient about the effects of hormone drugs, their side effects and contraindications.

(2). Prescribes HTZ.

(3). Conducts follow-up consultations and adjusts the course of hormone treatment if necessary.

(4) At the patient's request, he shall issue form No. 027/o.

4). Doctor of Surgery:

(1) If the patient wishes and the criteria for this type of medical intervention are met (see section 4.7 of Chapter IV), perform the following medical interventions:

– For MtF patients: breast augmentation with silicone implants (mammoplasty); penectomy; orchidectomy; vaginoplasty; labiaplasty; clitoroplasty; facial feminization surgery; in some cases emasculation;

– For FtM patients: removal of mammary glands (mastectomy); hysterectomy; vaginectomy; metoidioplasty; phalloplasty; urethroplasty; neo-scrotum creation and testicular endoprosthesis, masculinizing facial plastic surgery.

– At the patient's request, issues Form No. 027/o.

5). Laryngologist:

– if possible, performs surgical intervention on the vocal cords, at the request of the MtF patient, to make the voice more like a woman's.

– At the patient's request, issues Form No. 027/o.

3. Tertiary medical care

1). A psychiatrist at ZOZ providing tertiary care:

– Verifies the diagnosis made to the patient in secondary care if the patient disagrees with it.

2). A physician psychotherapist at ZOZ providing tertiary care:

– in cases of severe gender identity disorder, if psychotherapists at the ZOZs providing secondary care are unable to stabilize the patient's condition, conduct psychotherapy according to an individual program.

3). Endocrinologist:

– He conducts follow-up consultations and adjusts the course of hormone treatment if necessary.

4). Doctor of Surgery:

(1) If the patient wishes and the criteria for this type of medical intervention are met (see Section 4.7 of Chapter IV), perform the following medical interventions:

– For MtF patients: breast augmentation with silicone implants (mammoplasty); penectomy; orchidectomy; vaginoplasty; labiaplasty; clitoroplasty; facial feminization surgery; in some cases emasculation;

– For FtM patients: removal of mammary glands (mastectomy); hysterectomy; vaginectomy; metoidioplasty; phalloplasty; urethroplasty; neo-scrotum creation and testicular endoprosthesis, masculinizing facial plastic surgery.

– At the patient's request, issues Form No. 027/o.

5). Laryngologist:

– if possible, performs surgical intervention on the vocal cords, at the request of the MtF patient, to make the voice more like a woman's.

– At the patient's request, issues Form No. 027/o.

III. MAIN PART

1. PRIMARY HEALTH CARE

1). Primary prevention

Justification

There is no evidence-based basis for specific prevention of gender identity disorder.

Particular attention is needed for at-risk individuals who are exposed to unfavorable environmental factors.

Required actions

1. Prevention talks on the harmfulness, risks to life and health caused by the use of psychoactive substances (including cannabinoids).

2. Prevention talks on neglect, domestic violence, sexual violence, bullying, social neglect in socially maladaptive and marginal families.

3. Prevention talks on conflict resolution in the family and basic support group (stress management).

2). Diagnostics

Protocol guidelines

Diagnosis of gender identity disorder is made only in ZOZs that provide secondary or tertiary care.

Justification

In the etiology of the onset of gender identity disorder, it is equally important to consider the factors that support or exacerbate it, as they are potential targets for intervention.

Required actions

1. Screening of people with symptoms of discomfort caused by inconsistencies in gender, behavior and self-perception assigned to them at birth (and the associated gender role), referral to medical specialists, including a psychiatrist and a child

psychiatrist, an endocrinologist doctor, a gynecologist doctor, a surgeon doctor, a psychologist doctor, a psychotherapist doctor.

2 Disclose patients at high risk of suicide: ask the question „How often have you had thoughts of suicide in the last month?”; refer to a psychiatrist.

3). Treatment

Necessary actions:

1. Support adherence to the recommendations of the psychiatrist.

For patients with an established diagnosis, provide treatment options at ZOZs providing primary health care, in case of stable mental health, with satisfactory social functioning and in consultation with a psychiatrist.

2 Monitor adverse effects of drug treatment, primarily hormone replacement therapy (HTZ).

3. Diagnosis and treatment of somatic diseases in accordance with the guidelines of relevant medical-technological documents.

4). Observation within the clinic

Justification

For patients with an established diagnosis, provide for treatment at ZOZs providing primary care, in case of unstable mental health, with satisfactory social functioning and in consultation with a psychiatrist.

Required actions

1. Monitoring somatic and psychological disorders in patients with gender identity disorders during and after surgical and hormonal transition.

2. Monitoring a patient with gender identity disorder with consideration of surgical and hormonal transformation.

3. Organization of psychosocial rehabilitation of patients with gender identity disorders.

4. Issuance to a person who has undergone irreversible medical intervention of a Medical Certificate on change (correction) of gender affiliation, approved in accordance with the established procedure, on the basis of which the issue of appropriate changes in his legal status is then resolved.

2. SECONDARY (SPECIALIZED) MEDICAL CARE

1). Primary prevention

Justification

There is no evidence-based basis for specific prevention methods for gender identity disorder.

Required actions

1. Recommendations for healthy lifestyle, self-help and self-correction of the impact of social and psychological factors that can lead to the development of gender identity disorders.

2 Informing patients about the diversity of gender identities and gender expression and the various options available to alleviate gender identity disorders.

3 Recommendations for the patient to explore various options to find a comfortable gender role and self-expression, and prepare to make a fully informed decision on available medical interventions, if necessary.

4 Referral to mutual aid resources of the transgender community (social organizations of transgender people).

5 In minor patients, prevention is aimed at the patient's understanding of his or her identity, as well as influencing the micro- and macro-environment of the child or adolescent by informing him or her about transgenderism as a completely normal phenomenon in human behavior.

2). Diagnostics

1. Clinical, anamnestic and psychopathological methods

Justification

The etiology of gender identity disorder includes factors that maintain or exacerbate it, with these being potential targets for intervention.

Required actions

1. Collection and evaluation of information (demographic information about the patient and his family, assessment of health complaints and features (possibilities) of the patient's psychosocial self-actualization).

2 Taking a medical history with an assessment of the dynamics, peculiarities of the patient's life, worldview, the formation of the patient as a person. The psychotraumatic moments of the patient's life, the peculiarities of his development physically and mentally, somatic diseases occurring during his life, with special attention to those that directly or indirectly affect the nervous system (trauma, poisoning, etc.) are taken into account. Attention is paid to bad habits; social factors that can affect mood; availability of social support; psychological and social cushioning factors.

3. Clinical-psychopathological examination of the patient's mental state using a structured diagnostic interview with a description of the mental state and in dynamics.

4 If necessary, study in a psychiatric hospital setting for at least 2 weeks.

5 Covering a patient with transgender identification for at least 2 years.

6 Clearly note the information in the treatment plan when a change in gender role is not planned.

2). Instrumental testing methods

Justification

Brain X-ray may reveal tumors or trauma that may have conditioned the disorder with symptoms of gender identity disorder in the background.

Required actions

Desirable (if it is necessary to carry out differential diagnosis with psychopathological disorders):

- 1) electroencephalography;
- 2) CT, MRI.

3). Laboratory testing methods

Justification

Gender identity disorders can be caused by genetic disorders.

Required actions

Desirable (if differential diagnosis with genetic disorders is necessary): karyotyping.

4) Treatment

1. Outpatient treatment

Justification

The goal of the outpatient stage of treatment is to reduce the impact of gender identity disorder and ensure the patient's functional recovery.

Required actions

Mandatory:

- 1) Psychotherapy;
- 2) Hormone therapy for those who want to change their gender identity (see Section 4.6.4 of Chapter IV). Patients should experience persistent gender identity disorder to be eligible for hormone therapy. Psychotherapeutic support can continue while taking hormones.

Desired:

Hormone therapy (see section 4.6.4 of Chapter IV).

Psychotherapy

Justification

This medical intervention can be the beginning or a stand-alone stage of treatment.

Special attention should be paid to the patient's positive attitude toward treatment. The minimum duration of psychotherapy depends on the characteristics of the patient.

Strategies to improve the patient's positive attitude toward treatment should also include psychoeducation of patients and family members and their active participation in the treatment process.

Required actions

Mandatory:

1 Conduct individual consultations with a psychotherapist. The number of consultations depends on the consideration of the identified needs. The main goal of these sessions is to facilitate the patient's socialization process. Treatment methods should be available.

2. Individual and (if possible) group psychotherapy will allow patients to become more fully aware of their gender identity and understand whether they want to start, continue or drop out of treatment.

3. Depending on the variant of gender identity disorder and its severity, psychosocial therapy can be applied in the form of cognitive function training, problem-solving training, interpersonal interaction training, communication skills training, positive self-perception and confidence training.

4. Psycho-educational activities are aimed at creating a therapeutic alliance, activating the patient, adhering to the doctor's recommendations, involving loved ones in treatment and restoring the patient's quality of life.

5. Conducting problem-solving psychotherapy.

Desired

1. Family therapy

2 Hospital treatment

Justification

Surgical procedures to change (correct) gender affiliation are usually performed in a hospital setting, and are a continuation of hormone therapy to rid the patient of gender identity disorders caused by the presence of primary or secondary sex characteristics by removing them or bringing his appearance to that of the opposite sex.

This type of treatment is desirable but not mandatory for people who have changed/are changing their gender affiliation.

Surgeons in charge of major, irreversible surgeries cannot rely on the opinions of previous specialists and should convince themselves that the chosen procedure is suitable for the patient.

Required actions

Desired

1. Preoperative preparation of patients (general requirements):

– Inform the patient of the consequences of the surgical procedure, including the risks and possible complications; discuss reproductive issues, especially if the procedure permanently deprives the patient of reproductive function; obtain informed consent from the patient for the surgical procedure.

– Stop taking hormones 1 month before the procedure.

– Blood morphology and general urinalysis, biochemical blood test, ECG, blood for HIV markers.

– Elimination of infectious foci (decayed teeth, inflammatory processes in the paranasal sinuses, ears). Discontinuation of anticoagulant medications.

2 Perform surgical procedures:

For MtF patients:

1) Bilateral orchidectomy;

2) Penectomy;

3) Emasculation;

4) Mammoplasty;

5) Feminizing facial plastic surgery:

– Reducing the forehead and brow bones and lowering the level of the hairline on the head;

– Rhinoplasty;

– Highlighting the cheekbones by implanting synthetic or fat filler into the cheeks;

– Ear shape correction and ear repositioning;

– Upper lip lift;

– Shaping a shorter, narrower chin;

– Chondrolaryngoplasty – removal or reduction of a protruding fragment in the anterior part of the disc cartilage.

For FtM patients:

1) Hysterectomy;

2) Mastectomy;

3) Ovariectomy;

4) Masculinizing facial plastic surgery.

3. Post-operative care and rehabilitation of the patient depending on the type of surgical procedure. Treatment of complications, if necessary.

3. Hospitalization

Justification

Patients with gender identity disorder may be hospitalized in a psychiatric hospital for at least two weeks if necessary for testing to establish a diagnosis.

4 Rehabilitation

Justification

Rehabilitation of patients with gender identity disorder is not required unless HTZ and surgery are unsatisfactory and the patient again feels dissatisfied with his or her gender role.

Depending on the type of surgical procedure, post-operative rehabilitation of patients is also provided.

Required actions

Rehabilitation is carried out using the methods of psychotherapy specified in Section 4.5. of Chapter IV.

3. TERTIARY (HIGHLY SPECIALIZED) MEDICAL CARE

1). Primary prevention

Justification

There is no evidence-based basis for specific prevention methods for gender identity disorder.

Required actions

1 Recommendations for a healthy lifestyle, general principles of self-help and self-correction of the impact of social and psychological factors that can lead to the development of gender identity disorders.

2 Inform patients about the diversity of gender identities and gender expression and the various options available to alleviate gender identity disorders.

3 Recommendations for the patient to explore various options to find a comfortable gender role and self-expression, preparing to make a fully informed decision on available medical interventions, if necessary.

4 Referral to mutual aid resources of the transgender community.

5 In child and adolescent patients, prevention is aimed at the patient's understanding of his or her identity, as well as influencing the child or adolescent's micro- and macro-environment by informing him or her about transgenderism as a completely normal phenomenon in human behavior.

2). Diagnostics

Justification

The purpose of diagnostics in tertiary health care facilities is to provide consultations to clarify diagnoses.

Diagnostics are performed at the request of the patient or his legal representative or on the basis of a medical referral.

1. clinical-anamnestic and psychopathological methods

Justification

In the etiology of the symptoms of gender identity disorder, it is equally important to consider the factors that maintain or exacerbate it, as they are potential targets for intervention.

Required actions

1. Collection and evaluation of information (demographic information about the patient and his family, assessment of health complaints and features (possibilities) of the patient's psychosocial self-actualization).

2 Taking a medical history with an assessment of the dynamics, peculiarities of the patient's life, worldview, the formation of the patient as a person. The psychotraumatic moments of the patient's life, the peculiarities of his development physically and mentally, somatic diseases occurring during his life, with special attention to those that directly or indirectly affect the nervous system (trauma, poisoning, etc.) are taken into account. Attention is paid to bad habits; social factors that can affect mood; availability of social support; psychological and social cushioning factors.

3. Clinical-psychopathological examination of the patient's mental state using a structured diagnostic interview with a description of the mental state.

2). Instrumental testing methods

Justification

Brain X-ray can reveal tumors or the consequences of trauma that may have conditioned the disorder with symptoms of gender identity disorder in the background.

Required actions

Desirable (if it is necessary to carry out differential diagnosis with psychopathological disorders):

- 1) electroencephalography;
- 2) CT, MRI;
- 3) ultrasound examination.

3). Laboratory testing methods

Justification

Gender identity disorders can be caused by genetic disorders.

However, these tests have no diagnostic value on their own and can be used in differential diagnosis.

Required actions

Desirable (if differential diagnosis with genetic disorders is necessary): karyotyping.

2 Hospital treatment

Justification

Surgical procedures to change (correct) gender affiliation are usually performed in a hospital setting, and are a continuation of hormone therapy to rid the patient of gender identity disorders caused by the presence of primary or secondary sex characteristics by removing them or bringing his appearance to that of the opposite sex.

This type of treatment is desirable but not mandatory for people who have changed/are changing their gender affiliation.

Surgeons in charge of major, irreversible surgeries cannot rely on the opinions of previous specialists and should convince themselves that the chosen procedure is suitable for the patient.

Surgical procedures also include surgeries to correct cosmetic defects or treat severe complications that arose from surgical procedures in secondary care.

Required actions

Desired

1. Preoperative preparation of patients (general requirements):

– Inform the patient about the consequences of the surgical procedure, including the risks and possible complications; discuss reproductive issues, especially if the procedure permanently deprives the patient of reproductive function; obtain informed consent from the patient for the surgical procedure;

– 1 month before the procedure, stop taking hormones;

– Blood count and general urinalysis, biochemical blood test, ECG, blood for HIV markers;

– Eliminate infectious foci (decayed teeth, inflammatory processes in the paranasal sinuses, ears). Stop taking anticoagulants.

2 Perform surgical procedures:

For MtF patients:

– Feminizing vaginoplasty by penile inversion or colovaginoplasty methods;

– If necessary – clitoroplasty, labiaplasty;

– Treatments to feminize the voice by reducing the vocal folds and lengthening the front of the glottis.

For FtM patients:

- vaginectomy;
- urethroplasty;
- phalloplasty;
- metoidioplasty;
- Testicular prosthesis and/or scrotoplasty.

3. Post-operative care and rehabilitation of the patient, depending on the type of surgical procedure. If necessary, treatment of complications and correction of cosmetic defects.

IV. DESCRIPTION OF THE STAGES OF MEDICAL CARE

1. Diagnosis of gender identity disorders in ZOZs providing secondary and tertiary health care

Gender Identity Disorder is characterized by persistent suffering and discomfort resulting from a discrepancy between one's own body and/or gender role and one's sense of one's own gender identity.

Gender identification disorder has many manifestations that vary from patient to patient. The manifestations should be taken into account when evaluating the patient, but they are more of a background against which the disease has developed than a symptom of gender identity disorder.

Transgender people can have a wide range of sexual orientation, so the aspect of sexual orientation and sexual preference should be taken into account when evaluating a patient with gender identity disorder in order to develop the most effective treatment plan. However, it cannot be the basis for denying medical services or deciding to change gender affiliation.

Manifestation of gender identity disorder can be the cause of the development of other psychopathological disorders, most often of a depressive nature, as well as gender identity disorder itself in individual cases can be secondary to any disease. Therefore, the diagnostic physician should assess the patient's mental state as much as possible. If the condition is provoked by a psychopathological disorder or disease, he should take measures to stabilize and control it, and then provide medical assistance for the treatment of gender identification disorder. In cases where the disorder is caused by gender identification disorder, take measures to treat it in the process of providing medical assistance for the treatment of gender identification disorder.

Possible problems include anxiety, depression, self-harm, offending and insulting, behavioral perseverations, alcohol or drug abuse, sexual problems, personality disorders, eating disorders, psychotic disorders and autistic disorders. Psychiatrists should identify these and other mental health problems and include them in the overall treatment plan. These problems can be a significant source of distress and, if left untreated, can make it difficult to explore sexual identity and get rid of gender identity disorder. Addressing these issues can make it much easier to get rid of gender identity disorder, possibly change one's gender role, make informed decisions about medical interventions, and improve quality of life.

Gender identification disorder can be accompanied by other psychological or psychopathological problems. Therefore, it is important to carry out a differential diagnosis of gender identification disorder and conditions that have similar symptoms, such as dysmorphophobia, which manifests itself in a person's fascination with ideas about his own castration, penectomy or clitoridectomy.

The evaluation is conducted on an outpatient basis through visits to a psychiatrist for at least two years.

It is possible, if necessary, to evaluate the patient in a psychiatric hospital setting.

Initial evaluation of patients with possible gender identity disorders includes a somatic and psychopathological health examination, with a focus on psychosexual history and current functioning. Mental activity throughout life should be examined, including a possible history of disorders. Memories of childhood sex, childhood and adolescent behavior, and the relationship of transgenderism to possible erotic orientation should be identified and noted. The patient's attempts to conform to cultural gender expectations existing in society are described. The current family or other relationship status is examined, the family situation is discussed, what steps in the gender correction process have already been taken, and whether the patient uses psychoactive substances.

The presence of gender identity disorder is established according to the DSM-V criteria (Appendix 4) and a symptomatic diagnosis is made that takes into account the specificity of clinical symptoms. Formulation of symptomatic diagnosis:

- Transsexualism;
- Transvestism of the dual role type;
- Gender Identity Disorders of Childhood;
- Other gender identity disorders;
- Gender identification disorder unspecified;
- Fetishistic Transvestism.

It is not uncommon for a patient to have criteria common to several nosological entities, and for a patient to experience discomfort with gender identity disorders based on criteria unrelated to transsexualism.

The diagnosis itself should not be treated as psychopathology by either the doctor or the patient. It only describes the characteristics of the individual, his gender variation, and should be taken into account when creating an individual medical care plan together with the patient.

In order to reveal patients at high risk of suicide, each patient should be asked the question, „How often have you had thoughts of suicide in the last month?”

If none of the above diagnoses are confirmed, the possibility of psychopathological disorders with transgender behavior as a background should be considered.

2. Indications for referral to a psychiatrist (psychologist doctor / psychotherapist doctor)

- Manifestations of gender identity disorders according to one of the symptomatic diagnosis;
- Severe depression (marked maladjustment due to gender identity disorder);
- Patient's request.

Patients with gender identity disorder complicated by depression accompanied by suicide risk or threat of violence against the environment are immediately referred to secondary health care.

3. Selection of treatment strategy and algorithm

(1) All patients with gender identity disorder require an individualized approach to treatment, taking into account the severity of gender identity disorder and psychosocial characteristics.

(2) All patients are advised to follow a regular daily rhythm, sleep hygiene, principles of rational nutrition and regular physical activity.

(3) An important task of a psychiatrist is to inform patients about the diversity of gender identities and gender expression and the various options available to alleviate gender identity disorders. The psychiatrist can facilitate the patient's exploration of these various options in order to find a comfortable role and self-expression, and to prepare for a fully informed decision. This process may include referral to individual, family or group psychotherapy and/or to transgender community resources and mutual aid resources. The psychiatrist and patient discuss the consequences, short- and long-term, of any changes in gender role and the benefits of

medical interventions. These consequences can be psychological, social, physical, sexual, occupational, financial and legal.

(4) The psychiatrist develops and agrees with the patient on an Individual Examination and Treatment Plan (IPBiL). The reconciliation consists of the patient signing his/her commitment to follow the procedures specified in the IPBiL.

The IPBiL is developed according to the results of the assessment, taking into account the diagnosis related to gender identity disorder and the patient's wishes regarding the necessary medical actions and interventions recommended by the applicable UPKOM.

The IPBiL should include the following information: Baseline data on the patient; Scheduled medical measures and interventions; Dates indicating the recommendation of the measure or intervention; Date of the measure or intervention; Results of the measures or intervention.

Depending on the success of treatment measures and medical interventions, the IPBiL may be revised. Any changes to the IPBiL are agreed upon and certified by the patient's signature.

(5) The psychiatrist discusses with the patient the possibility of starting the gender correction process. They also agree on a start date and record it in the IPBiL, and discuss the frequency of the patient's visits to the psychiatrist for ongoing monitoring of the treatment process.

During the gender correction process, the patient's social adaptation in the desired gender role takes place.

The role of the psychiatrist in the gender correction process is to help the patient guide the correction process in the right way, so that the patient's environment accepts him in a gender role that coincides with his identity.

Not all patients can begin the gender correction process immediately after IPBiL approval. Some have private reasons or fear of losing their jobs, social status or conflict with their environment or family at home. With such patients, the possibility of changing the environment to one that is more loyal to the change in gender role is discussed, they are offered psychotherapy to discover their potential, and then decide to begin the gender correction process.

Some patients do not have sufficient male or female characteristics to be seen in the desired gender role. Such patients are offered hormone therapy, a course of psychotherapy and other medical treatments to precede the gender correction process.

(6) All patients, regardless of diagnosis, are referred to psychotherapy aimed at changing the gender binary in the patient's perception and, if the patient wishes

to change gender affiliation, agreeing to begin the process of gender correction – problem-solving therapy for more successful adaptation to the desired gender role.

(7) Patients who want to change their gender affiliation are offered a referral to an endocrinologist for HTZ.

(8) At the request of the patient, in the event of undergoing medical procedures to correct gender affiliation, namely a surgical procedure, a Medical Certificate of change (correction) of gender affiliation may be issued.

(9) At the patient's request, the psychiatrist evaluates the effectiveness of psychosocial adaptation after medical interventions.

4. Purpose and stages of treatment

Traditionally, treatment stages are divided into active treatment, long-term (stabilizing) treatment and maintenance (preventive) treatment.

The ultimate goal of treatment is to achieve remission, which means not only the absence of symptoms (in the sense of absence according to the criteria for diagnosis of the disease, and the absence or presence of minimal residual symptoms), but also a marked improvement in psychosocial functioning and employment. Intermediate goals are further stabilization and prevention of relapse, elimination of subsyndromal features and restoration of previous functional levels. The long-term goal is to prevent further episodes, maintain functional capacity and a satisfactory quality of life.

However, the most important goal at all stages of treatment is to prevent suicide as the most dangerous outcome of depression caused by gender identity disorder.

It is very important to regularly track and document the achievement of treatment goals, as decisions on further treatment depend on this.

The criteria (basics) for starting any treatment are as follows:

- The patient's readiness for treatment;
- Persistent gender identity disorder;
- Age of at least 14 years (in the case of treatment of a minor, the written consent of legal representatives (parents, guardians) is required);
- The patient's ability to make informed decisions and consent to treatment;
- Signing informed consent for treatment.

5. Psychotherapy

Psychotherapy is not intended to change a person's gender identity; rather, psychotherapy can help a person explore gender issues and find ways to alleviate gender identity disorders, if any. Based on the overall treatment goal of helping the

patient achieve long-term comfort in expressing his or her gender identity, with a realistic chance of success in relationships, education and work, psychotherapy is conducted at various stages alone or with HTZ, directly in conversation with a doctor or using remote communication means.

If gender identity disorder is not severe, or if the patient prefers psychotherapy, it can be effective as monotherapy. In the treatment of severe gender identity disorder, a combination of psychotherapy and HTZ is usually more effective, although it requires more money.

The first line of psychotherapy includes:

- 1) cognitive-behavioral therapy;
- 2) interpersonal therapy;
- 3) family therapy.

Cognitive-behavioral Therapy for gender identity disorder is a short-term (usually 12-16 sessions of one per week), symptom-focused psychotherapy, based on the idea that discomfort is sustained by distorted perceptions of the self, the surrounding world and the future. Once patients are able to recognize these automatic thought patterns, they are taught more adaptive ways to respond. A special feature of cognitive-behavioral therapy for gender identity disorder is that the patient should realize that transgenderism is a perfectly normal phenomenon in human behavior. This will help overcome internal transphobia and release the potential for further socialization.

Tasks of cognitive-behavioral therapy:

- 1) Clarify and explore gender identity and gender roles;
- 2) Removing the impact of stigma and minority stress on mental health and human development;
- 3) Facilitating the process of gender role discovery, which in individual patients may include changing gender role expression and using feminizing/masculinizing medical interventions.

Interpersonal therapy is a short-term psychotherapy (usually 12-16 sessions of one per week) that focuses on one or more areas of problematic functioning, including role change, interpersonal role conflict, unresolved grief experience or deficits in interpersonal relationships. Interpersonal therapy should facilitate successful socialization during the gender correction process.

6. Hormone replacement therapy

HTZ is considered a necessary medical intervention in the process of gender correction, except when HTZ is medically contraindicated in a particular patient. The

decision that a patient cannot use HTZ is made by an endocrinologist based on laboratory tests and clinical monitoring of the patient's condition.

6.1 Principles of HTZ use

HTZ should be used in the context of an appropriate overall clinical approach, including:

- A sound diagnostic examination with assessment of the risk of complications, taking into account comorbidities, as well as conducting laboratory tests as indicated;
- Providing the patient with the necessary information and teaching the necessary habits;
- Reliable monitoring of treatment, especially at the beginning of HTZ use;
- Monitoring the results of treatment;
- Periodically checking the patient's adherence to treatment.

6.2 Effects of hormone therapy on the patient's body

Feminizing/masculinizing hormone therapy will result in physical changes that are most consistent with the patient's gender identity (Appendices 2, 3).

The degree and rate of physical change depends in part on the dose, mode of administration and drug used, which are selected according to the patient's specific medical goals (e.g., change in gender role expression, gender correction plan) and side effects. Currently, there is no evidence that response to hormone therapy, with the possible exception of voice lowering in FtM patients, can be reliably predicted by age, body type, ethnicity or relative appearance. With the same other factors, there is no reason to believe that the type or mode of hormone administration prescribed by a physician is more effective than any other in achieving the desired physical changes.

The endocrinologist should inform the patient of the physical changes that will be caused by hormone therapy and record the fact of the information in the medical record.

6.3 Discuss issues related to the patient's reproductive functions

The endocrinologist should inform the patient about the possible loss of reproductive function and make recommendations for accessing assisted reproductive techniques (see section 4.10 of Chapter IV).

6.4 Hormonal treatment

1). MtF patients

Correct endocrinology ranges vary from lab to lab due to different analytical techniques that do not always agree with each other. Endocrinologists should use information from their local laboratory when interpreting the results given.

Before starting treatment, the endocrinologist should inform the patient about the risks of diseases that hormone therapy may cause. Information about the risks of feminizing/masculinizing hormone therapy in patients with gender identity disorders is provided in Appendix 1. In addition, patients should be informed about the need to lead a healthy lifestyle: smoking cessation, alcohol consumption, adequate physical activity, balanced diet, etc. The fact that the information was provided should be noted in the medical record.

Tests to be performed before starting treatment:

Blood pressure, blood count, general clinical urinalysis, biochemical blood test with liver function tests, glucose, electrolytes, lipids, serum levels of thyroxine T4, thyrotropic hormone, testosterone, estradiol (less than 100 pmol/l) and prolactin (50-400 mU/l).

Treatment scheme:

Estradiol 10-60 µg orally, estradiol gel (3-4 times a day) or estradiol transdermal patch (50-150 µg, 2-4 times a week), or hexestrol (especially in patients over 40) combined with:

- **GnRH analogue** (subcutaneous injection of 3.6 mg every 4 weeks or 10.8 mg subcutaneously every 12 weeks) or
- **The antiandrogens:** cyproterone (50-100 mg orally) or bicalutamide (12 mg orally).

Estrogen dosage depends on the results of monitoring circulating estradiol levels, the drug being used, and the patient's body characteristics and condition.

If necessary, additionally can be used:

- **spironolactone** (100-400 mg orally) to block additional androgen receptors;
- **medroxyprogesterone** (100 mg orally twice daily) or **didrogestosterone** (10 mg orally twice daily);
- **finasteride** (5 mg orally) – to block the conversion of testosterone to the more active dihydrotestosterone, which can prevent hair loss on the head and testosterone-dependent body hair.

Monitoring the condition of MtF patients:

Monitoring takes place once every 6 months for 3 years, and then annually thereafter depending on assessments and clinical results.

During the scheduled visit, the following tests are performed: blood pressure measurement, blood count, general clinical urinalysis, biochemical blood test with liver function tests, glucose levels, electrolytes, lipids, testosterone, estradiol within 24 hours after taking the pill or 48 hours after transdermal application (levels shou-

ld be in the upper half of the normal follicular range, 300-400 pmol/l) and prolactin (less than 400 mU/l).

Monitoring the efficacy and risk of feminizing hormone therapy in MtF patients:

The best assessment of the effectiveness of hormone treatment is the clinical response: is the patient's body transforming into a feminine one, while minimizing male sexual characteristics? Testosterone and estradiol levels can be measured to determine the doses of hormones that will achieve a clinical response.

Monitoring for adverse events should include clinical assessment of the patient's condition and laboratory tests. Follow-up includes a reliable assessment of the presence of signs of cardiovascular disorders and venous thromboembolism by measuring blood pressure, body weight and pulse rate, examining the heart and lungs, examining the extremities for peripheral edema, local swelling or pain. The list of laboratory tests depends on the risk of hormone therapy, the presence of individual diseases, the patient's risk factors, and the hormone therapy regimen.

Features of hormone therapy after surgery involving gonadectomy:

– Discontinue hormones 4 weeks before surgery and administer one dose of GnRH analog (3.6 mg subcutaneously). Hair regrowth may occur if the effect of the GnRH analog stops after about 4 weeks.

– Hormone intake should not be resumed within 4 weeks after surgery if there are no complications, namely estradiol tablets or transdermal patches for patients over 40.

– Continued use of antiandrogens after gonadectomy is usually not necessary, but androgens may still be overproduced by the adrenal glands, in which case finasteride may be prescribed after about 6 months if androgen action was already causing problems beforehand.

– Observation for breast and prostate cancer is necessary.

– Endocrine laboratory tests are performed once every 6 months for 3 years, then annually if there are no complications.

2). FtM patients

Necessary tests before starting treatment:

Blood pressure, blood count, general clinical urinalysis, biochemical blood test with liver function tests, glucose levels, electrolytes, lipids, free serum T4, thyrotropic hormone, prolactin (levels below 400 mU/l), serum estradiol and testosterone levels.

Treatment scheme:

For patients 18 years of age and older:

– **GnRH analog** (subcutaneous injection of 3.6 mg every 4 weeks or 10.8 mg subcutaneously every 12 weeks) in combination with **testosterone**.

For patients under 18 years of age:

– Reversible HTZ – **GnRH analog** (3.6 mg subcutaneously once every 4 weeks or 10.8 mg subcutaneously every 12 weeks);

– Partially reversible HTZ (with the consent of the legal representative for the sex correction process after the age of 18) – **GnRH analog** (3.6 mg subcutaneously once every 4 weeks or 10.8 mg subcutaneously every 12 weeks) in combination with **estrogen** or **androgen** preparations.

The dose of androgens depends on the testosterone preparation used and the peculiarities of the patient's body and condition

Monitoring the status of FtM patients:

Monitoring takes place every 6 months for 3 years, and then annually thereafter depending on assessments and clinical results.

During the scheduled visit, the following tests are performed: blood pressure measurement, blood count, general clinical urinalysis, biochemical blood test with determination of liver function tests, glucose, electrolytes, lipids, testosterone (<10 nmol/l), estradiol (less than 70 pmol/l) and prolactin (less than 400 mU/l). If testosterone is taken orally, dihydrotestosterone levels should be measured within 3-4 hours after taking the drug.

Assessment and risk changes of masculinizing hormone therapy in FtM patients:

Absolute contraindications to testosterone therapy include pregnancy, unstable coronary artery disease and untreated polycythemia vera with a hematocrit of 55% or higher. Since the transformation of testosterone into estrogen may increase the risk in patients with a history of breast cancer or other estrogen-dependent cancers, consultation with an oncologist is necessary before starting hormone therapy. Comorbidities that may be exacerbated by taking testosterone should be evaluated and treated, preferably before starting hormone therapy. Consultation of a cardiologist may be advisable in patients with cardiovascular or cerebrovascular disease.

An increased incidence of polycystic ovary syndrome has been reported in FtM patients, even in the absence of testosterone use. Although there is no evidence of a link between polycystic ovary syndrome and transgenderism, polycystic ovary syndrome is associated with an increased risk of diabetes, heart disease, hypertension, and ovarian and endometrial cancer. Features and symptoms of polycystic ovary syndrome should be evaluated before starting testosterone therapy, as testosterone can

cause many of these diseases. Testosterone can affect the developing fetus, so patients at risk of pregnancy should use highly effective pregnancy prophylaxis.

Baseline laboratory results are important for assessing both initial risk and possible future adverse events. Baseline laboratory data should be based on the risks associated with feminizing hormone therapy, as described in Appendix 1, as well as the patient's individual risk factors, including family history.

Monitoring the efficacy and risks of masculinizing hormone therapy in FtM patients:

The best assessment of the effectiveness of hormonal treatment is the clinical answer: is the patient's body transforming into a masculine one, while minimizing feminine features? Endocrinologists can achieve a good clinical outcome with the least likelihood of side effects by keeping testosterone levels in the normal male range, avoiding supra-physiological levels. In patients using intramuscular testosterone, some doctors check the lower testosterone levels, while others prefer to check levels during the cycle.

Monitoring for adverse events should include clinical assessment of the patient's condition and laboratory tests. Follow-up includes a reliable assessment of the presence of signs of cardiovascular disorders and venous thromboembolism by measuring blood pressure, body weight and pulse rate, examining the heart and lungs, examining the extremities for peripheral edema, local swelling or pain. The list of laboratory tests depends on the risk of hormone therapy, the presence of individual diseases, the patient's risk factors, and the hormone therapy regimen.

7. Surgical procedures

7.1 Referral for surgical procedures

Surgical referrals should be made in the context of an appropriate overall clinical approach, including:

- A sound diagnostic examination with assessment of the risk of complications, taking into account comorbidities, as well as conducting laboratory tests as indicated;
- Providing the patient with the necessary information and teaching the necessary habits;
- Reliable monitoring of treatment and its results.

7.2 Basics for the surgical procedure:

- patient's request;
- form no. 027/o.

7.3 Discuss issues related to the patient's reproductive functions

The surgeon should be aware that surgical procedures are extremely important for patients and should be considered as a desirable removal of anomalies that will improve the patient's quality of life.

The surgeon should inform the patient about the complete loss of reproductive function as a result of certain genital reconstructive surgery interventions and make recommendations for accessing assisted reproductive techniques (see Section 4.10 of Chapter IV).

7.4 Eligibility criteria for certain types of surgery

For FtM patients:

– Breast reconstruction (mastectomy). In the case of hysterectomy and/or removal of uterine appendages, the patient should have an excerpt from the outpatient (hospital) medical record on form 027/o, which confirms having a diagnosis related to gender identity disorder. In addition to the general criteria set forth in Section 4.7 of Chapter V, an additional criterion for eligibility for this type of surgery is the completion of continuous HTZ for 12 months, if necessary (unless the patient has medical contraindications or is not taking hormones for other reasons).

– Vaginectomy, urethroplasty, phalloplasty, metoidoplasty, testicular prosthesis and/or scrotoplasty – 12 months of continuous HTZ, if necessary (unless the patient has medical contraindications or is not taking hormones for other reasons) and at least 12 months of continuous living in a gender role that coincides with gender identity.

For MtF patients:

– Mammoplasty – 18 months of hormone therapy before breast augmentation surgery to maximize breast growth and achieve better aesthetic results.

– Penectomy, orchidectomy, emasculation, vaginoplasty, clitoroplasty and/or labioplasty – 12 months of continuous HTZ, if necessary (unless the patient has medical contraindications or is not taking hormones for other reasons) and at least 12 months of continuous living in a gender role that coincides with gender identity.

– Other surgical procedures listed in this chapter are performed in accordance with the main eligibility criteria for surgery.

7.5 Preoperative preparation is common to all types of surgical procedures:

- 1 month before the procedure, stop taking hormones;
- treat acute diseases and chronic diseases in the exacerbation phase;
- Laboratory tests: blood count, general urinalysis, biochemical blood test, ECG, blood for HIV markers;

– Eliminate infectious foci (decayed teeth, inflammatory processes in the paranasal sinuses, ears). Stop taking anticoagulants.

8 Follow-up and general medical care

Breast examinations are recommended in accordance with relevant medical-technological documents.

MtF patients should be offered prostate disease-dependent recommendations, as prostatectomy is not part of genital reconstructive surgery.

FtM patients should be offered regular cervical screening and cervical cytological examinations in accordance with relevant medical-technological documents.

Due to the increased risk of loss of bone mass as a result of treatment, bone densitometry should be offered if necessary, in accordance with relevant medical-technological documents.

9. The specifics of providing medical care to children with gender identity disorder (manifestations of discomfort caused by the discrepancy between the sex assigned to them at birth and their associated gender role and gender self-perception and gender behavior)

9.1 Clinical picture of gender identity disorders in children and adolescents.

Some minors, as young as 2 years of age, may exhibit certain traits that can be considered manifestations of discomfort resulting from the discrepancy between the sex assigned to them at birth and their associated gender role and their gender self-perception and gender behavior. They may prefer clothes, games and toys that are usually associated with a different gender in society. In most children, transgender behavior and gender identity disorder disappear before puberty. Some children get rid of symptoms of discomfort through culturally acceptable behaviors, such as modifying their gender expression and gender role, which can include episodic or permanent living in an altered gender role, feminization or masculinization of the body without the use of drugs, modification of behavior and dress as part of a unisex subculture. However, in some adolescents, these feelings will intensify and aversion to the body and to gender and social functions will increase as secondary sex characteristics develop.

Many patients seeking help for gender identity disorder do not report the manifestations of transgender behavior in childhood, or deliberately focus on them in order to get the desired diagnosis that will allow them to change their gender affiliation.

4.9.2 Primary health care

A comprehensive diagnostic examination of each child by a family physician should include an assessment of the compatibility of his or her psychosexual development with the child's age, with referral, if necessary, to specialists, including an endocrinologist, a medical geneticist, a gynecologist, and a surgeon.

Adolescents belonging to sexual and gender minorities are very often confronted with specific developmental problems. If initial screening indicates that issues of sexual orientation, gender nonconformity or gender identity are clinically relevant, they should be further investigated. Questions about sexual feelings, gender identity experiences, or behaviors related to gender roles and gender identity can help clarify any areas of gender-related distress. This information should be gathered during a general interview with the child and his or her parents, without judgment or premature assumptions about any particular sexual orientation. This cannot be ensured, for example, by using gender-neutral language until the adolescent has declared or demonstrated a specific sexual orientation. The family doctor screens children with manifestations of discomfort due to discrepancies between the sex assigned to them at birth and their associated gender role and their gender self-perception and gender behavior.

Diagnosis of gender identity disorder in children under the age of 17 is the sole responsibility of a child psychiatrist. For specialized psychiatric care, on the recommendation of the child psychiatrist, the child and his parents may be referred by the family physician to a medical psychologist or psychotherapist.

In the study of psychosexual development and sexual orientation, gender nonconformity or gender identity, special attention must be paid to the confidentiality of the doctor-adolescent relationship. Confidentiality issues are important for all patients; especially for minors belonging to sexual and gender minorities. Their past experiences should be taken into account to determine whether they can safely disclose their sexual orientation to others without fear of prejudice or judgment. Any stigma when assessing their mental health can cause embarrassment and destroy understanding with the doctor.

Given that the development of sexual identity is variable, it is advisable for the teenager to determine the pace of self-discovery on his own during the examination and therapy. A teenager over the age of 14 can independently turn to a primary care doctor – a family doctor. It is advisable to set reasonable expectations regarding the inviolability of the teenager's private life, mechanisms to ensure control over the acceptable pace of disclosure. The family doctor should take into account the poten-

tial risks to adolescents of prematurely disclosing their sexual orientation, such as rejection by the family, exclusion from support systems, which can trigger a crisis.

Family physicians should be familiar with standard practices regarding confidentiality with minors and should protect confidentiality whenever possible to preserve the clinical alliance. This is especially true when using the media, recording medical information through electronic medical records, where confidential information can be easily disseminated.

9.3 Provide secondary (specialized) psychiatric care

The evaluation and diagnosis of gender identification disorder in children is the sole responsibility of a child psychiatrist. Children with gender identity disorder are given a diagnosis of „childhood gender identity disorder,” which can be modified according to adult diagnostic categories once they reach adulthood. It is important to ensure differential diagnosis of those adolescents who exhibit only differences in gender role behavior (gender dysphoria, which is not a disorder according to DSM-IV criteria) from those adolescents whose gender identity dissonates with their biological sex (gender identity disorder, accompanied by marked gender nonconformism).

When providing specialized psychiatric care to children with gender identity disorders, a child psychiatrist should examine family dynamics related to sexual orientation, gender discomfort and gender identity in the context of the cultural values of the youth, family and community.

The task of a child psychiatrist in working with families is to change their perceptions of their child, to provide them with support. Most parents experience distress, cognitive dissonance, anxiety or anger, a sense of loss, shame and guilt. Over time, most parents begin to accept their children's characteristics and behave more tolerantly toward them, and are able to provide the support they need, but this may take time. Clinicians should assess parents' beliefs about what constitutes normal, acceptable behavior, their cultural background, and any misconceptions or distorted expectations about homosexuality. Parents' misconceptions may include fears that their child will have disordered casual sexual intercourse, be doomed to become infected with the human immunodeficiency virus, be unable to have children, and disgrace themselves in the public eye. If necessary, the child psychiatrist should refer the child or his family to a medical psychologist, a psychotherapist. For families in crisis, support groups may be useful. In cases of family pathology, family therapy may be recommended.

Children often anticipate angry reactions from their parents, which increases the traumatization associated with the disclosure process. Adolescents who are rejected by their parents may experience profound isolation, which negatively affects

their identity formation, self-esteem, as well as their capacity for intimacy; stigmatized adolescents are often prone to dropping out of school, homelessness (which can lead to sexual abuse or risky sexual behavior), drug and alcohol abuse, depression and suicide. Clinicians should try to alleviate any irrational feelings of shame and guilt, keep the adolescent empathetic, and support family relationships where possible. Children with associated mental disorders should have access to therapy.

Bullying of transgender people has negative consequences for their mental health, leading to the development of chronic depression, anxiety and suicidal thoughts. Family therapy can be helpful when sexual and gender minority youth are bullied in their families. Psychotherapy can help prevent or alleviate self-hatred associated with identification with the aggressor. Child psychiatrists should also provide counseling and psycho-education to schools, police or other authorities and institutions, promoting tolerance policies to protect young people who may be victims of harassment or bullying.

Misconceptions about transgender people engaging in multiple, disordered sexual encounters are not supported by empirical research. If such behavior does occur, it should not be explained as part of normal adolescent sexual desires or as a result of transgender identity formation. Cases of promiscuity in adolescents, as is known, may be related to childhood sexual abuse, incidents of sexual violence by members of the child's primary support group, and family dysfunction. Dual diagnosis of co-occurring psychiatric disorders (hypomanic or manic states in bipolar disorder, depressive disorders) should also be considered.

A child psychiatrist should:

- 1) Inform and stand up for children and adolescents with gender identity disorder and their families in their communities. This is especially important given that minor patients who do not conform to societal gender norms may experience attacks and pressures in such institutions, and be subject to social isolation, depression and other negative consequences.

- 2) Provide minor patients and their families with information and referrals to mutual support networks (relevant social groups and their information resources), such as support groups for parents of transgender children.

9.4 Medical interventions

Psychotherapeutic treatment. Proposed treatments include interventions to reduce the desire to be a person of a different gender, reduce social exclusion, reduce gender dissonance, establish restrictions on the expression of gender-dissonant behavior, and treat accompanying psychiatric disorders.

There is no evidence that sexual orientation can be changed through therapy and that attempts to do so can be harmful.

Instrumental conditioning changes sexual fetishes, it does not change homosexuality. Psychiatric efforts to change sexual orientation through „reparative therapy” in adults have shown little or no change in sexual orientation, while demonstrating the risk of causing significant harm to self-esteem. Studies of efforts to apply these therapeutic techniques in adults have been criticized for their inability to adequately address risks, such as increased longing, self-hatred, risk of depressive and anxiety disorders, toxicomania, and increased risk of suicide.

There is no medically sound basis for preventive measures, and there is no evidence that the development of homosexuality in adults can be prevented by proper upbringing. On the contrary, such measures may encourage family rejection of children, undermine transgender people’s self-esteem, bonding and caring in families, which are important protective factors against suicide intentions and attempts. Given that there is no evidence that efforts to change sexual orientation are effective, beneficial or necessary, and the likelihood that they carry a risk of significant harm, such interventions are not recommended.

The recommended new treatment strategy, aimed at encouraging positive relationships with the father and male peers, formation of typical gender habits, as well as increased maternal support of the male role, is based on psycho-educational work techniques with parents, social competence training (formation of social interaction skills with peers) and school counseling to eliminate gender dissonance in boys.

A treatment strategy that encourages tolerance toward gender nonconformity by setting limits on the expression of gender-dissonant behavior, which can cause intolerance and hostility from peers, is recommended. Given the lack of conclusive data from randomized controlled trials on the effectiveness of treatments aimed at eliminating gender dissonance, these methods require further study.

Child psychiatrists should be informed about information resources for supporting gender minority adolescents and youth and their families.

Features of hormone replacement therapy in minor patients with gender identity disorder

Before considering options for medical intervention in minor patients, as indicated above, it is necessary to conduct a comprehensive assessment of psychological, family and social aspects. The duration of this assessment can vary greatly depending on the complexity of the situation. Physical interventions should be

considered in the context of the adolescent's development. Some of the patient's statements about identity beliefs may be strongly held and clearly expressed, giving a false impression of irreversibility. The patient's turn toward transgender may be mainly aimed at pleasing parents and may not be permanent or may provoke the development of gender identity disorders.

Hormone therapies in minor patients fall into two categories or stages:

1 Fully reversible therapies. These include the use of GnRH analogs to inhibit estrogen or testosterone secretion and thereby delay physical changes caused by puberty. Alternative treatment options include progestins (most commonly medroxyprogesterone) or other drugs (such as spironolactone) that reduce the effects of androgens secreted by the testes of adolescents not receiving GnRH analogs. Long-term use of oral contraceptives (or medroxyprogesterone depot) can be used to suppress menstruation.

2. Partially reversible therapies. These include hormone therapy aimed at masculinizing or feminizing the body. Some hormone-induced changes may require reconstructive surgery to reverse their effects (e.g., estrogen-induced gynecomastia), while other changes are irreversible (e.g., testosterone-induced lowering of the voice).

Completely irreversible therapies are not used on minor patients in Ukrainian health care facilities.

A staged process is recommended to ensure that treatment is available during the first two stages. The transition from one stage to another should not take place until enough time has passed for the adolescent and his or her parents to become fully accustomed to the results of previous therapies.

10. Access to assisted reproductive technology and realization of paternity/maternity and adoption rights in patients with gender identity disorder

Many patients with gender identity disorder would like to have children. Since some medical interventions (HTZ and gender reconstruction surgery) limit or stop fertility, it is advisable for patients to make fertility decisions before starting treatment. There have been cases where people who underwent hormone therapy and gender reconstruction surgery later regretted that they could not become parents of genetically related children.

Health care professionals should discuss reproductive options with patients before starting treatment for gender identity disorder. This discussion should take place even if patients are not interested in these issues at the start of treatment,

which may be more common in younger patients. An early conversation is desirable, but not always possible. If a person has not undergone surgical gonadectomy, it may be possible to withhold hormones for a period of time sufficient to restore innate hormones, allowing the production of mature gametes.

Access to assisted reproductive techniques takes place in secondary and tertiary medical care (see p. 6 of Chapter VII).

MtF patients, especially those who are not yet having children, should be informed about semen storage options and advised to consider placing semen in a bank before starting hormone therapy. Semen should be collected before hormone therapy is started or after it is withheld until sperm counts increase again. Cryopreservation should be discussed even in cases of poor sperm quality. In adults with azoospermia, it is possible to perform a testicular biopsy with subsequent cryopreservation of the material to preserve sperm, but this procedure may not be successful.

Reproductive options for FtM patients may include freezing oocytes (ova) or an embryo. The frozen gametes and embryo can later be used to carry the baby to term by the surrogate mother. Studies of women with polycystic ovary syndrome show that the ovaries can partially recover from the effects of high testosterone concentrations. Short-term testosterone withdrawal may allow the ovaries to return to oocyte production; success likely depends on the patient's age and the duration of testosterone treatment.

Patients should be informed that these technologies are not available everywhere and can be quite expensive.

A special group of patients are prepubertal or pubertal adolescents who will never develop reproductive functions consistent with their biological sex due to the use of blockers or hormones of the opposite sex.

Patients with gender identity disorder should not be denied the ability to reproduce. And if reproduction is no longer possible as a result of medical intervention, they should not be denied the right to adopt a child.

Jak rozmawiać z pacjentem transpłciowym w gabinecie dermatologicznym – praktyczne porady.

1. Zapytać wprost, jaki zaimek będzie odpowiedni.

2. Nigdy nie zakładać, czego chcą, co widzą w lustrze lub jakie mogą być cele osób transpłciowych – zapytać, jakie preferują wzory zarostu na twarzy i ciele i co chcą podkreślić, pomniejszyć itp. Płeć nie definiuje tych rzeczy. To zależy od indywidualnych preferencji dotyczących ich własnego wyglądu. Opieka nad pacjentami transpłciowymi wymaga wsłuchiwania się w ich potrzeby. Istnieje płynność, jeśli chodzi o tożsamość płciową, i powinniśmy uważać, aby nie wprowadzać podświadomie binarnego poglądu na cechy, które definiują męskość lub kobiecość. Ma to szczególne znaczenie, jeśli pacjent przychodzi porozmawiać o tym, jak zabiegi z dziedziny dermatologii i medycyny estetycznej mogłyby pomóc mu osiągnąć cele i wizje. Nasze poglądy na temat tego, jak powinna wyglądać męskość lub kobiecość, powinny stać na drugim miejscu. Na przykład osoby, które identyfikują się jako mężczyźni (zarówno osoby trans-, jak i cispłciowe), mogą preferować usunięcie zarostu lub uzyskanie bardziej łagodnego charakteru łuku brwiowego, podczas gdy osoby, które identyfikują się jako kobiety, mogą preferować bardziej wyraziste linie żuchwy. Sama płeć nie determinuje indywidualnej koncepcji piękna. Tło kulturowe i postrzeganie samej osoby (cis- i transpłciowej) odgrywają istotną rolę.

3. Ciągła edukacja – nie będziemy w stanie zrozumieć problemów pacjentów transpłciowych, jeśli nie będziemy mieć wiedzy na temat terapii hormonalnych i zabiegów chirurgicznych istotnych przy tranzycji płci. Zabiegi chirurgiczne potwierdzające płeć mogą powodować niepożądane blizny wymagające chirurgicznych zabiegów rewizji blizny. Miejsce pobrania tkanki z przedramienia lub grzbietu, które jest powszechnie stosowane w falloplastyce – zabiegu rekonstrukcji penisa – jest szczególnie podatne na powstawanie blizn. Mężczyźni transpłciowi poddawani mastektomii często mają wyraźne blizny, które mogą powodować niepokój i wzmacniać napiętnowanie społeczne. Dermatolog musi mieć świadomość, że pacjent trans może wymagać konsultacji w zakresie leczenia powikłań blizn – mówimy tutaj przede wszystkim o bliznach przerostowych i keloidowych.

4. Ważne jest, abyśmy pracowali z multidyscyplinarnym zespołem, w skład którego powinni wchodzić chirurdzy plastyczni, endokrynolodzy, psychiatrzy lub psychologodzy, a także lekarze innych specjalności. Jeśli mamy wątpliwości lub obawy co do stabilności emocjonalnej naszych pacjentów, możemy skonsultować się z innymi specjalistami, aby zapewnić najlepszą możliwą opiekę.

5. Dermatolodzy powinni zebrać wywiad seksualny bez oceniania Pacjenta. Należy mieć na uwadze epidemiologię zakażeń – np. wskaźniki infekcji przenoszonych drogą płciową, takich jak HIV i HPV, są wyższe wśród kobiet transpłciowych niż w populacji ogólnej, ale zgodnie z zaleceniami amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) badania przesiewowe pod kątem bezobjawowych zakażeń przenoszonych drogą płciową powinny zostawać zlecone na podstawie zachowania pacjenta i praktyk seksualnych, a nie wyłącznie na podstawie tożsamości transpłciowej.

Як розмовляти з трансгендерним пацієнтом у дерматологічній практиці – практичні поради.

1. Запитайте прямо, який займенник буде доречним.

2. Ніколи не припускайте, чого вони хочуть, що вони бачать у дзеркалі або які цілі можуть бути у трансгендерних людей – запитайте, якому вигляду волосся на обличчі та тілі вони надають перевагу і що вони хочуть підкреслити, звести до мінімуму тощо. Стать не визначає ці питання. Все залежить індивідуальних вподобань щодо власної зовнішності. Допомога трансгендерним пацієнтам вимагає того, щоб прислуховуватися до їхніх потреб. Гендерна ідентичність дуже мінлива, тому ми повинні бути обережними, щоб підсвідомо не запроваджувати бінарний погляд на риси, які визначають маскулінність чи фемінність. Це особливо важливо, якщо пацієнт приходить поговорити про те, як процедури дерматології та естетичної медицини можуть допомогти у досягненні його цілей і бачень. Наші уявлення про те, як має виглядати маскулінність чи фемінність, мають бути на другому плані. Наприклад, люди, які ідентифікують себе як чоловіки (як трансгендерні, так і цисгендерні), можуть вважати за краще видалити волосся на обличчі або зробити більш м'яку надбрівну дугу, тоді як люди, які ідентифікують себе як жінки, можуть віддавати перевагу більш вираженій лінії нижньої щелепи. Сама по собі стать не визначає уявлення людини про красу. Важливу роль відіграє культурне походження та самосприйняття людини (цис- та трансгендерної).

3. Безперервна освіта – ми не зможемо зрозуміти проблеми трансгендерних пацієнтів, якщо не матимемо знань про гормональну терапію та хірургічні втручання, пов'язані зі зміною статі. Операції для підтвердження статі можуть призвести до виникнення небажаних рубців, що вимагають хірургічної корекції рубців. Місце, яке зазвичай використовується під час фаллопластики – операції реконструкції статевого члена – для забору матеріалу для пересадки, тобто передпліччя або спина – особливо схильне до утворення рубців. У трансгендерних чоловіків, які перенесли мастектомію, часто залишаються помітні рубці, які можуть спричиняти дистрес і посилювати соціальну стиг-

му. Лікар дерматолог повинен знати, що транс-пацієнту може знадобитися консультація для лікування ускладнень рубців – мова йде насамперед про гіпертрофічні та келоїдні рубці.

4. Важливо, щоб ми працювали з мультидисциплінарною командою, до складу якої повинні входити пластичні хірурги, ендокринологи, психіатри чи психологи, а також лікарі інших спеціальностей. Якщо у нас є сумніви чи занепокоєння щодо емоційної стабільності наших пацієнтів, ми можемо проконсультуватися з іншими фахівцями, щоб забезпечити найкращу можливість допомоги.

5. Лікарі дерматологи повинні збирати сексуальний анамнез без оцінювання Пацієнта. Слід брати до уваги епідеміологію інфекцій – наприклад, рівень захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, такі як ВІЛ та ВПЛ, серед трансгендерних жінок вищий, ніж у загальній популяції, але у відповідності до рекомендацій американського Центру з контролю та профілактики захворювань (CDC) скринінг на безсимптомні інфекції, що передаються статевим шляхом, повинен призначатися на основі поведінки та сексуальних практик пацієнта, а не лише на основі трансгендерної ідентичності.

How to talk to a trans patient in the dermatology office - practical advice.

1. **Ask directly what pronouns would be appropriate.**

2. **Never make assumptions about what they want, what they see in the mirror or what their goals might be** - ask what facial and body hair patterns they prefer and what they want to underline, reduce etc. Gender does not define these things. It depends on the individual's preferences for their own appearance. Caring for transgender patients requires listening to their needs. There is fluidity when it comes to gender identity, and we should be careful not to subconsciously introduce a binary view of the characteristics that define masculinity or femininity. This is particularly important if a patient comes in to talk about how dermatology and aesthetic medicine treatments could help them achieve their goals and visions. Our opinions of what masculinity or femininity should look like should come second. For example, people who identify themselves as male (whether trans or cisgender) may prefer to remove their facial hair or achieve a softer brow arch, while people who identify themselves as female may

prefer more expressive jaw lines. Gender itself does not determine an individual's concept of beauty. The cultural background and the perception of the (cis or transgender) person play an important role.

3. **Continue education** - we will not be able to understand the problems of trans patients if we do not have knowledge of the hormonal therapies and surgical procedures relevant to gender transition. Surgical procedures to confirm gender can cause unwanted scarring requiring surgical scar revision procedures. Tissue collection site from the forearm or dorsum, which is commonly used in phalloplasty - a penis reconstruction procedure - is particularly prone to scarring. Transgender men undergoing mastectomy

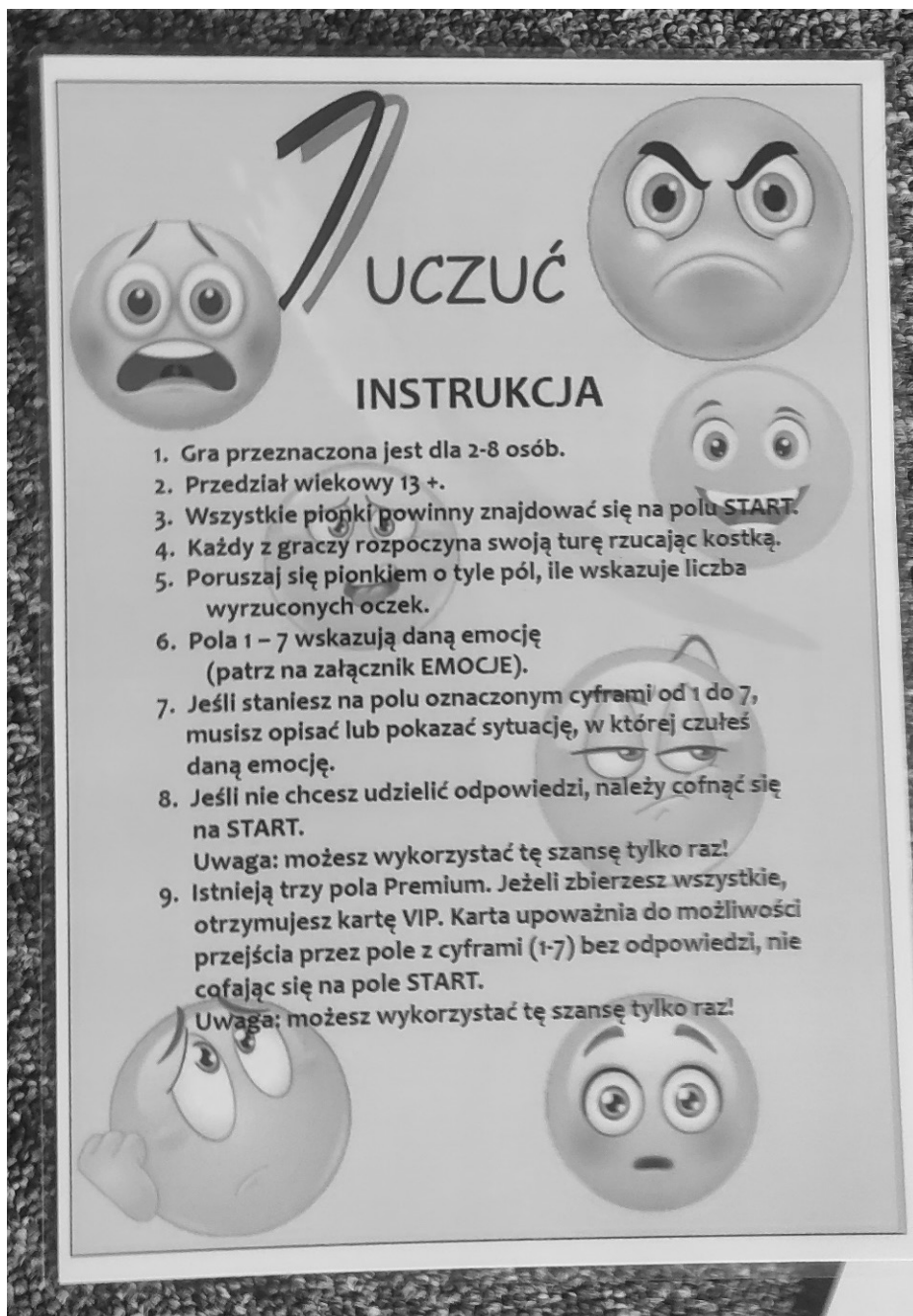
often have prominent scars that can cause distress and increase social stigma. The dermatologist must be aware that the trans patient may need to be consulted for the treatment of scar complications - we are talking here primarily about hypertrophic and keloid scars.

4. It is important that we work with a multidisciplinary team, which should include plastic surgeons, endocrinologists, psychiatrists or psychologists, as well as other doctors from other specialties. If we have doubts or concerns about our patients' emotional stability, we can consult with other specialists to provide the best possible care.

5. Dermatologists should take a sexual history without assessing the patient. Keep in mind the epidemiology of infections - e.g. rates of sexually transmitted infections such as HIV and HPV are higher among transgender women than in the general population, but as recommended by the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), screening for asymptomatic sexually transmitted infections should be ordered on the basis of the patient's behavior and sexual practices and not solely on the basis of transgender identity.



Andrzej Guzowski



Andrzej Guzowski

Anna Maria Szymkowiak

Transpłciowa kobieta, która nauczyła się godzić w sobie dwa bieguny i czerpać z tego, co dają oba. Społeczniczka, ratowniczką i aktywistką, która znalazła własny sposób na to, by przełamywać uprzedzenia i obalać stereotypy. Pragnie włączać, a nie wykluczać. Inicjatorka, Fundatorka i Prezeska Fundacji „Akceptacja”. Autorka serii autobiograficznych książek, współautorka publikacji naukowych, m.in. *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej* /Uniwersytet Medyczny w Białymstoku/. Bohaterka kilku filmów dokumentalnych i reportaży. Pasjonatka dobrej muzyki i historii. Nie wyobraża sobie życia bez książek. Humanistka. Aktywnie współpracuje z Samorządem, chcąc w ten sposób mieć wpływ na to, co się dzieje w najbliższym otoczeniu. Wraz z małym, ale bardzo prężnym zespołem, uczy Pierwszej Pomocy Przedmedycznej, organizuje badania profilaktyczne i transporty medyczne dla osób dotkniętych przez życie.

Andrzej Guzowski

Doktor nauk o zdrowiu, asystent w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Bystry obserwator świata, dziennikarz, reportażysta radiowy; w 2007 r. reprezentował polską radiofonię na prestiżowym konkursie radiowo telewizyjnym w Barcelonie Premios Ondos. Wygrał także stypendium im. Jacka Stwory dla młodych reportażystów - fundowane przez Prezesa Polskiego Radia. Od zawsze szuka tego, co łączy, a nie dzieli.



ISBN 978-83-67222-40-2



9 788367 222402



Iceland
Liechtenstein
Norway



**Active
citizens fund**