

Štandardy zdravotnej starostlivosti o transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľuďí, Verzia 7

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K.

ABSTRAKT. *Štandardy zdravotnej starostlivosti o transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľuďí (ŠZS)* sú publikáciou Svetovej odbornej spoločnosti pre transrodové zdravie (World Professional Association for Transgender Health (WPATH)). Celkovým cieľom ŠZS je poskytnúť klinické vedenie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri pomáhaní transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom v dosahovaní trvalej osobnej spokojnosti so sebou a svojím rodom bezpečnými a účinnými spôsobmi s cieľom maximalizovať ich celkové zdravie, psychologickú pohodu a seberealizáciu. Pomoc môže zahŕňať hlavne primárnu starostlivosť, gynekologickú alebo urologickú starostlivosť, možnosti reprodukcie, hlasovú a komunikačnú terapiu, starostlivosť o duševné zdravie (napr. psychologické vyšetrenie, poradenstvo, psychoterapia), hormonálnu terapiu a operačné zákroky. Štandardy zdravotnej starostlivosti sú založené na najmodernejších dostupných vedeckých poznatkoch a konsenze odborných kapacít. Keďže najviac výskumu a skúseností v tejto oblasti vychádza z perspektívy Severnej Ameriky a Západnej Európy, v iných častiach sveta treba ŠZS prispôsobiť lokálnym podmienkam. ŠZS popisujú štandardy starostlivosti a zároveň potvrdzujú význam možnosti prijať informované rozhodnutia a hodnotu prístupu znižovania negatívnych dopadov (harm reduction). Táto verzia taktiež uznáva, že liečenie rodovej rozlady (gender dysphoria), t.j. nepohodlia alebo úzkosti spôsobenými nesúladom medzi rodovou identitou osoby a pohlavím jej pripísaným pri narodení (a pridruženou rodovou rolou a/alebo primárnymi a sekundárnymi pohlavnými charakteristikami) sa viac individualizuje. Niektoré osoby v zdravotnej starostlivosti budú sami výrazne riadiť kroky vedúce k zmenám v rodovej role alebo iných rozhodnutiach o ich rodovej identite alebo rodovej rozlade. Iné osoby budú vyžadovať intenzívnejšiu starostlivosť. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu používať ŠZS v napomáhaní pacientom a pacientkam zväziť celý rozsah zdravotných služieb, ktoré sú pre nich dostupné, a ktoré sú v súlade s klinickými potrebami pacientov a pacientiek a cieľmi týkajúcimi sa ich rodového prejavu.

KEÚČOVÉ SLOVÁ. Transsexuálna osoba, rodová rozlada, Štandardy starostlivosti

Toto je siedma verzia Štandardov zdravotnej starostlivosti, Originálna verzia ŠZS bola publikovaná v roku 1979. Predchádzajúce revízie boli vydané v rokoch 1980, 1981, 1990 a 2001.

Korešpondenciu adresujte na: Eli Coleman, PhD, Program in Human Sexuality, University of Minnesota Medical School, 1300 South 2nd Street, Suite 180, Minneapolis, MN 55454. E-mail: cole001@umn.edu

I. ÚČEL A VYUŽITIE ŠTANDARDOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Svetová odborná spoločnosť pre transrodové zdravie (World Professional Association for Transgender Health, *d'alej len* WPATH¹) je medzinárodnou, multidisciplinárnou, odbornou spoločnosťou, ktorej misiou je presadzovanie zdravotnej starostlivosti, vzdelávania, výskumu, advokácie a verejných politík podložených dôkazmi, a presadzovanie rešpektu ku transsexuálnemu a transrodovému zdraviu. Víziou WPATH je svet, kde transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia majú úžitok z dostupnej a dôkazmi podloženej zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, spravodlivosti a rovnosti.

Jednou z hlavných úloh WPATH je presadzovanie najvyšších štandardov zdravotnej starostlivosti pre jednotlivé osoby, ktoré sú popísané v týchto *Štandardoch zdravotnej starostlivosti o transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí*. Štandardy zdravotnej starostlivosti (ŠZS) sú založené na najmodernejších dostupných vedeckých poznatkoch a konsenze odborných kapacít². Keďže najviac výskumu a skúsenosti v tejto oblasti vychádza z perspektívy Severnej Ameriky a Západnej Európy, v iných častiach sveta treba Štandardy zdravotnej starostlivosti prispôbiť lokálnym podmienkam. Táto verzia ŠZS tiež ponúka návrhy rôznych spôsobov uvažovania o kultúrnej relativite a kultúrnej spôsobilosti.

Celkovým cieľom ŠZS je poskytnúť klinické vedenie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri pomáhaní transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom pri dosahovaní trvalej osobnej spokojnosti so sebou a svojím rodom bezpečnými a účinnými spôsobmi s cieľom maximalizovať ich celkové zdravie, psychologickú pohodu a sebarealizáciu. Pomoc môže zahŕňať hlavne primárnu starostlivosť, gynekologickú alebo urologickú starostlivosť, možnosti reprodukcie, hlasovú a komunikačnú terapiu, starostlivosť o duševné zdravie (napr. psychologické vyšetrenie, poradenstvo, psychoterapia), hormonálnu terapiu a operačné zákroky.

Hoci je tento dokument určený hlavne pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ŠZS tiež môžu využívať jednotlivci, ich rodiny a inštitúcie, aby porozumeli ako môžu napomáhať s presadzovaním optimálneho zdravia pre členov a členky ich rôznorodej populácie.

WPATH uznáva, že zdravie nie je závislé len na dobrej klinickej starostlivosti, ale tiež na spoločenskej a politickej atmosfére ktorá poskytuje a zabezpečuje toleranciu, rovnosť a plné občianske práva. Zdravie je presadzované pomocou verejných politík a právnych úprav, ktoré presadzujú toleranciu a rovnosť v rodovej a sexuálnej diverzite, a ktoré prispievajú k odstraňovaniu predsudkov, diskriminácie a stigmy. WPATH sa zaviazalo obhajovať tieto zmeny vo verejných politikách a právnych úpravách.

Štandardy zdravotnej starostlivosti sú flexibilné klinické usmernenia

Štandardy zdravotnej starostlivosti sú zámerne postavené flexibilne za účelom naplnenia rôznorodých zdravotných potrieb transexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí. Hoci sú flexibilné, poskytujú štandardy pre presadzovanie najvhodnejšej zdravotnej starostlivosti a usmernenia starostlivosti o ľudí, ktorí prežívajú rodovú rozladu (gender dysphoria) – široko definovanú ako nepohodlie alebo úzkosť spôsobenú nesúladom medzi rodovou identitou osoby a pohlavím jej pripísaným pri narodení (a pridruženou rodovou rolou a/alebo primárnymi a sekundárnymi pohlavnými charakteristikami) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Rovnako ako vo všetkých predchádzajúcich verziách ŠZS, aj v tomto dokumente sú kritéria pre hormonálnu terapiu a operačné zákroky pre rodovú rozladu klinickými usmerneniami; individuálni odborníci alebo programy ich môžu upraviť. Klinické odchýlky od ŠZS môžu vyplývať z jedinečnej anatómie pacientov a pacientiek, ich sociálnej alebo psychologickéj situácie; z vývoja novej metódy na zvládanie bežných situácií skúseným zdravotným odborníkom; nedostatku prostriedkov v rôznych častiach sveta; alebo potreby špecifických stratégií prístupu znižovania negatívnych dopadov. Tieto odchýlky je treba priznať, vysvetliť pacientkam a pacientom a pre kvalitu ich zdravotnej starostlivosti a právnu ochranu zdokumentovať pomocou informovaného súhlasu. Táto dokumentácia je tiež hodnotná pre získavanie nových dát, ktoré môžu byť spätne preskúmané pre umožnenie ďalšieho vývoja ŠZS.

ŠZS popisujú štandardy starostlivosti a zároveň potvrdzujú význam možnosti robiť informované rozhodnutia a hodnotu prístupu znižovania negatívnych dopadov. Táto verzia tiež uznáva a schvaľuje rôzne

¹ Predtým známa ako Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (Medzinárodná asociácia Harryho Benjamina pre rodovú rozladu).

² *Štandardy zdravotnej starostlivosti (ŠZS), Verzia 7*, sú významným odklonom od predchádzajúcich verzií. Zmeny v tejto verzii sú založené na významných kultúrnych posunoch, na pokroku klinických znalostí a na priznaní legitimacy mnohým zdravotným situáciám, ktoré sa dotýkajú transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí mimo rámcov hormonálnej terapie a operácií. (Coleman, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d)

rodové prejavy, ktoré nemusia vyžadovať psychologické, hormonálne a operačné zákroky. Niektoré osoby v zdravotnej starostlivosti budú sami výrazne riadiť kroky vedúce k zmenám v rodovej role alebo iných rozhodnutiach o ich rodovej identite alebo rodovej rozlade. Iné osoby budú vyžadovať intenzívnejšiu starostlivosť. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu používať ŠZS pri pomoci pacientom a pacientkam zväziť celý rozsah zdravotných služieb, ktoré sú im dostupné v súlade s ich klinickými potrebami a cieľmi ohľadom rodového prejavu.

II. GLOBÁLNA VYUŽITEĽNOSŤ ŠTANDARDOV ZDRAVOTNEJ STAROSLTIVOSTI

Hoci sú ŠZS určené pre celosvetové využitie, WPATH priznáva, že mnoho zaznamenaných klinických skúseností a vedomostí v tejto oblasti zdravotnej starostlivosti je odvodených zo zdrojov zo Severnej Ameriky a Západnej Európy. Miestne odlišnosti medzi krajinami, i v rámci krajín, je možné pozorovať v týchto oblastiach: spoločenské postoje k transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom, konštrukcie rodových rolí a identít, jazyk používaný na popísanie odlišných rodových identít, výskyt rodovej rozlady, ponúkané terapeutické možnosti, počet a typ odborných kapacít poskytujúcich starostlivosť, verejné politiky a právne úpravy ohľadom zdravotnej starostlivosti v tejto oblasti (Winter, 2009).

V ŠZS nie je možné reflektovať všetky tieto odlišnosti. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia byť pri uplatňovaní týchto štandardov senzitívni k uvedeným odlišnostiam a prispôsobiť ŠZS lokálnym skutočnostiam. Napríklad, vo viacerých kultúrach existuje množstvo rodovo nekonformných ľudí, ktorí sú výrazne viditeľní (Peletz, 2006). V takýchto podmienkach je pre ľudí bežné, že začnú zmeny vo svojom rodovom prejave a fyzických charakteristikách počas puberty i skôr. Mnoho ľudí vyrastá a žije v sociálnom, kultúrnom a dokonca aj lingvistickom kontexte, ktorý je úplne odlišný od západných kultúr. Avšak predsa takmer všetci zažívajú predsudky (Peletz, 2006; Winter, 2009). V mnohých kultúrach je rozšírená spoločenská stigma voči rodovej nekonformite a rodové role sú vysoko normatívne (Winter et al., 2009). Rodovo nekonformní ľudia sú sa v týchto podmienkach nútení ukrývať, a preto môžu postrádať príležitosti pre vhodnú zdravotnú starostlivosť (Winter, 2009).

Zámerom ŠZS nie je limitovať snahy v poskytovaní najlepšej dostupnej starostlivosti všetkým jednotlivcom. Odborníčky a odborníci v zdravotnej starostlivosti po celom svete – dokonca aj v oblastiach s limitovanými zdrojmi a príležitosťami na tréning – môžu uplatniť mnoho hlavných princípov, na ktorých ŠZS stoja. Tieto princípy zahŕňajú: prejavovanie rešpektu k pacientom a pacientkam s nekonformnými rodovými identitami (nepatologizovanie odlišností v rodovej identite alebo prejave); poskytovanie starostlivosti (alebo odporúčenie do starostlivosti informovaných kolegov), ktorá potvrdzuje preferovanú identitu pacientov a zmiernuje nepohodlie z rodovej rozlady; dopĺňanie si vzdelania o potrebách zdravotnej starostlivosti transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí, vrátane výhod a rizík možných postupov zdravotnej starostlivosti v prípadoch rodovej rozlady; prispôbenie postupov zdravotnej starostlivosti špecifickým potrebám pacientov, obzvlášť ich zámerom s rodovým prejavom a potrebe úľavy od rodovej rozlady; umožniť prístup k primeranej starostlivosti; usilovať o informovaný súhlas pacienta pred poskytovaním liečby; ponúkať kontinuitu v starostlivosti; a pripravenosť podporiť a obhajovať pacientky a pacientov v ich rodinách a komunitách (škola, práca a iné prostredia).

Terminológia je závislá na čase a kultúre a rýchlo sa vyvíja. Dôležité je používať rešpektujúce vyjadrovanie, ktoré sa mení v závislosti od miesta, času a ľudí. Pri prekladoch ŠZS do iných jazykov musí byť kladený veľký dôraz na zabezpečenie správneho porozumenia pojmov. Terminológia v anglickom jazyku nemusí byť jednoduchá na preklad do iných jazykov a naopak. V niektorých jazykoch sa nenachádzajú zodpovedajúce slová pre popísanie rôznych pojmov tohto dokumentu; preto by mala byť počas prekladu jasná znalosť principiálnych cieľov liečby, aby bolo možné zrozumiteľne podať kultúrne vyhovujúce usmernenia pre dosiahnutie týchto cieľov.

III. ROZDIEL MEDZI RODOVOU NEKONFORMITOU A RODOVOU ROZLADOU

Byť transsexuálnym, transrodovým alebo rodovo nekonformným človekom je vecou rôznorodosti, nie patológie.

WPATH vydalo v máji 2010 stanovisko nabádajúce k celosvetovému odstráneniu patologizácie rodovej nekonformity (predstavenstvo WPATH, 2010). V stanovisku sa píše, že „prejavovanie rodových charakteristík, vrátane identít, ktoré nie sú stereotypne spájané s pohlavím osoby pripísanom jej pri narodení

je bežným a medzikultúrne rozmanitým ľudským fenoménom [ktorý] by nemal byť posudzovaný sám o sebe ako choroba alebo negatívum.“ Rodová nonkonformita je nanešťastie v mnohých spoločnostiach sveta spájaná so stigmou. Takáto stigma môže viesť k predsudkom a diskriminácii a viesť do „stresu menšiny“ (I. H. Meyer, 2003). Stres menšiny je jedinečný (doplňkom ku všeobecným stresorom, ktoré zažívajú všetci ľudia), spoločensky vyvolaný a chronický, a transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom môže spôsobovať vyššiu zraniteľnosť voči rozvoju duševných zdravotných problémov ako úzkosť a depresia (Institute of Medicine, 2011). Ak prirátame neobmedzené predsudky a diskrimináciu, stigma môže prispievať k zneužívaniu a zanedbávaniu vzťahov s rovesníkmi, členmi rodiny, ktoré môžu spätne viesť k vzniku psychologických ťažkostí. Tieto symptómy sú vyvolané spoločnosťou a nie sú vnútorne dané transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom.

Rodová nekonformita nie je to isté ako rodová rozlada

Rodová nekonformita sa vzťahuje na rozsah odlišnosti rodovej identity, role a prejavu človeka od kultúrnych noriem, ktoré sú predpísané ľuďom určitého pohlavia (Institute of Medicine, 2011). *Rodová rozlada* označuje nepohodlie alebo úzkosť, ktoré spôsobuje rozpor medzi rodovou identitou osoby a pohlavím jej pripísaným pri narodení (a pridruženou rodovou rolou a/alebo primárnymi a sekundárnymi pohlavnými charakteristikami) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). Len *niektorí* rodovo nekonformní ľudia prežívajú rodovú rozladu v *niektorom* období svojho života.

Pre ľudí s takýmito ťažkosťami je pri skúmaní ich rodovej identity a hľadani vyhovujúcej rodovej roly dostupná zdravotná starostlivosť (Bockting&Goldberg, 2006). Starostlivosť je individualizovaná: Čo pomáha jednej osobe v úľave od rodovej rozlady môže byť veľmi odlišné od toho čo pomáha inej osobe. Tento proces nemusí zahŕňať zmenu v rodovom prejave alebo telesné úpravy. Možnosti zdravotnej starostlivosti zahŕňajú napríklad feminizáciu alebo maskulinizáciu pomocou hormonálnej terapie a/alebo operačných zákrokov, ktoré sú účinné pri úľave od rodovej rozlady a pre mnohých ľudí sú z hľadiska medicíny nutné. Rodové identity a prejavy sú rozmanité a hormóny a operácie sú len dve z mnohých dostupných možností pri dosahovaní pohodlia so sebou a svojou identitou. Rodová rozlada môže byť do veľkej miery zmiernená pomocou zdravotnej starostlivosti (Murad et al., 2010). Teda, hoci transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia môžu prežívať v niektorých obdobiach svojho života rodovú rozladu, mnohí jednotlivci, ktorí podstúpia liečbu, nájdu rodovú rolu a prejav, v ktorých sa cítia pohodlne, aj keď sa odlišujú od tých, ktoré sú spájané s pohlavím im pripísanom pri narodení alebo od prevládajúcich rodových noriem a očakávaní.

Diagnózy rodovej rozlady

Niektorí ľudia prežívajú rodovú rozladu v takej miere, že ich úroveň ťažkostí spĺňa kritéria formálnej diagnózy a môže byť označená ako duševná porucha. Takáto diagnóza nie je licenciou na stigmatizáciu alebo odňatie občianskych a ľudských práv. Existujúce klasifikačné systémy ako *Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch (DSM)* (Americká psychiatrická asociácia, 2000) a Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH) (Svetová zdravotnícka organizácia, 2007) definujú stovky mentálnych porúch, ktoré sa rôznia v nástupe, trvaní, patogenéze, funkčnom postihnutí a liečiteľnosti. Všetky tieto systémy sú snahou o triedenie skupín symptómov a stavov, nie samotných jednotlivých ľudí. Porucha popisuje niečo, s čím môže osoba zápasiť; nepopisuje osobu alebo jej identitu.

Preto transsexuálni, transrodoví a rodovonekonformní ľudia nie sú vo svojej podstate narušení. Objektom znepokojenia je skôr prítomnosť ťažkostí z rodovej rozlady, ktoré môžu byť diagnostikované, a pre ktorých liečbu existuje viacero možností. Existencia diagnózy často podporuje prístup k zdravotnej starostlivosti, ktorá môže usmerňovať ďalší výskum efektívnej liečby. Výskum vedie k novej diagnostickej nomenklatúre a kategorizácii v DSM aj MKCH sa mení (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010). Z tohto dôvodu sú v ŠZS používané známe pojmy a k menej známym a novým pojmom sú ponúkané definície. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by sa mali odvolávať na najaktuálnejšie diagnostické kritéria a primerané kódovanie v oblastiach svojej praxe.

IV. EPIDEMIOLOGICKÉ ÚVAHY

Formálne epidemiologické štúdie o incidencii³ a prevalencii⁴ transsexualizmu špeciálne alebo všeobecne transrodových a rodovo nekonformných identít neboli uskutočnené, a snahy o dosiahnutie realistických odhadov sú plné obrovských prekážok (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009).

Ak by aj epidemiologické štúdie potvrdili, že po celom svete existuje približný podiel transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí, je pravdepodobné, že kultúrne rozdiely medzi krajinami by zmenili aj prejavy aj identity a rozsah skutočného výskytu rodovej rozlady – odlišenej od rodovej identity – v populácii. Pokým vo väčšine krajín vyvoláva prekračovanie rodových hraníc skôr morálnu cenzúru než súcit, v niektorých kultúrach existujú príklady rodovo nekonformného správania (napr. duchovní vodcovia), ktoré sú stigmatizované v menšej miere, až uctievané (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chi~nas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997).

Výskum incidencie a prevalencie sa z rôznych dôvodov zameriava na najľahšie spočítateľnú podskupinu rodovo nekonformných jedincov – transsexuálnych ľudí, ktorí prežívajú rodovú rozladu a vyhľadávajú služby špeciálnych rodových kliník⁵ v súvislosti s tranzíciou⁶ (Zucker & Lawrence, 2009). Väčšina štúdií bola vykonaná v krajinách Európy ako Švédsko (Wålinder, 1968, 1971), Veľkej Británii (Hoenig & Kenna, 1974), Holandsku (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), Nemecku (Weitze & Osburg, 1996) a Belgicku (DeCuypere et al., 2007). Jedna štúdia bola vykonaná v Singapure (Tsoi, 1988).

De Cuypere a spol. (2007) preverili tieto výskumy a taktiež vykonali vlastný. Tieto výskumy spolu pokrývali obdobie 39 rokov. Vynechali predsunutú štúdiu od Paulyho z roku 1965 a Tsoi z roku 1988 a zahrnuli štúdie z ôsmich zostávajúcich krajín. Počty prevalence hlásili v týchto štúdiách rozsah od 1:11 900 do 1:45 000 v prípade trans žien (MtF) a od 1:30 400 do 1:200 000 v prípade trans mužov (FtM). Niektorí výskumníci udávajú, že táto prevalencia je oveľa vyššia v závislosti od použitej metodológie (napr. Olyslager & Conway, 2007).

Naprieč týmito štúdiami nie je možné uskutočniť priame porovnanie, keďže sa líšia v metódach zberu dát a v kritériách, na základe ktorých označujú osoby ako transsexuálne. (napr. či osoba podstúpila operačnú rekonštrukciu genitálií versus začala hormonálnu terapiu versus vyhľadala starostlivosť súvisiacu s tranzíciou pod dohľadom lekárov na klinike).

S novšími štúdiami sa zvyšuje prevalencia, čo možno naznačuje, že vyšší počet ľudí vyhľadáva klinickú starostlivosť. Túto interpretáciu podporuje výskum Reeda a spol. (2009), ktorý ukázal zdvojnásobenie počtu ľudí prichádzajúcich na rodové kliniky v Spojenom kráľovstve každých päť alebo šesť rokov. Zucker a spol. podobne uviedli štyri- až päťnásobné zvýšenie odporúčaní na ich kliniku v Toronte v Kanade počas obdobia 30 rokov.

Dáta získané v týchto štúdiách je možné považovať pri najlepšom za minimálne odhady. Uvedené dáta sú získané hlavne z kliník, kde pacienti splnili kritériá pre závažnú rodovú rozladu a mali tam prístup k zdravotnej starostlivosti. Tieto odhady neberú do úvahy, že podmienky starostlivosti na istých klinikách nemusia byť vnímané ako cenovo dostupné, užitočné alebo prijateľné pre všetky osoby v tej oblasti, ktoré prežívajú rodovú rozladu. Pri počítaní len tých ľudí, ktorí sa dostavia na kliniky pre špecifický typ starostlivosti sa prehliada ďalší nešpecifikovaný počet ľudí s rodovou rozladou.

Iné klinické pozorovania (ešte pevne nepotvrdené systematickými štúdiami) podporujú pravdepodobnosť vyššej prevalence rodovej rozlady: (i) Predtým nerozpoznaná rodová rozlada býva niekedy diagnostikovaná, keď pacienti trpia úzkosťou, depresiou, poruchami správania, zneužívaním návykových látok, disociatívnymi

³ *Incidencia*— počet nových prípadov, ktoré sa vyskytli za dané obdobie (napr. rok)

⁴ *Prevalencia*— počet jednotlivcov, ktorí majú 4035 condition, delený počtom ľudí celkovej populácie

⁵ *Poznámka preklad.:* Na Slovensku neexistujú špecializované rodové kliniky, ktoré poskytujú komplexnú starostlivosť transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným osobám. Ľudia, ktorí takúto zdravotnú starostlivosť potrebujú sú do veľkej miery odkázaní sami na seba často ju musia vyhľadávať u jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bez ich vzájomnej previazanosti a potrebných odborných znalostí. Najbližším ekvivalentom takýchto dát o incidencii a prevalencii v SR by boli dáta od psychiatrov so sexuologickou subspecializáciou, ktorí sa vo svojej praxi venujú aj tejto populácii.

⁶ *Poznámka preklad.:* Tranzícia (ľudovo aj *premena*) je pojem, ktorý nahrádza v slovenčine zaužívaný pojem 'zmena pohlavia' (z anglického originálu 'sex change'). 'Zmena pohlavia' je zastaralý pojem, ktorý sa už v krajinách s rozvinutejším diskurzom v tejto téme nepoužíva, ani v zdravotnej starostlivosti, ani v komunitách transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí. Tento pojem je často asociovaný s operačnými rekonštrukciami genitálií, ku ktoré veľká časť danej populácie z rôznych dôvod nepodstupuje. Pre mnohých ľudí nie sú tieto operácie potrebné pre dosiahnutie spokojnosti so sebou a svojim rodom, alebo sú dokonca prekážkou k dosahovaniu tejto spokojnosti, ak sú k nim nútení. Na Slovensku zatiaľ nie sú operácie rekonštrukcií genitálií bežne dostupné a ani nie sú súčasťou medicínskej praxe v procese tranzície. V prípade potreby sú najbližšie dostupné v Českej republike.

poruchami identity, sexuálnymi poruchami alebo poruchami sexuálneho vývinu (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer, 1997). (ii) Niektoré cross-dresseri a cross-dresserky, drag queens a drag kings a niektorí gejovia a lesby môžu prežívať rodovú rozladu (Bullough & Bullough, 1993). (iii) Intenzita rodovej rozlady niektorých ľudí kolíše nad a pod klinickým prahom (Docter, 1988). (iv) Rodová nekonformita medzi trans mužmi (FtM) má v mnohých kultúrach tendenciu zostávať relatívne neviditeľná, špeciálne pre odborníkov a výskumníkov v západnej časti sveta, ktorí a ktoré vykonali väčšinu štúdií, z ktorých vychádzajú dnešné odhady prevalencie a incidencie (Winter, 2009).

V. PREHLAD TERAPEUTICKÝCH PRÍSTUPOV K RODOVEJ ROZLADE

Pokroky v poznaní a liečba rodovej rozlady

V druhej polovici 20. storočia sa povedomie o fenoméne rodovej rozlady zvýšilo, keď poskytovatelia zdravotnej starostlivosti začali poskytovať pomoc pri úľave od rodovej rozlady zmenami v primárnych a sekundárnych pohlavných charakteristikách pomocou hormonálnej terapie, chirurgických zákrokov spolu so zmenou rodovej roly. Hoci Harry Benjamin už popísal spektrum rodovej nekonformity (Benjamin, 1966), počiatkový klinický prístup sa v prevažnej miere zameriaval na identifikáciu vhodných kandidátov pre zákroky telesných zmien z muža na ženu alebo zo ženy na muža v maximálnej možnej miere (napr., Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). Tento prístup bol veľa krát preskúmaný a ukázal sa byť veľmi efektívnym. Miera spokojnosti naprieč štúdiami mala rozsah od 87% u trans žien (MtF) a do 97% u trans mužov (FtM) (Green & Fleming, 1990) a oľutovanie zmeny bolo veľmi zriedkavé (1%–1.5% u trans žien (MtF) a < 1% u trans mužov (FtM); Pfafflin, 1993). Zistilo sa, že hormonálna terapia a operácie sú u mnohých ľudí pre úľavu od rodovej rozlady zo zdravotného hľadiska skutočne nutné (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008).

S rozvojom oblasti začali poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uznávať, že pokým mnoho jednotlivcov potrebuje pre úľavu od rodovej rozlady aj hormóny aj operácie, iní potrebujú len jeden z týchto zákrokov a niektorí nepotrebujú ani jeden z nich (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Niektorí jednotlivci sú často schopní integrovať svoje transrodové pocity do rodovej role, ktorá im bola pripísaná pri narodení len s pomocou psychoterapie a necítia potrebu feminizácie alebo maskulinizácie svojho tela. Ďalším ľuďom postačuje pre úľavu od rodovej rozlady urobiť zmeny v rodovej role a rodovom prejave. Niektorí pacienti potrebujú hormóny a možno zmeny v rodovej role, ale nie operácie; iní môžu potrebovať zmeny v rodovej role popri operáciách, ale nie hormóny. Inými slovami, liečba rodovej rozlady sa stala viac individualizovanou.

S dozrievaním generácie transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných jedincov – z ktorých mnohí využili rôzne terapeutické prístupy – začali byť viac viditeľnými a v komunite sa začala prejavovať značná diverzita v rodových identitách, rolách a prejavoch. Niektorí jednotlivci sa neopisovali ako rodovo nekonformní, ale jednoznačne ako osoby opačného pohlavia (Bockting, 2008). Iní jedinci sú si istí svoju jedinečnou rodovou identitou a už sa viac nepovažujú za mužov ani za ženy (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Miesto toho môžu svoje rodové identity opisovať v špecifických pojmoch ako transrodoví, birodoví, genderqueer, potvrdzujúc svoje jedinečné skúsenosti, ktoré môžu presahovať mužsko/ženské binárne chápanie rodu (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). Tiež nemusia prežívať svoj proces utvárania identity ako „tranzíciu“, pretože nikdy plne neprijali rodovú rolu, ktorá im bola pripísaná pri narodení; alebo preto, že aktualizujú svoju rodovú rolu a rodový prejav spôsobom, ktorý nezahŕňa zmenu jednej rodovej role za inú. Napríklad, niektorí mladí ľudia, ktorí sa identifikujú ako genderqueer vždy prežívali svoju rodovú rolu takto. Vyššia viditeľnosť témy vo verejnom priestore a povedomie o rodovej rozmanitosti (Feinberg, 1996) umožnili ľuďom s rodovou rozladou rozšíriť spektrum možností pre aktualizáciu svojej identity a nájsť vyhovujúcu rodovú rolu a rodový prejav. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu pomáhať jedincovi s rodovou rozladou potvrdiť si svoju rodovú identitu, preskúmať rozličné možnosti vyjadrenia tejto identity a napomáhať pri rozhodnutiach o zdravotných krokoch pre úľavu od rodovej rozlady.

Možnosti psychologickkej a medicínskej zdravotnej starostlivosti pri rodovej rozlade

Jednotlivci, ktorí hľadajú zdravotnú starostlivosť kvôli rodovej rozlade majú na zváženie viacero možností. Počet a typ zásahov, a poradie, v ktorom ich využijú sa môže odlišovať od osoby k osobe (e.g., Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010).

Zdravotná starostlivosť zahŕňa nasledovné možnosti:

- Zmeny v rodovom prejave a role (môžu sa týkať časti alebo celkového života v jednej rodovej role v zhode s rodovou identitou osoby);
- Hormonálna terapia pre feminizáciu alebo maskulinizáciu tela;
- Operácie pre zmenu primárnych a/alebo sekundárnych pohlavných charakteristík (napr., prsia/hrudník, vonkajšie a/alebo vnútorné genitálie, črty tváre, kontúry tela);
- Psychoterapia (individuálna, párová, rodinná alebo skupinová) pre účely preskúmania rodovej identity, roly a prejavu; určenia negatívneho dopadu rodovej rozlady a stigmy na duševné zdravie; úľavy od internalizovanej transfóbie; zvýšenia spoločenskej a komunitnej podpory; zlepšenia telesného obrazu; alebo podpory odolnosti.

Možnosti spoločenskej podpory a zmeny v rodovom prejave

Pri úľave od rodovej rozlady môžu byť popri psychologických a medicínskych zásahoch popísaných vyššie zvažované ďalšie možnosti (alebo ako alternatívy), napríklad:

- Podpora pomocou individuálnych a/alebo skupinových stretnutí (osobne, či online) v spolupráci s komunitnými organizáciami, ktoré poskytujú priestory pre sociálnu podporu a advokáciu;
- Podpora pre rodiny a blízkych formou osobných stretnutí alebo v online priestore;
- Hlasová a komunikačná terapia, ktorá napomáha jedincom v rozvoji verbálnych a neverbálnych komunikačných zručností, ktoré podporujú spokojnosť s ich rodovou identitou;
- Odstránenie ochlpenia elektrolýzou, laserom alebo voskom;
- Zväzovanie pŕs (breast binding) alebo prsné vypchávkvy, schovávanie penisu a semenníkov (genital tucking) alebo nosenie protézy penisu, vypchávkvy bokov alebo zadku;
- Zmena mena, priezviska a označenia rodu v identifikačných dokumentoch.

VI. VYŠETRENIE A STAROSTLIVOSŤ O DETI A ADOSLESCENTOV S RODOVOU ROZLADOU

Existuje množstvo odlišností vo fenomenológii, dráhe vývinu a prístupoch zdravotnej starostlivosti v prípadoch rodovej rozlady u detí, adolescentov a dospelých. U detí a adolescentov je súčasťou rýchly a dramatický vývinový proces (telesný, psychologický a sexuálny) a výsledky majú väčšiu fluidnosť a variabilitu, špeciálne u pre-pubertálnych detí. Na základe tohto ponúka táto sekcia ŠZS špeciálne klinické vedenie pre vyšetrenie a starostlivosť a liečbu rodovej rozlady u detí a adolescentov.

Rozdiely medzi deťmi a dospelými s rodovou rozladou.

Významným rozdielom medzi deťmi a adolescentmi s rodovou rozladou je podiel tých, u ktorých rodová rozlada pretrvá až do dospelosti. Rodová rozlada počas detstva nemusí nevyhnutne pokračovať do dospelosti.⁷ Na základe nadväzujúcich štúdií pre-pubertálnych detí (hlavne chlapcov), ktorí boli odporúčaní na kliniky pre vyšetrenie rodovej rozlady, pretrvala u nich do dospelosti len u 6% – 23% (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Chlapci z týchto štúdií sa v dospelosti s vyššou pravdepodobnosťou identifikovali ako gejovia než ako transrodové osoby (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984).

Novšie štúdie, ktoré taktiež zahŕňajú dievčatá, ukázali hodnotu pretrvania rodovej rozlady do dospelosti u 12%–27% (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). A naopak, pretrvanie rodovej rozlady do dospelosti sa ukazuje byť oveľa vyššie u adolescentov. Neexistujú žiadne prospektívne štúdie. Avšak, v nadväzujúcich štúdiách na 70-ich adolescentoch, ktorí boli diagnostikovaní s rodovou rozladou a dostali hormóny potláčajúce pubertu, všetci pokračovali a podstúpili telesné úpravy, počínajúc feminizujúcou/maskulinizujúcou hormonálnou terapiou (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

Ďalšou odlišnosťou medzi rodovou rozladou u detí a adolescentov je rodové zastúpenie v každej vekovej skupine. U detí s rodovou rozladou do 12 rokov pod lekárske dohľadom je pomer muži/ženy v rozsahu od 6:1 po 3:1 (Zucker, 2004). U adolescentov starších než 12 rokov pod lekárske dohľadom je pomer

⁷ rodovo nekonformné správanie u detí môže pokračovať do dospelosti, ale takéto správanie nie je nutne znakom rodovej rozlady a potreby zdravotnej starostlivosti. Ako bolo popísané v časti III, rodová rozlada nie je synonymom k rozmanitostiam rodového prejavu.

muži/ženy bližší k 1:1 (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003). Na základe diskusie v časti IV a podľa Zuckera a Lawrenca (2009) chýbajú formálne epidemiologické štúdie o rodovej rozlade u detí, adolescentov i dospelých. Pre upresnenie odhadov prevalencie a pretrvania u rozličných populácií na svete je potrebný ďalší výskum.

Fenomenológia u detí

Deti už vo veku okolo dvoch rokov môžu prejavovať črty, ktoré by mohli naznačovať rodovú rozladu. Môžu vyjadrovať želanie stať sa iným pohlavím alebo byť nešťastné zo svojich telesných pohlavných charakteristík a funkcií. Navyše, môžu preferovať oblečenie, hračky a hry, ktoré sú bežne priradované k inému pohlaviu a preferovať hry s deťmi iného pohlavia. Tieto črty sa prejavujú heterogénne: Niektoré deti demonštrujú extrémne rodovo nekonformné správanie a želania sprevádzané pretrvávajúcim nepohodlím s ich primárnymi pohlavnými charakteristikami. U iných detí sú tieto črty prítomné v nižšej intenzite alebo sú prítomné len čiastočne (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

U detí s rodovou rozladou sa relatívne bežne súběžne vyskytujú internalizované poruchy ako úzkosť a depresia (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). Prevalencia spektra autistických porúch sa zdá byť vyššia u detí s rodovou rozladou pod lekárske dohľadom než u detí v bežnej populácii (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

Fenomenológia u adolescentov

U väčšiny detí zmizne rodová rozlada pred alebo počas skorej puberty. Avšak u niektorých detí tieto pocity zintenzívnejú a odpor k vlastnému telu sa zvýši s rozvojom ich sekundárnych pohlavných charakteristík počas puberty (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Dáta z jednej štúdie naznačujú, že intenzívnejšia rodová rozlada je združená s pretrvaním rodovej rozlady do neskoréj adolescencie a rannej dospelosti (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Avšak mnoho adolescentov a dospelých s rodovou rozladou nevykazuje históriu rodovo nekonformného správania v detstve (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Preto môže byť pre ostatných (rodičov, inú rodinu, priateľky a priateľov a ľudí z blízkeho okolia) prekvapením, keď sa v adolescencii rodová rozlada u mladej osoby prvý krát prejaví.

Adolescenti, ktorí prežívajú svoje primárne a/alebo sekundárne pohlavné charakteristiky a pohlavie im pripísané pri narodení ako nezlučiteľné s ich rodovou identitou na základe toho môžu prežívať intenzívne psychologické ťažkosti. Mnoho adolescentov s rodovou rozladou, ale nie všetci, si silno želá hormóny a operácie. Zvyšuje sa tiež počet adolescentov, ktorý už po nástupe na strednú školu začali žiť vo svojej želannej rodovej role (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003). Počet adolescentov odporučených do starostlivosti kliník špecializovaných na rodovú identitu, u ktorých bola stanovená vhodnosť pre skorú zdravotnú starostlivosť- začínajúc s GnRH analógmi pre potlačenie puberty v prvých Tannerových štádiách – je odlišný medzi krajinami i medzi jednotlivými klinikami. Ak je takáto starostlivosť dostupná, pubertálne štádium, v ktorých je adolescentom povolené začať sa pohybuje od Tannerovho štádia 2 do štádia 4 (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012). Percentuálny podiel ošetrovaných adolescentov je pravdepodobne ovplyvnený organizáciou zdravotnej starostlivosti, názormi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a diagnostickými postupmi dostupnými v odlišných podmienkach.

Neskúsený lekár si môže pomýliť náznaky rodovej rozlady s bludmi. Z hľadiska fenomenológie je kvalitatívny rozdiel medzi prítomnosťou rodovej rozlady a prítomnosťou bludov alebo iných psychotických symptómov. Drvivá väčšina detí a adolescentov s rodovou rozladou netrpí nijakou podkladovou ťažkou psychiatrickou chorobou ako napríklad psychotická porucha (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, publikované online pred tlačou 7. januára 2011). Pre adolescentov s rodovou rozladou je bežnejšia prítomnosť koexistujúcich internalizovaných porúch ako je úzkosť a depresia a/alebo externalizovaných porúch ako je porucha opozičného vzdoru (de Vries et al., 2010). Tak isto ako u detí, i u adolescentov s rodovou rozladou pod lekárske dohľadom sa zdá byť vyššia prevalencia porúch autistického spektra ako u všeobecnej adolescentnej populácie (de Vries et al., 2010).

Kompetencie odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pracujúcich s deťmi a adolescentmi s rodovou rozladou

Nasledujúce uvedené kritériá sú odporúčaným minimom pre odborníkov v oblasti mentálneho zdravia, ktorí vyšetrujú, odporúčajú a ponúkajú terapiu deťom a adolescentom s rodovou rozladou:

1. Splňať kompetenčné požiadavky na odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pre prácu s dospelými tak ako je načrtnuté v časti VII;
2. Výcvik vo vývinovej psychopatológii detí a adolescentov;
3. Spôsobilosť v diagnostike a riešení bežných problémov detí a adolescentov.

Rola odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pracujúcich s deťmi a adolescentmi s rodovou rozladou

Role odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pracujúcich s deťmi a adolescentmi s rodovou rozladou môžu zahŕňať nasledovné:

1. Priamo vyšetriť rodovú rozladu u detí a adolescentov (pozri všeobecný návod pre vyšetrenie uvedený nižšie).
2. Poskytovať rodinné poradenstvo a podpornú psychoterapiu pre asistenciu deťom a adolescentom v skúmaní ich rodovej identity, úľave od ťažkostí spojených s ich rodovou rozladou a zlepšení iných psychosociálnych ťažkostí.
3. Vyhodnotiť a riešiť akékoľvek súvisiace prítomné mentálne záležitosti detí a adolescentov (alebo ich odporučiť k iným odborníkom a odborničkam). Tieto záležitosti by mali byť adresované ako súčasť celkového plánu zdravotnej starostlivosti.
4. Odporúčať adolescentov na telesné zásahy (ako hormóny potláčajúce pubertu) pre úľavu od rodovej rozlady. Odporúčanie by malo zahŕňať dokumentáciu vyšetrenia rodovej rozlady a mentálneho zdravia, vhodnosť adolescenta pre telesné zákroky (načrtnuté nižšie), ďalšiu relevantnú expertízu a akékoľvek iné informácie týkajúce sa zdravia tejto osoby a odporúčania na špecifické zásahy.
5. Vzdelávať rodiny a komunity (napr. materské, základné a stredné školy, voľnočasové a iné organizácie) detí a adolescentov s rodovou rozladou a obhajovať v nich ich prospech. Táto činnosť je špeciálne dôležitá vo svetle dôkazov, že deti a adolescenti, ktorí sa neprispôbujú spoločensky predpísaným rodovým normám môže zažívať šikanu v škole (Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Sausa, 2005), ktorá vytvára riziko sociálnej izolácie, depresie a iných negatívnych následkov (Nuttbrock et al., 2010).
6. Poskytovať deťom, mladistvým a ich rodinám informácie a odporúčania pre podporné skupiny, ako je napr. skupina pre rodičov rodovo nekonformných a transrodových detí (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002). Vyšetrenie a psychosociálne zásahy u detí a adolescentov sú často poskytované v rámci multidisciplinárnych špeciálnych služieb pre rodovú identitu. Ak nie je takáto multidisciplinárna starostlivosť dostupná, odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali poskytovať konzultácie a pôsobiť ako styčné osoby v kontakte s pediatrickými endokrinológmi kvôli vyšetreniu, vzdelávaniu a ich zahrnutiu do rozhodnutí o telesných zázkoch.

Psychologické posúdenie detí a adolescentov

Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by sa pri posudzovaní detí a adolescentov s prítomnou rodovou rozladou mali zhruba riadiť nasledujúcimi smernicami:

1. Odborníci na oblasť mentálneho zdravia by nemali odmietať alebo prejavovať záporný postoj k nekonformným rodovým identitám alebo príznakom rodovej rozlady. Skôr by mali pripustiť a reagovať na obavy vyjadrené deťmi, adolescentmi a ich rodinami; ponúknuť dôkladné vyšetrenie kvôli rodovej rozlade a ďalších súvisiacich oblastiach mentálneho zdravia; v prípade potreby vzdelávať klientov a klientky a ich rodiny o možnostiach terapie. Akceptácia a odľahčenie od utajovania môžu priniesť značnú úľavu deťom a adolescentom s rodovou rozladou a ich rodinám.
2. Zhodnotenie rodovej rozlady mentálneho zdravia by malo skúmať povahu a charakteristiky rodovej identity dieťaťa alebo adolescenta. Taktiež treba vykonať psychodiagnostické a psychiatrické vyšetrenie pokrývajúce oblasti emocionálneho fungovania, vzťahov s vrstovníkmi a iných sociálnych vzťahov, intelektu a výsledkov v škole. Vyšetrenie by malo zahŕňať určenie silných a slabých stránok fungovania rodiny. Emocionálne problémy a problémy so správaním sú relatívne bežné a v prostredí dieťaťa alebo adolescenta môžu byť prítomné nevyriešené situácie (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thummel, 2006; Wallien et al., 2007).
3. Fázu vyšetovania je treba u adolescentov využiť na poskytnutie informácií im aj ich rodinám o

možnostiach a obmedzeniach jednotlivých zákrokov. Je to nutné pre získanie informovaného súhlasu a dôležité pre samotné vyšetrenie. Spôsob akým adolescent reaguje na faktické informácie o možných telesných zákrokoch môže byť diagnosticky poučný. Presné informácie môžu u adolescenta zmeniť túžbu po niektorých zásahoch, ak bola postavená na nerealistický očakávaníach.

Psychologické a sociálne intervencie u detí a adolescentov

Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by sa mali v prípade podpory a poskytovania starostlivosti deťom a adolescentom s rodovou rozladou zhruba riadiť nasledujúcimi smernicami:

1. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali pomôcť rodinám pristupovať k ťažkostiam ich dieťaťa alebo adolescenta s rodovou rozladou akceptujúco a starostlivo. Rodiny hrajú v dôležitú rolu v psychologickom zdraví a prospechu detí a mladistvých (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Taktiež to platí pre rovesníkov a iných dôležitých ľudí z komunity (napr. učiteľ, trénerka atď.), ktorí môžu byť ďalším zdrojom spoločenskej podpory.

2. Psychoterapia by sa mala zamerať na zmierňovanie ťažkostí dieťaťa alebo adolescenta spôsobených rodovou rozladou a na pomoc pri iných psychosociálnych ťažkostiach. Pre mladistvých, ktorí podstupujú tranzíciu sa psychoterapia môže zameriavať na podporu pred, počas a po tomto procese. Formálne hodnotenie vhodnosti rôznych psychotherapeutických prístupov pre takúto situáciu nebolo publikované, avšak existuje niekoľko popísaných metód poradenstva (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thummel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, 2011; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Postupy so zámerom zmeniť rodovú identitu a rodový prejav osoby tak, aby sa zhodovala s rodom pripísaným pri narodení boli v minulosti už vyskúšané a bez úspechu (Gelder & Marks, 1969; Greenon, 1964), špeciálne z dlhodobého hľadiska (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Takéto postupy už nie sú považované za etické.

3. Rodiny by mali byť podporené vo zvládaní neistôt a úzkostí z výsledkov psychosexuálneho vývinu ich dieťaťa alebo adolescenta. Deti a adolescenti by zas mali byť podporovaní vo vytvorení pozitívneho seba-obrazu.

4. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by nemali vnucovať binárny pohľad na rod. Mali by dať klientom rozsiahly priestor pre skúmanie možností ich rodového prejavu. Hormonálne a chirurgické zásahy sú vhodné pre niektorých adolescentov, ale nie pre iných.

5. Klienti a ich rodiny by mali dostať podporu v komplikovaných rozhodnutiach, ktoré sa týkajú rozsahu, do akého si môžu dovoliť vyjadrovať rodovú rolu, ktorá je v súlade s ich rodovou identitou, taktiež načasovania zmien v rodovej role a prípadnú sociálnu tranzíciu. Napríklad, klient alebo klientka môže chodiť do školy a tam prechádzať sociálnou tranzíciou len čiastočne (napr. nosiť oblečenie a účes, ktoré vyjadrujú ich rodovú identitu) alebo celkovo (napr. používať meno a zámená, ktoré zodpovedajú ich rodovej identite). Problematické momenty zahŕňajú otázky kedy a kde informovať ľudí o situácii klienta a zvládanie reakcií iných ľudí.

6. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali poskytnúť klientom a ich rodinám podporu formou vzdelávania a advokácie v interakciách s členmi komunity a autoritami ako učiteľia, rodičovské združenie, či súdy.

7. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali usilovať o udržanie terapeutického vzťahu s rodovo nekonformnými deťmi/adolescentmi a ich rodinami počas ďalších sociálnych zmien a telesných zásahov. Zabezpečuje to, že rozhodnutia o rodovom prejave a liečba rodovej rozlady sú poriadne, opakovane premyslené a zvážené.

Sociálna tranzícia v ranom detstve

Niektoré deti tvrdia, že chcú urobiť sociálnu tranzíciu do inej rodovej role dávno pred pubertou. Pre niektoré deti to znamená vyjadrenie ich rodovej identity. Pre iné deti môžu byť motiváciou iné zdroje. Rodiny sa líšia rozsahom, do ktorého umožňujú malým deťom urobiť sociálnu tranzíciu do inej rodovej role. Sociálna tranzícia v skorom detstve prebehne v niektorých rodinách s včasným úspechom. Táto záležitosť môže byť vnímaná kontroverzne a odborníci v oblasti zdravia môžu mať rozchádzajúce sa názory. Aktuálne dôkazy na predpovedanie dlhodobých dôsledkov plnej tranzície do inej rodovej role počas ranného detstva nie sú dostatočné. Výskum o dôsledkoch s deťmi, ktoré podstúpili skorú sociálnu tranzíciu by významne pomohol doplniť budúce klinické odporúčania. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu pomáhať rodinám pri rozhodnutiach o načasovaní a procese akýchkoľvek zmien v rodovej role u ich detí. Mali by poskytovať

informácie a napomáhať rodičom zväziť potenciálne výhody a výzvy jednotlivých rozhodnutí. V tomto prípade je dôležité vziať do úvahy už popísané relatívne nízke pretrvanie rodovej rozlady u detí do dospelosti (Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Návrat do pôvodnej rodovej role môže byť veľmi zaťažujúci a vyústiť do odkladania druhej tranzície na strane dieťaťa (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Kvôli týmto dôvodom môžu rodičia vnímať zmenu role ako preskúmania života v novej rodovej role než trvalé riešenie. Mnoho odborníkov v oblasti mentálneho zdravia môže napomáhať rodičom v identifikovaní potenciálnych rozhodnutí pre takéto medzi-obdobie alebo kompromisov (napr. len na dovolenke). Je tiež dôležité, aby rodičia dali dieťaťu najavo, že cesta späť je možná. Odborníčky a odborníci by mali rodine poskytovať poradenstvo a podporu počas zvažovania možností a riešení následkov nezávisle od rozhodnutiach rodiny o tranzícii (napr. načasovanie, rozsah). Ak rodičia nedovolia ich dieťaťu tranzíciu v rodovej role, možno budú potrebovať poradenstvo ohľadom pomoci v napĺňaní potrieb ich dieťaťa citlivým a starostlivým spôsobom a zaistiť, že dieťa bude mať množstvo možností na preskúmania pocitov a prejavov ohľadom rodu v bezpečnom prostredí. Ak rodičia povolia dieťaťu tranzíciu v rodovej role, môžu potrebovať podporu vo vytváraní pozitívnych skúseností u dieťaťa. Napríklad, môžu potrebovať podporu v používaní správnych zámen, vytvorení bezpečného a podporeného prostredia pre tranzíciu dieťaťa (napr. v škole, s kamarátmi a v iných rovesníckych skupinách) a komunikácii s inými ľuďmi o živote ich dieťaťa. Keď sa dieťa blíži do puberty, a možnosti podstúpiť telesné zákroky sa stávajú relevantnými, môže byť v každom z týchto prípadov potrebné ďalšie vyšetrenie stavu.

Telesné zásahy u adolescentov

Predtým, než dôjde k zvažovaniu akýchkoľvek telesných zásahov, malo by byť urobené rozsiahle preskúmanie psychologickú, rodinnú a sociálnu situáciu, tak ako je naznačené vyššie. Trvanie tohto prieskumu sa môže značne líšiť v závislosti od zložitosti situácie. Telesné zásahy by mali byť zvažované v kontexte adolescentného vývinu. Niektoré presvedčenia o identite môžu byť pevné a silne prejavované dávajúc tak dojem, že sú nezmeniteľné. Sklony k rodovej konformite sa môžu u adolescenta objavovať primárne ako potreba potešiť rodičov a nemusia pretrvať alebo reflektovať permanentnú zmenu v rodovej rozlade (Hembree et al., 2009; Steensma et al., publikované online pred tlačou 7. januára 2011). Telesné zásahy u adolescentov môžeme rozdeliť do troch kategórií alebo štádií: (Hembree et al., 2009):

1. *Úplne zvrtné zásahy.* Tieto zahŕňajú užívanie GnRH analógov pre potlačenie produkcie estrogénu alebo testosterónu a následne brzdia telesné zmeny počas puberty. Alternatívne možnosti liečby zahŕňajú progestín (najbežnejšie medroxyprogesterón) alebo iné látky (ako spironolaktón), ktoré znižujú účinky androgénov vylučovaných semenníkmi adolescentov, ktorí nedostávajú GnRH analógy. Pre potlačenie menštruácie môže byť použitý neprerušovaný ústny príjem antikoncepcie (alebo medroxyprogesterónu).
2. *Čiastočne zvrtné zásahy* Tieto obsahujú hormonálnu terapiu pre maskulinizáciu alebo feminizáciu tela. Niektoré zmeny vyvolané hormónmi môžu pre zvrátenie účinkov vyžadovať zásahy rekonštrukčnej chirurgie (napr. gynekomastia vyvolaná estrogénmi), kým iné zmeny nie sú zvrtné (napr. prehĺbenie hlasu spôsobené testosterónom).
3. *Nezvrtné zmeny.* Patria sem chirurgické zásahy. Kvôli udržaniu otvorených možností počas prvých dvoch štádií sa odporúča prechádzať procesom postupne cez jednotlivé štádiá. Prechod z jedného do druhého štádia by nemal nastať, pokiaľ adolescenti a rodičia nemali dostatok času pre plné prispôbenie sa efektom predchádzajúcich zásahov.

Úplne zvrtné zásahy

Adolescenti môžu byť spôsobilými pre hormóny potláčajúce pubertu hneď od počiatku pubertálnych zmien. Pre prijatie dostatočne informovaného rozhodnutia o zabrzdení puberty sa odporúča, aby adolescenti prešli priebehom puberty aspoň do Tannerovho štádia 2. Niektoré deti môžu vstúpiť do tohto štádia vo veľmi mladom veku (napr. v 9-ich rokoch). Štúdie, ktoré sa zaoberali týmto prístupom zahrnuli len deti, ktoré mali najmenej 12 rokov (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Nasadenie hormónov pre potlačenie účinkov puberty oprávňujú dva dôvody: (i) ich použitie dáva adolescentov viac času na preskúmanie svojej rodovej nekonformity a iných vývinových záležitostí a (ii) ich využitie podporuje tranzíciu pomocou zabránenia rozvoju pohlavných charakteristík, ktoré je ťažké až nemožné bez toho zvrátiť, ak sa adolescent rozhodne pokračovať v procese tranzície. Potlačenie puberty môže pokračovať niekoľko rokov, ktoré poskytujú buď čas na rozhodnutie o celkovom ukončení

hormonálnej terapie alebo o tranzícii a nasadení feminizujúcich/maskulinizujúcich hormónov. Potlačenie puberty nemusí nevyhnutne viesť k sociálnej alebo telesnej tranzícii.

Kritériá nasadenia hormónov pre potlačenie puberty

Pre nasadenie hormónov pre potlačenie puberty u adolescentov musia byť splnené minimálne nasledujúce kritériá:

1. Adolescent prejavuje dlhotrvajúce a intenzívne charakteristiky rodovej nekonformity a rodovej rozlady (či už potlačovanej alebo vyjadrovanej);
2. Rodová rozlada sa objavila alebo zhoršila s nástupom puberty;
3. Akékoľvek ďalšie prítomné psychologické, zdravotné a sociálne problémy, ktoré by mohli zasahovať do liečby (napr. tie, ktoré by mohli narušiť zotrvanie pri liečbe) boli adresované tak, že situácia adolescenta a jeho fungovanie sú dostatočne stabilné pre začatie zásahov;
4. Adolescent podpíše informovaný súhlas a špeciálne v prípade, keď adolescent ešte nedosiahol vek spôsobilosti na právne úkony, rodičia alebo iné oprávnené osoby súhlasia so zdravotnou starostlivosťou a sú zaangažovaní v podpore adolescenta počas liečebného procesu.

Režim, monitorovanie a riziká potlačenia puberty

Adolescenti s mužskými genitáliami by pre potlačenie puberty mali užívať GnRH analógy, ktoré zastavia vylučovanie luteinizačného hormónu, a teda i vylučovanie testosterónu. Ako alternatívu je možné nasadiť progestíny (ako medroxyprogesterón) alebo iné kúry, ktoré blokujú vylučovanie testosterónu a/alebo neutralizujú jeho činnosť.

Adolescenti so ženskými genitáliami by mali užívať GnRH analógy, ktoré zastavujú produkciu estrogénu a progesterónu. Ako alternatívu je možné nasadiť progestíny (ako medroxyprogesterón). Neprerušovaný ústny príjem antikoncepcie (alebo medroxyprogesterónu) môže byť použitý na zastavenie menštruácie. U oboch skupín adolescentov je preferovaným postupom použitie GnRH analógov (Hembree a kol., 2009), ale kvôli vysokým nákladom nie sú dostupné pre všetkých.

Telesný vývin by mal byť u adolescentov počas potlačenia puberty starostlivo sledovaný – najlepšie odborníčkou, či odborníkom v pediatickej endokrinológii – takže bude možné zabezpečiť všetky potrebné zásahy (napr. určiť výšku adekvátnu k želanej rodovej role, zlepšiť iatrogénnu nízku minerálnu hustotu kostí) (Hembree et al., 2009).

Včasná aplikácia hormónov pre potlačenie puberty môže zvrátiť negatívne sociálne a emocionálne následky rodovej rozlady efektívnejšie ako ich neskoršie nasadenie. Ak je to možné, zásahy v rannej adolescencii by mali byť riadené spolu s odporúčaniami odborníka, či odborníčky v pediatickej endokrinológii. Adolescenti s mužskými genitáliami, ktorí začali užívať GnRH analógy v skorej puberte by mali byť informovaní, že dôsledkom môže byť vznik nedostatočného tkaniva penisu pre techniku vaginoplastiky formou inverzie penisu (alternatívne techniky, ako využitie kožného štepu alebo tkaniva hrubého čreva sú tiež dostupné).

Ani potlačenie puberty, ani umožnenie jej prejavu nie sú neutrálnymi činmi. Na jednej strane môže byť fungovanie v budúcnosti kompromitované rozvojom nezvratných pohlavných charakteristík počas puberty a rokmi strávenými prežívaním rodovej rozlady. Na druhej strane sú obavy o negatívne vedľajšie účinky užívania GnRH analógov na telo (napr. na vývin kostí a výšku). Hoci sú prvé výsledky tohto prístupu (posúdené na adolescentoch počas 10 rokov) veľmi sľubné (Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van deWaal&Cohen-Kettenis, 2006), dlhodobé účinky môžu byť zrejme, až keď najskôr liečené/i pacientky a pacienti dosiahnu vhodný vek.

Čiastočne zvratné zásahy

Adolescenti môžu byť spôsobilí pre začatie feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapie, pokiaľ možno so súhlasom rodičov. V mnohých krajinách sú 16 ročné osoby legálne spôsobilé pre zdravotné rozhodnutia a nepotrebujú súhlas rodičov. Rozhodnutia o liečbe by mali byť prijaté ideálne medzi adolescentom, rodinou a ošetrojúcim tímom. Režim hormonálnej terapie adolescentov s rodovou rozladou sa podstatne odlišuje od režimu pre dospelých (Hembree et al., 2009). Hormonálny režim pre mládež je prispôbené pre somatický, emocionálny a mentálny vývin počas adolescencie (Hembree et al., 2009).

Nezvratné zásahy

Genitálna operácia by nemala byť vykonaná pokým (i) pacient, či pacientka nedosiahne vek spôsobilosti na právne úkony potrebný pre poskytnutie súhlasu s medicínskymi procedúrami v danej krajine a (ii) nežije súvisle aspoň po dobu 12 mesiacov v rodovej role, ktorá je zhodná s jeho/jej rodovou identitou. Vekovú hranicu treba v prípade aktívneho zásahu vnímať ako minimálne kritérium, a nie ako príznak sám o sebe.

Operácia hrudníka u trans mužov (FtM) by mala byť vykonaná skôr, pokiaľ možno po dostatočnom období žitia v želanej rodovej role a po jednom roku testosterónovej terapie. Zámerom tohto postupu je poskytnúť adolescentovi dostatočné príležitosti zažiť a spoločensky sa prispôbiť vo viac maskulínnej rodovej role predtým než podstúpi nezvratnú operáciu. Avšak, odlišné prístupy môžu byť vhodnejšie, v závislosti od adolescentovej špecifickej klinickej situácie a zámerov ohľadom rodovej identity a rodového prejavu.

Riziká odopretia zdravotnej starostlivosti adolescentom

Odmietnutie včasných medicínskych zásahov môže adolescentom predĺžiť rodovú rozladu a prispieť ku vývinu vzhladu, ktorý môže provokovať zneužívanie a stigmatizáciu. Keďže úroveň zneužívania súvisiaca s rodom je počas adolescencie silno zviazaná so stupňom psychiatrických ťažkostí (Nuttbrock et al., 2010), odmietnutie hormonálnej terapie pre potlačenie puberty a následnej feminizujúcej alebo maskulinizujúcej hormonálnej terapie nie je pre adolescentnou neutrálnou možnosťou.

VII. MENTÁLNE ZDRAVIE

Transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia môžu vyhľadať pomoc v oblasti mentálneho zdravia z množstva dôvodov. Bez ohľadu na dôvody, pre ktoré osoba vyhľadala pomoc, poskytovatelia by mali byť oboznámení/s rodovou nekonformitou, jednať s primeranou kultúrnou spôsobilosťou a prejavovať citlivosť pri poskytovaní starostlivosti. Táto sekcia ŠZS sa zameriava na rolu odborníkov v oblasti mentálneho zdravia v starostlivosti o dospelých, ktorí hľadajú pomoc ohľadom rodovej rozlady a súvisiacich ťažkostí. Odborníci pracujúci s deťmi a adolescentmi s rodovou rozladou a ich rodinami získajú informácie v časti IV.

Spôsobilosť odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pre prácu s dospelými s rodovou rozladou

Výcvik odborníkov v oblasti mentálneho zdravia spôsobilých pre prácu s dospelými osobami s rodovou rozladou spočíva v základnej klinickej spôsobilosti vyšetriť, diagnostikovať a poskytnúť starostlivosť v záležitostiach mentálneho zdravia. Klinický výcvik môže byť z akejkoľvek oblasti, ktorá pripravuje odborníkov v oblasti mentálneho zdravia na klinickú prax, ako psychológia, psychiatria, sociálna práca, poradenstvo v oblasti mentálneho zdravia, párová a rodinná terapia, ošetrovatelstvo alebo rodinná medicína so špeciálnym výcvikom v oblasti behaviorálneho zdravia a poradenstva. Nasledujúce odporúčania sú minimálnymi kritériami pre odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pre prácu s dospelými s rodovou rozladou:

1. Titul magistra alebo rovnocenný titul v oblasti klinických behaviorálnych vied. Tento titul, alebo vyšší by mal byť garantovaný inštitúciou akreditovanou príslušnou národnou alebo regionálnou akreditačnou komisiou. Dokumenty o kvalifikácii by mali byť od patričnej licenčnej komisie alebo ekvivalentnej inštitúcie pre krajinu.
2. Spôsobilosť v používaní *Diagnostického štatistického manuálu mentálnych porúch* a/alebo *Medzinárodnej klasifikácie chorôb* pre diagnostické účely.
3. Spôsobilosť rozoznať a diagnostikovať koexistujúce ťažkosti v oblasti mentálneho zdravia a odlišiť ich od rodovej rozlady.
4. Zdokumentované absolvovanie výcviku a spôsobilosť v psychoterapii a poradenstve.
5. Znalosti o rodovo nekonformných identitách a prejavoch, vyšetrovaní a zdravotnej starostlivosti v oblasti rodovej rozlady.
6. Pokračujúce vzdelávanie vo vyšetrovaní a starostlivosti v oblasti rodovej rozlady, ktoré môže zahŕňať účasť na odborných stretnutiach, workshopoch alebo seminároch; zariadiť si supervíziu u odborníčky alebo odborníka s patričnými skúsenosťami; alebo participácia na výskume o rodovej nekonformite a rodovej rozlade.

Ako prídavok k hore uvedenému minimu kvalifikácie sa odporúča, aby si odborníci a v oblasti mentálneho zdravia rozvíjali kultúrne spôsobilosti pre rozvoj práce s transsexuálnymi, transrodovými a rodovo nekonformnými klientkami a klientmi. Môže to zahŕňať, napr. spoznávanie situácie miestnej komunity, advokáciu a zmeny verejných politík týkajúce sa týchto klientov a ich rodín. Navyše, výhodou sú tiež poznatky o sexualite, otázky sexuálneho zdravia, vyšetrenie a liečba sexuálnych porúch. Odborníci, pre ktorých je práca v tejto oblasti novou (bez ohľadu na úroveň ich výcviku a iné skúsenosti) by mali pracovať

pod supervíziou odborníka v oblasti mentálneho zdravia s dosiahnutou spôsobilosťou vo vyšetrení a starostlivosti osôb s rodovou rozladou.

Úlohy odborníkov v oblasti mentálneho zdravia pri práci s dospelými s rodovou rozladou

Odborníci môžu slúžiť transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným osobám a ich rodinám mnohými spôsobmi, v závislosti od potrieb klientely. Napríklad, môžu slúžiť formou psychoterapie, poradenstva, rodinnou terapiou alebo diagnostikou/posúdením, advokáciou, či vzdelávaním.

Odborníci by mali určiť dôvody klientov, pre ktoré vyhľadali odbornú pomoc. Napríklad, klient môže využívať rôzne kombinácie nasledujúcich typov starostlivosti: psychoterapeutická pomoc pri preskúmaní rodovej identity a rodového prejavu alebo podpora pri procese coming out-u; posúdenie a odporúčenie pre feminizačné/maskulinizačné zdravotné zásahy, psychologická podpora pre členov a členky rodiny (partner/partnerka, deti, širšia rodina); psychoterapia súvisiaca s otázkami o rode; alebo iná odborná starostlivosť.

Dole sú uvedené všeobecné smernice pre bežné úlohy, ktorými sa môžu odborníci riadiť pri práci s dospelými s rodovou rozladou.

Úlohy spojené so vyšetrením a odporúčaním

1. Vyšetrite rodovú rozladu

Odborníci vyšetria rodovú rozladu v kontexte psychosociálneho prispôsobenia klientov (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). Vyšetrenie obsahuje minimálne preskúmanie rodovej identity a rodovej rozlady, histórie a vývinu pocitov rodovej rozlady, dôsledky stigmy spojenej s rodovou nekonformitou na mentálne zdravie, prístup k podpore od rodiny, priateľov a rovesníkov (napr. osobný a/alebo online kontakt s inými transsexuálnymi, transrodovými alebo rodovo nekonformnými jednotlivcami, či skupinami).

Výsledkom vyšetrenia nemusí byť žiadna diagnóza, môže byť formálna diagnóza, súvisiaca s rodovou rozladou a/alebo iná diagnóza, ktorá popisuje zdravie a psychosociálne prispôbenie klientky, či klienta. Rola odborníkov a odbornícok v oblasti mentálneho zdravia zahŕňa aj dostatočné uistenie sa, že rodová rozlada nie je druhotná alebo prejavom iných diagnóz. Odborníci vyššie popísanými spôsobilosťami (ďalej len "odborníci v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou") majú najlepšiu prípravu pre vedenie takéhoto posúdenia rodovej rozlady. Avšak, táto úloha môže byť vykonaná aj odborníkom z iného poľa s potrebným výcvikom v oblasti behaviorálneho zdravia, ktorý/-á má spôsobilosť pre vyšetrenie rodovej rozlady, špeciálne keď je súčasťou multidisciplinárneho špecializovaného tímu, ktorý poskytuje prístup k feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapii. Môže to byť odborník, ktorý predpisuje hormonálnu terapiu alebo je súčasťou takéhoto tímu.

2. Poskytnite informácie vrátane možností prípadných zdravotných zákrokov pre rodovú identitu a rodový prejav

Dôležitou úlohou odborníkov v oblasti mentálneho zdravia je vzdelávanie klientov, vrátane informácií o rozmanitosti rodových identít a rodových prejavov a o rôznych dostupných možnostiach pre úľavu od rodovej rozlady. Môžu tiež uľahčiť proces (alebo odporučiť inam), počas ktorého klient skúma rôzne možnosti s cieľom nájsť vyhovujúcu rodovú rolu a rodový prejav, a v prípade potreby sa pripraviť na prijatie plne informovaného rozhodnutia ohľadom dostupných zdravotných zákrokov. Proces môže zahŕňať odporúčania pre individuálnu, rodinnú a skupinovú terapiu a/alebo kontakt s komunitou pre získanie podpory od ľudí s podobnými skúsenosťami. Odborník prediskutuje s klientom krátkodobé i dlhodobé dôsledky zmien v rodovej role a možnosti využitia zdravotných zákrokov. Dôsledky môžu byť psychologické, sociálne, telesné, sexuálne, pracovné, finančné a právne (Bockting et al., 2006; Lev, 2004). Táto úloha by mala byť vykonaná odborníkom v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou; môže byť tiež vykonaná odborníkom z inej oblasti zdravia s vhodným výcvikom v behaviorálnom zdraví a dostatočnými znalosťami o rodovo nekonformných identitách a prejavoch a možných zdravotných zárokoch v prípadoch rodovej rozlady, špeciálne, keď je súčasťou multidisciplinárneho špecializovaného tímu, ktorý poskytuje prístup k feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapii.

3. Vyšetrite, diagnostikujte a prediskutujte možnosti liečby koexistujúcich ťažkostí mentálneho

Klienti a klientky s rodovou rozladou môžu v oblasti mentálneho zdravia tiež zápasit' so spektrom iných otázok (G'omez-Gil, Trilla, Salameo, God'as, & Vald'es, 2009; Murad et al., 2010), ktoré môžu ale nemusia súvisieť s často dlhou históriou rodovej rozlady a/alebo chronickým stresom menšiny. Prípadné problémy zahŕňajú úzkosť, depresiu, seba-poškodzovanie, históriu zneužívania a zanedbania, kompulzivitu, zneužívanie návykových látok, sexuálne problémy, poruchy osobnosti, poruchy stravovania, psychotické poruchy a poruchy autistického spektra (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali urobiť screening pre tieto a iné problémy mentálneho zdravia a tie, ktoré identifikujú zahrnúť do celkového liečebného plánu. Tieto problémy môžu byť významnými zdrojmi ťažkostí, a ak zostanú neošetrené, môžu skomplikovať proces skúmania rodovej identity a vyústiť do rodovej rozlady (Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Keď sa tieto problémy adresujú, môžu veľmi uľahčiť riešenie rodovej rozlady, prípadné zmeny v rodovej role, prijatie informovaného rozhodnutia o zdravotných zákrokoch a zvýšiť kvalitu života. Niektorí klienti môžu mať osov z liečby psychotropnými látkami pre úľavu od symptómov alebo liečby koexistujúcich problémov mentálneho zdravia. Odborníci by to mali vedieť rozoznať, a buď poskytnúť farmakoterapiu alebo odporučiť k iným spôsobilým kolegom, u ktorých je táto pomoc dostupná. Prítomnosť koexistujúcich problémov mentálneho zdravia nutne nevylučuje prípadné zmeny v rodovej role alebo prístup k feminizujúcim/maskulinizujúcim hormónom alebo operáciám; tieto problémy skôr potrebujú byť optimálne zvládnuté pred alebo počas liečby rodovej rozlady. Navyše, u klientov a klientiek by mala byť určená spôsobilosť pre prijatie informovaného súhlasu na medicínske zákroky.

Odborníci v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou spôsobilosťou majú špeciálny tréning pre vyšetrenie, diagnostiku a starostlivosť (alebo odporúčanie starostlivosť) o tieto koexistujúce ťažkosti. Odborníci v iných oblastiach zdravia, špeciálne keď sú súčasťou multidisciplinárneho špecializovaného tímu pre poskytovanie prístupu k feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapii, môžu tiež vykonať screening, a v prípade potreby odporučiť na komplexné zhodnotenie a liečbu odborníkom v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou.

4. Stanovte spôsobilosť, urobte prípravu a odporučte na hormonálnu terapiu (ak je to vhodné)

Štandardy zdravotnej starostlivosti poskytujú kritériá pre sprevádzanie pri rozhodnutiach týkajúcich sa feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapii (načrtnutej v časti VIII a v prílohe C). Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu pomáhať s psychologickou prípravou klientom, ktorí zvažujú hormonálnu terapiu (napr. klient prijal plne informované rozhodnutie s jasnými a realistickými očakávaniami; je pripravení prijať krok v súlade s celkovým plánom liečby; vhodným spôsobom zahrnul/a do procesu rodinu a komunitu) a s praktickou prípravou (napr. klient absolvoval vyšetrenie pre vylúčenie zdravotných kontraindikácií pre užívanie hormónov; zvažil psychosociálne dôsledky). Ak sú klientky a klienti vo veku vhodnom na rozmnožovanie, pred začiatkom hormonálnej terapie treba preskúmať reprodukčné možnosti.

Pre odborníkov v oblasti mentálneho zdravia je dôležité, aby uznali, že rozhodnutia o hormonálnej terapii sú v prvom rade, a najmä, rozhodnutiami klientiek a klientov — tak ako všetky rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti. Avšak, odborníci majú zodpovednosť za povzbudzovanie, sprevádzanie a poskytovanie pomoci klientom, aby boli adekvátne pripravenými, a aby mohli prijať plne informované rozhodnutia. Aby mohli odborníci poskytnúť najlepšiu možnú podporu pri rozhodnutiach klientov, potrebujú mať s nimi funkčný vzťah a dostatočné informácie. Klienti by mali dostať okamžité a pozorné vyšetrenie za účelom úľavy od ich rodovej rozlady, a mali by im byť poskytnutá patričná zdravotná starostlivosť.

Odporúčanie pre feminizujúcu/maskulinizujúcu hormonálnu terapiu. Ľudia so zámerom využiť feminizujúcu/maskulinizujúcu hormonálnu terapiu môžu vyhľadať špecialistu z akéhokoľvek odboru. Avšak, zdravotná starostlivosť o transrodových ľuď je interdisciplinárne pole a odporúča sa koordinácia starostlivosti v rámci celkového tímu. Hormonálna terapia sa môže začať odporúčaním od odborníka v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou spôsobilosťou. Aj odborník na behaviorálne zdravie so spôsobilosťou pre vyšetrenie rodovej rozlady môže stanoviť vhodnosť, pripraviť a odporučiť klienta na hormonálnu terapiu, špeciálne v prípade neprítomnosti významných koexistujúcich problémov mentálneho zdravia, a keď funguje v kontexte multidisciplinárneho špecializovaného tímu. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník, ktorý vystaví odporúčenie, by mal ako súčasť odporúčania a/alebo zdravotnej dokumentácie poskytnúť informácie o pacientovej osobnej a zdravotnej histórii, vývoji a spôsobilosti. Odborník, ktorý vystavil odporúčanie má etickú a právnu zodpovednosť za rozhodovanie spolu s lekárkou alebo lekárom,

ktorá/i poskytne odporúčanú zdravotnú starostlivosť.

V odporúčaní na feminizujúcu/maskulinizujúcu terapiu sa navrhuje uviesť nasledujúce údaje:

1. Všeobecné identifikačné údaje klienta, či klientky;
2. Výsledky jej/jeho psychosociálneho vyšetrenia vrátane diagnóz;
3. Dĺžka vzťahu medzi odporúčajúcim lekárom a klientom/klientkou vrátane doteraz absolvovaných typov vyšetrení a terapie, či poradenstva;
4. Vysvetlenie, že kritériá pre hormonálnu terapiu boli splnené a krátky popis klinických odôvodnení podporujúcich žiadosť klientky, či klienta o hormonálnu terapiu;
5. Vyhlásenie o obdržaní informovaného súhlasu od pacienta, či pacientky;
6. Vyhlásenie, že odporúčajúci lekár, je dostupný pre koordináciu starostlivosti a uvíta potvrdzujúci telefonát. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí pracujú v rámci multidisciplinárneho špecializovaného tímu nemusí byť potrebné odporúčanie; skôr by vyšetrenia a odporúčenia mali byť zdokumentované v zdravotnej dokumentácii pacientky, či pacienta.

5. Vyšetrite spôsobilosť, urobte prípravu a odporučte pre operácie (ak je to vhodné)

ŠZS taktiež obsahujú kritériá pre sprevádzanie pri rozhodnutiach týkajúcich sa operácií pŕs/hrudníka a genitálnych operácií (načrtnuté v časti XI a prílohe C). Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu pomôcť klientom a klientkám, ktorí/é zvažujú operáciu pri psychologickú prípravu (napr. prijať plne informované rozhodnutie s jasnými a realistickými očakávaniami; príprava na prijatie tohto zákroku v súlade s celkovým plánom liečby; vhodným spôsobom zahrnúť do procesu rodinu a komunitu) a praktickej príprave (napr. spraviť informované rozhodnutie o chirurgovi, ktorí/ vykoná zákrok; zariadiť rekonvalescenčnú starostlivosť). Ak je klientka, či a klient vo veku vhodnom na rozmnožovanie (časť IX), pred podstúpením genitálnej operácie by mali byť preskúmané reprodukčné možnosti.

ŠZS neuvádzajú kritériá iných chirurgických zákrokov, ako napr. feminizujúce/maskulinizujúce operácie tváre; avšak, odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu hrať významnú úlohu v napomáhaní svojim klientom a klientkám pri prijatí plne informovaného rozhodnutia o načasovaní a dôsledkoch takýchto zákrokov v kontexte celkového coming out-u, či procesu tranzície.

Dôležité je, aby odborníci uznali, že rozhodnutia o operáciách sú v prvom rade, a najmä rozhodnutiami klientiek a klientov – tak ako všetky rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti. Avšak, odborníci majú zodpovednosť za povzbudzovanie, sprevádzanie a poskytovanie pomoci klientom, aby sa boli adekvátne pripravení, a aby mohli prijať plne informované rozhodnutia. Aby mohli odborníci poskytnúť najlepšiu možnú podporu pri rozhodnutiach klientov, potrebujú mať s nimi funkčný vzťah a dostatočné informácie. Klienti by mali dostať okamžité a pozorné vyšetrenie za účelom úľavy od ich rodovej rozlady, a mala by im byť poskytnutá patričná zdravotná starostlivosť.

Odporúčanie pre operácie. Operačná liečba rodovej rozlady môže byť započatá odporúčaním (jedným, či dvomi, v závislosti do typu operácie) od odborníka v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou spôsobilosťou. Tento poskytne v zdravotnej dokumentácii alebo odporúčaní informácie o pacientovej osobnej a zdravotnej histórii, vývoji a spôsobilosti. Odborník, ktorí vystaví odporúčanie má etickú a právnu zodpovednosť za rozhodia spolu s chirurgom.

- Jedno odporúčanie pre operáciu pŕs/hrudníka (napr. mastektómia, rekonštrukcia hrudníka, zväčšujúca mamoplastika) je potrebné od odborníka v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou.

- Dve odporúčania od odborníkov v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou, ktorí/é nezávisle vyšetřili pacienta sú potrebné pre genitálnu operáciu (napr. hysterektómia/salpingo-ovarektómia, orchiektómia, genitálna rekonštrukcia). Prvé odporúčanie je od psychoterapeuta/, druhé od osoby, ktorej rola spočívala len vo vyšetření pacienta. Možno je zaslať dve samostatné odporúčania, alebo jeden podpísaný obomi (napr. ak majú prax v tej istej klinike). Avšak v oboch odporúčaníach sa očakávajú tie isté informácie/údaje tak, ako sú uvedené vyššie.

- Odporúčanie sa nevyžaduje pre hysterektómiu/salpingo-ovarektómiu alebo orchiektómiu, ak sa nevzťahuje k rodovej rozlade alebo z dôvodu iných diagnóz.

Obsah odporúčania pre operácie má nasledovné náležitosti:

1. Všeobecné identifikačné údaje klienta, či klientky;
2. Výsledky jej/jeho psychosociálneho vyšetrenia vrátane diagnóz;
3. Dĺžka vzťahu medzi odporúčajúcim lekárom a klientom/ vrátane absolvovaných / doteraz poskytnutých typov vyšetrení a terapie, či poradenstva;

4. Vysvetlenie, že kritériá pre operáciu boli splnené a krátky popis klinických odôvodnení podporujúcich žiadosť klientky, či klienta o operáciu;
5. Vyhlásenie o obdržaní informovaného súhlasu od pacienta;
6. Vyhlásenie, že odporúčajúci lekár je dostupný pre koordináciu starostlivosti a uvíta potvrdzujúci telefonát. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí pracujú v rámci multidisciplinárneho špecializovaného tímu nemusí byť potrebné odporúčanie; skôr by vyšetrenia a odporúčania mali byť zdokumentované v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Vzťah odborníkov v oblasti mentálneho zdravia s poskytovateľmi , ktorí predpisujú hormóny, chirurgmi a ďalšími zdravotnými odborníkmi

Pre odborníkov v oblasti mentálneho zdravia je ideálne, ak môžu pracovať a pravidelne diskutovať o postupoch a konzultovať s kolegami a kolegyňami a inými odborníkmi (aj z oblasti mentálneho zdravia, aj z iných zdravotných odborov), ktorí/é majú kompetencie v stanovovaní a ošetrovaní rodovej rozlady. Vzťah medzi odborníkmi podieľajúcimi sa na zdravotnej starostlivosti pacienta by mal byť koordinovanou spolupracou a klinickým dialógom podľa ich potrieb. Otvorená a pretrvávajúca komunikácia môže byť nevyhnutná pre konzultácie, odporúčania a zvládanie pooperačných problémov.

Úlohy spojené s psychoterapiou

Psychoterapia nie je nevyhnutnou požiadavkou pre hormonálnu terapiu a operácie.

Screening mentálneho zdravia a/alebo vyššie naznačené vyšetrenia sú pri prítomnosti rodovej rozlady potrebné pre odporúčanie na hormonálne alebo chirurgické ošetrovanie. Naopak, psychoterapia – hoci je veľmi odporúčaná – nie je nutná.

ŠZS neodporúčajú minimálny počet psychoterapeutických stretnutí pred hormonálnou terapiou alebo operáciami. Existuje preto viacero dôvodov (Lev, 2009). Po prvé, požiadavka na minimálny počet stretnutí má sklony byť chápaná ako prekážka, ktorá bráni skutočnej príležitosti pre osobný rast. Po druhé, odborničky a odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu ponúknuť klientele dôležitú podporu počas všetkých fáz skúmania rodovej identity, rodového prejavu a prípadnej tranzície – nielen pred prípadnými zdravotnými zásahmi. Po tretie, klienti a klientky a ich psychoterapeuti/ky sa líšia v schopnostiach dospieť k podobným cieľom v stanovenom časovom rámci.

Ciele psychoterapie pre dospelých s ťažkosťami v oblasti rodu .

Všeobecným cieľom psychoterapie je nájsť spôsoby celkovej maximalizácie psychologickej pohody, kvality života a seba-naplnenia človeka. Zámerom psychoterapie nie je zmena rodovej identity človeka; skôr môže osobe napomôcť pri skúmaní problémov s rodom a nájsť spôsoby pre úľavu od rodovej rozlady, ak je prítomná (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Zvyčajne je celkovým cieľom pomôcť transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným osobám dosiahnuť dlhodobú spokojnosť vo vyjadrovaní ich rodovej identity s realistickými šancami pre úspech vo vzťahoch, vzdelávaní a práci. Pre ďalšie podrobnosti pozri Fräsera (2009c). Terapia môže pozostávať z individuálnej, párovej, rodinnej alebo skupinovej psychoterapie; posledná uvedená je špeciálne dôležitá pre nájdenie podpory u osôb s podobnými skúsenosťami.

Psychoterapia pre transsexuálnu, transrodovú a rodovo nekonformnú klientelu, vrátane poradenstva a podpory pri zmenách v rodovej role

Nájdenie vyhovujúcej rodovej role je primárnym a prvoradým psychosociálnym procesom. Psychoterapia môže byť nedocniteľnou pri pomoci transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom vo všetkých nasledujúcich oblastiach: (i) vyjasnenie a preskúmanie rodovej identity a rodovej role, (ii) určenie dopadu stigmy a stresu minority na mentálne zdravie a vývoj človeka a (iii) napomáhanie pri procese coming out-u (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004). Tieto oblasti môžu pre isté osoby zahŕňať zmeny v prejave rodovej role a využití feminizujúcich/maskulinizujúcich zdravotných zákrokov. Odborníci a odborničky v oblasti mentálneho zdravia môžu poskytovať podporu v rozvoji interpersonálnych zručností a odolnosti u klientiek a klientov a ich rodín vo svete, ktorý často nie je pripravený na prijatie a

prejavovanie rešpektu transrodovým, transsexuálnym a rodovo nekonformným ľuďom. Psychoterapia tiež môže pomôcť v úľave od ďalších prítomných problémov mentálneho zdravia (napr. úzkosť, depresia) identifikovaných počas screeningu a vyšetrení. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu podporiť rozvoj individualizovaného plánu so špecifickými cieľmi a časovým rámcom u transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí, ktorí majú v pláne zmeniť rodovú rolu natrvalo a prejsť sociálnou tranzíciou. Hoci sa skúsenosť so zmenou rodovej roly odlišuje od osoby k osobe, sociálne aspekty tejto skúsenosti sú zvyčajne náročnou výzvou — často viac, než telesné aspekty. Pretože zmena rodovej roly môže mať závažné osobné a sociálne následky, rozhodnutie by malo obsahovať vedomosti o povahe výziev v oblastiach rodiny, interpersonálnych vzťahov, vzdelávania, financií a práva, takže ľudia môžu vo svojej rodovej role fungovať úspešne.

Mnoho transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí vyhľadá pomoc bez toho, aby niekedy žili alebo boli akceptovaní v role, ktorá je najviac zhodná s ich rodovou identitou. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu pomôcť týmto klientom a klientkám preskúmať a predvídať dôsledky zmien v rodovej role a načasovať proces ich realizácie. Psychoterapia im môže poskytnúť priestor, v ktorom sa môžu začať prejavovať spôsobom, ktorý je zhodný s ich rodovou identitou a – pre niektorých klientov a klientky – prekonať obavy zo zmien v rodovom prejave. Niektoré uvážené zmeny môže klient preniesť i mimo terapie kvôli nadobudnutiu skúseností a budovaniu sebavedomia v novej role. Pri coming out-e je taktiež možné poskytnúť pomoc rodine a komunitě (priatelia, škola, práca).

Iné transsexuálne, transrodové a rodovo nekonformné osoby, ktoré vyhľadajú starostlivosť už majú skúsenosti (minimálne, čiastočné alebo rozsiahle) so životom v rodovej role, ktorá sa odlišuje od tej spájanou s pohlavím pripísaným im pri narodení. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu týmto klientom a klientkám pomôcť identifikovať potenciálne úskalia, pomôcť im cez ne prejsť a urobiť optimálne úpravy v ďalších prejavoch zmien v rodovej roly.

Rodinná terapia a podpora rodiny

Rozhodnutia o zmenách v rodovej role a zdravotných zákrokoch pre úľavu od rodovej rozlady majú dôsledky nielen na klientky a klientov, ale aj na ich rodiny (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu pomáhať klientom v prijímaní starostlivo premyslených rozhodnutí o komunikácii s rodinou a inými ľuďmi o ich rodovej identite a rozhodnutiach o zdravotných zákrokoch. Rodinná terapia môže zahŕňať prácu s manželom/manželkou, partnerkou/partnerom, a tiež deťmi a inými členmi klientovej/klientkinej širšej rodiny. Klientky a klienti môžu tiež požadovať pomoc v oblasti vzťahov a sexuálneho zdravia. Napríklad, môžu chcieť preskúmať svoju sexualitu a otázky intimitity.

Rodinnú terapiu je možné poskytovať ako súčasť individuálnej terapie, a ak je to klinicky vhodné, môže ju poskytovať ten istý poskytovateľ. Prípadne je možné poskytnúť odporúčanie k inej terapeutke s relevantnou expertízou pre prácu s rodinou; taktiež je možné poskytnúť prístup k zdrojom podpory zo strany ľudí s podobnými skúsenosťami (napr. osobné alebo online podporné skupiny pre partnerov/partnerky a rodiny).

Následná starostlivosť v ďalších obdobiach života

Odborníci v oblasti mentálneho zdravia môžu pracovať s klientmi a ich rodinami v mnohých štádiách ich životov. Psychoterapia môže byť nápomocná v rôznych obdobiach a rozličných situáciách počas celého životného cyklu.

E-terapia, online poradenstvo alebo dištančné poradenstvo

Online alebo e-terapia sa ukázala byť špeciálne užitočná pre ľudí, ktorí majú komplikácie s prístupom k potrebnému a kompetentnému ošetrovaniu v osobnom styku, a ktorí môžu prežívať izoláciu a dôsledky stigmy. (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). E-terapia môže byť užitočnou metódou psychoterapie s transsexuálnymi, transrodovými a rodovo nekonformnými ľuďmi. E-terapia ponúka príležitosti pre potenciálne zvýšené, rozšírené, kreatívne a na mieru šité poskytovanie služieb; avšak ako rozvíjajúca sa metóda môže prinášať neočakávané riziko. Smernice telemedicíny sú v niektorých častiach USA jasne stanovené (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005), ale nie vo všetkých; medzinárodná situácia je ešte menej jasne stanovená (Maheu et al., 2005). Pokým nie sú dostupné dostatočné dáta o využívaní e-terapie, odporúča sa opatrnosť.

Odborníkom v oblasti mentálneho zdravia, ktoré/í pracujú formou e-terapie sa odporúča priebežne

aktualizovať svoje poznatky o tomto rýchlo rozvíjajúcom sa prostredí cez kontakt s licenčnou radou, odbornou asociáciou a nariadeniami danej krajiny a taktiež pomocou súčasnej odbornej literatúry. Dôkladnejší prehľad potenciálneho využitia, procesov a etických otázok ohľadom e-terapie boli publikované (Fraser, 2009b).

Ďalšie úlohy odborníkov v oblasti mentálneho zdravia

Vzdelávajte a robte advokáciu v prospech svojich klientov a klientiek v rámci ich komunit (školy, práce, iné organizácie) a napomáhajte im v zmene identifikačných dokumentov

Transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia môžu počas procesu aktualizácie ich rodovej identity a rodového prejavu čeliť výzvam v ich profesionálnom, vzdelávacom alebo inom prostredí (Lev, 2004, 2009). Odborníci a odborníčky v oblasti mentálneho zdravia môžu v týchto prostrediach zohrať dôležitú rolu vo vzdelávaní o rodovej nekonformite a advokácii v prospech ich klientov a klientiek (Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). Táto rola môže zahŕňať konzultácie so školskými poradcami, učiteľským zborom a administratívnym personálom, personálom oddelenia ľudských zdrojov, manažérmi, zamestnávateľkami a predstaviteľmi iných organizácií a inštitúcií. Navyše, klienti môžu od svojich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti požadovať, aby ich podporili pri zmenách mena a priezviska a/alebo označení rodu v identifikačných dokumentoch ako pas, vodičský preukaz, rodný list alebo diplomy.

Poskytujte informácie a odporúčania na získanie podpory zo strany ľudí v podobnej situácii

Pre niektorých transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí môže byť skúsenosť v podpornej skupine ľudí s podobnými skúsenosťami viac prínosná v zmysle spoznania možností rodového prejavu než čokoľvek, čo môže ponúknuť individuálna psychoterapia (Rachlin, 2002). Obe skúsenosti sú potenciálne cenné a všetci ľudia, ktorí sa v oblasti rodu hľadajú by mali dostať povzbudenie, aby sa zúčastnili na komunitných aktivitách, ak je to možné. Zdroje a informácie o podpore od ľudí s podobnými skúsenosťami by mali byť klientkám a klientom sprístupnené.

Kultúra a jej dôsledky na vyšetrenie a psychoterapiu

Odborníci v oblasti zdravia po celom svete pracujú vo výrazne odlišných prostrediach. Typy ťažkostí, kvôli ktorým ľudia v akejkoľvek kultúre vyhľadávajú odbornú pomoc sú chápané a klasifikované v pojmoch, ktoré sú produktmi ich vlastnej kultúry (Frank & Frank, 1993). Kultúrne prostredie taktiež rozsiahlo podmieňuje ako sú tieto situácie chápané odborníkmi v oblasti mentálneho zdravia. Kultúrne odlišnosti ohľadom rodovej identity a rodového prejavu môžu ovplyvniť pacientky a pacientov, odborníkov a zaužívanú psychoterapeutickú prax. WPATH uznáva, že ŠZS vychádzajú zo západnej tradície a môžu vyžadovať lokálne prispôbenie v závislosti od kultúrneho kontextu.

Etické zásady starostlivosti o mentálne zdravie

Odborníci potrebujú mať certifikát alebo licenciu pre prax od danej krajiny podľa jej odborných smerníc (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). Odborníci musia dodržiavať etický kódex ich odbornej organizácie vydávajúcej certifikáty, či licencie v celej ich práci s transsexuálnymi, transrodovými a rodovnekonformnými klientmi a klientkami.

V minulosti už boli vykonané pokusy o liečbu so zámerom zmeniť rodovú identitu osoby a jej rodový prejav tak, aby boli v súlade s pohlavím pripísaným jej pri narodení. (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), avšak bez úspechu, špeciálne z dlhodobého hľadiska (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Táto liečba už dlhšie nie je považovaná za etickú. Ak sa odborníci v oblasti mentálneho zdravia cítia nepríjemne alebo neskúsene pre prácu s transsexuálnymi, transrodovými alebo rodovo nekonformnými jedincami a ich rodinami, mali by ich odporučiť ku kompetentným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, alebo minimálne konzultovať s kolegom s potrebnou odbornosťou. Ak nie sú dostupní žiadni miestni poskytovatelia a boli splnené lokálne podmienky pre dištančné konzultácie, je možné využiť metódy telemedicíny.

Prístup k zdravotnej starostlivosti

Odborníci v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou spôsobilosťou nie sú univerzálne dostupní/é; prístup ku kvalitnej starostlivosti môže byť preto obmedzený. WPATH má za cieľ zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti a poskytuje nepretržité príležitosti vzdelávania formou výcvikov odborníkov z rôznych odborov, aby mohli poskytovať kvalitnú trans-špecifickú zdravotnú starostlivosť. Poskytovanie dištančnej zdravotnej starostlivosti využitím technológie môže byť jedným zo spôsobov zlepšenia prístupu (Fraser, 2009b).

V mnohých častiach sveta je prístup transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí k zdravotnej starostlivosti obmedzený nedostatkom zdravotného poistenia a iných prostriedkov na zaplatenie za potrebnú starostlivosť. WPATH nalieha na zdravotné poisťovne a iné relevantné inštitúcie, aby preplácali zákroky pre úľavu od rodovej rozlady, ktoré sú z hľadiska medicíny nutné (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008). V prípade práce s klientkami, či klientmi, ktorí nie sú schopní získať prístup k potrebnej zdravotnej starostlivosti sa odporúča informovať ich o dostupných podporných skupinách a ďalších podporných komunitných zdrojoch (offline alebo online). A na záver, pre prijímanie rozhodnutí na zvýšenie kvality života klientiek a klientov sa môže osvedčiť prístup znižovania negatívnych dôsledkov (tzv. harm-reduction).

VIII. HORMONÁLNA TERAPIA

Nutnosť hormonálnej terapie z hľadiska zdravia

Feminizujúca/maskulinizujúca hormonálna terapia – podávanie exogénnych endokrinných prostriedkov pre vyvolanie feminizujúcich alebo maskulinizujúcich zmien – je zdravotne nevyhnutným zákrokom pre mnoho transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných jednotlivcov s rodovou rozladou (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfafflin & Junge, 1998). Kým niektorí ľudia hľadajú maximálnu feminizáciu/maskulinizáciu, iným sa uľaví pri dosiahnutí androgénneho prejavu ako dôsledku hormonálnej minimalizácie už existujúcich pohlavných charakteristík (Factor & Rothblum, 2008). Dôkazy psychosociálnych výsledkov hormonálnej terapie sú zhrnuté v prílohe D.

Hormonálna terapia musí byť individualizovaná v závislosti od cieľov pacientky, či pacienta, na základe pomeru rizík/výhod zákrokov, celkového zdravotného stavu a zvážení sociálneho a ekonomického hľadiska. Hormonálna terapia môže poskytnúť významnú úľavu od rodovej rozlady pacientkam a pacientom, ktorí si neželajú podstúpiť spoločenskú tranzíciu rodovej role, či operácie alebo tak nemôžu spraviť (Meyer, 2009). Hormonálna terapia je odporúčaným kritériom pre úľavu od rodovej rozlady pri niektorých, ale nie všetkých chirurgických krokoch (pozri časť XI a prílohu C).

Kritériá hormonálnej terapie

S hormonálnou terapiou možno začať po vykonaní psychosociálneho vyšetrenia a získaní informovaného súhlasu tak, ako je naznačené v časti VII ŠZS. Vyžaduje sa odporúčanie od odborníka v oblasti mentálneho zdravia, ktorí vykonal vyšetrenie, pokiaľ nebolo vykonané poskytovateľom hormonálnej terapie, ktorí má spôsobilosť aj v tejto oblasti.

Kritériá hormonálnej terapie sú nasledovné:

1. Pretrvávajúca, dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
2. Spôsobilosť pre prijatie plne informovaného rozhodnutia a súhlas s ošetrením;
3. Vek právnej spôsobilosti pre právne úkony a rozhodnutia pre dané zákroky v danej krajine (v prípade mladších klientiek a klientov sa riadte ŠZS načrtnutými v sekcii IV);
4. Ak sú prítomné významné problémy v oblasti telesného alebo mentálneho zdravia, mali by byť dostatočne pod kontrolou.

Ako je uvedené v časti VII ŠZS, prítomnosť koexistujúcich zdravotných problémov nutne nebráni v prístupe k feminizujúcim/maskulinizujúcim hormónom; skôr je potrebné tieto problémy zvládnuť pred alebo počas ošetrenia rodovej rozlady. Vo vybraných situáciách sa považuje za prijateľné poskytnúť hormóny aj pacientom, ktorí nespĺňajú tieto kritériá. Príklady zahŕňajú: poskytnutie prístupu k hormónom so známou kvalitou počas monitorovanej zdravotnej starostlivosti ako alternatívu k pokútne získaným hormónom a ich užívaniu bez lekárskeho dohľadu u klientiek a klientov ustálených v preferovanom rode, u ktorých je známa história predchádzajúceho užívania hormónov. Za neetické sa považuje odmietnutie prístupu alebo uznanie spôsobilosti výlučne na základe krvnej séropozitivity pre krvou prenášané infekcie ako je HIV alebo hepatitída typu B alebo C. V zriedkavých prípadoch môže byť hormonálna terapia kontraindikovaná kvôli

vážnemu individuálnemu zdravotnému stavu. Odborníci v oblasti zdravia by mali napomáhať týmto pacientom a pacientkam v prístupe k nehormonálnym zákrokom v úľave od rodovej rozlady. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia, ktorí poznajú pacientku, či pacienta môžu byť v tomto prípade významným zdrojom podpory.

Informovaný súhlas

Feminizujúca/maskulinizujúca hormonálna terapia môže viesť k nezvratným telesným zmenám. Preto by mala byť poskytovaná len tým osobám, ktoré sú právne spôsobilé poskytnúť informovaný súhlas. Zahŕňa to mladistvé osoby súdom vyhlásené za svojprávne, osoby vo výkone trestu a osoby s kognitívnymi poruchami, ktoré sú považované za spôsobilé podieľať sa na rozhodnutiach o svojom zdraví (Bockting et al., 2006). Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali zdokumentovať v zdravotnej dokumentácii, že boli poskytnuté vyčerpávajúce informácie a u klienta došlo k porozumeniu všetkých relevantných aspektov hormonálnej terapie, vrátane výhod a rizík aj dôsledkov na reprodukčné schopnosti.

Vzťah medzi protokolmi modelu Štandardov zdravotnej starostlivosti a modelu Informovaného súhlasu

Mnoho komunitných zdravotných centier v Spojených štátoch si vytvorilo protokoly pre poskytovanie hormonálnej terapie založenej na prístupe známom ako model Informovaného súhlasu (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Tieto protokoly sú konzistentné so zásadami uvedenými v *Štandardoch zdravotnej starostlivosti, verzia 7*, WPATH. ŠZS sú pružnými klinickými návodmi; dovoľujú uskutočňovanie zákrokov šitých na mieru potrebám jednotlivých osôb a na mieru šité protokoly podľa rôznych prístupov a podľa prostredia, v ktorom je zdravotná starostlivosť poskytovaná (Ehrbar & Gorton, 2010).

Získanie informovaného súhlasu pre hormonálnu terapiu je dôležitou úlohou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, aby sa uistili, že pacienti rozumejú psychologickým a telesným prínosom a rizikám hormonálnej terapie, ako aj jej psychosociálnym dôsledkom. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí predpisujú, či odporúčajú predpísanie hormónov by mali mať znalosti a skúsenosti v stanovení rodovej rozlady. Mali by informovať jednotlivcov o konkrétnych prínosoch, obmedzeniach a rizikách hormónov, vzhľadom na pacientov vek, predchádzajúce skúsenosti s hormónmi a súčasný telesný a mentálny stav. Screening pre akútne alebo súčasné problémy v oblasti mentálneho zdravia a ich riešenie je dôležitou súčasťou procesu dania informovaného súhlasu. Môže ho vykonať odborník v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou spôsobilosťou alebo poskytovateľ s potrebným výcvikom, ktorý hormóny predpisuje (pozri časť VII ŠZS). Ten istý poskytovateľ, alebo iná osoba v tíme s vhodným výcvikom (napr. zdravotná sestra) môže s pacientom prebrať psychosociálne následky užívania hormónov, ak je to nutné (napr. dopad feminizácie/maskulinizácie na to, ako budú človeka vnímať iní ľudia a dopad na vzťahy s rodinou, priateľmi a kolegyňami). V prípade potreby poskytnú títo poskytovatelia odporúčanie pre psychoterapiu, vyšetrenie a zdravotnú starostlivosť v súvislosti s koexistujúcimi ťažkosťami v oblasti mentálneho zdravia ako úzkosť, či depresia. Rozdiel medzi modelom Informovaného súhlasu a modelom ŠZS, verzia 7 je, že ŠZS dáva väčší dôraz na významnú úlohu, ktorú môžu hrať odborníčky a odborníci v oblasti mentálneho zdravia v úľave od rodovej rozlady a napomáhaní pri zmenách v rodovej role psychosociálnom prispôbení. Môže to zahŕňať komplexné zhodnotenie mentálneho zdravia a psychoterapiu, ak je to potrebné. Model Informovaného súhlasu sa sústreďuje na získanie informovaného súhlasu ako prahu pre začatie hormonálnej terapie v rámci multidisciplinárneho prostredia s prístupom zameraným na znižovanie negatívnych dopadov (tzv. harm reduction). Menší dôraz je kladný na poskytovanie starostlivosti o mentálne zdravie, pokiaľ si ho pacient nevyžiada, pokiaľ nie je identifikovaný závažný problém mentálneho zdravia, ktorý by vyžadoval zdravotnú starostlivosť pred predpísaním hormónov.

Telesné efekty hormonálnej terapie

Feminizujúca/maskulinizujúca hormonálna terapia vyvolá telesné zmeny, ktoré sú viac v súlade s rodovou identitou pacienta/tky.

- U trans mužov (FtM⁸) sú očakávané nasledujúce telesné zmeny: prehĺbenie hlasu, zväčšenie klitorisu

⁸ prekladateľská poznámka.: 'FtM' je skrátene z anglického 'female to male', teda voľne preložené 'zo ženy na muža'

(rôzne), rast ochlpenia tváre a tela, zastavenie menštruácie, atrofia tkaniva prsníkov a zníženie percenta telesného tuku v porovnaní so svalovou hmotou.

• U trans žien (MtF⁹) sú očakávané nasledujúce telesné zmeny: rast prsníkov (rôzne), znížená erektilná funkcia, zmenšenie semenníkov a zvýšenie percenta telesného tuku v porovnaní so svalovou hmotou.

Väčšina telesných zmien, či už feminizujúcich alebo maskulinizujúcich sa objaví v priebehu dvoch rokov. Množstvo fyzických zmien a presné načasovanie účinkov môže byť vysoko variabilné. V tabuľke 1a a 1b je načrtnutý približný časový priebeh týchto telesných zmien.

TABUĽKA 1a. Efekty a očakávaný časový priebeh maskulinizujúcich hormónov ^{a)}

Účinek	Začiatok nástupu účinkov ^{b)}	Očakávaný maximálny účinok ^{b)}
Mastenie pokožky/akné	1–6 mesiacov	1–2 roky
Rast ochlpenie tváre/tela	3-6 mesiacov	3-5 rokov
Strata vlasov	>12 mesiacov ^{c)}	variabilné
Zvýšená svalová hmota/sila	6-12 mesiacov	2-5 rokov ^{d)}
Redistribúcia telesného tuku	3-6 mesiacov	2-5 rokov
Zastavenie menštruácie	2-6 mesiacov	neznáme
Zväčšenie klitoris	3-6 mesiacov	1-2 roky
Vaginálna atrofia	3-6 mesiacov	1-2 roky
Prehĺbenie hlasu	3-12 mesiacov	1-2 roky

^a Prispôbené s povolením od Hembree a kol. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

^b Uvedené odhady prezentujú publikované a nepublikované klinické pozorovania.

^c Vysoko závisí od veku a dedičných charakteristík, môže byť minimálna.

^d Výrazne závisí od množstva cvičenia.

TABUĽKA 1b. Efekty a očakávaný časový priebeh feminizujúcich hormónov ^{a)}

Účinek	Začiatok nástupu účinkov ^{b)}	Očakávaný maximálny účinok ^{b)}
Redistribúcia telesného tuku	3-6 mesiacov	2-5 rokov
Znížená svalová hmota/sila	3-6 mesiacov	1-2 roky ^{c)}
Zjemnenie pokožky/znížené mastenie	3-6 mesiacov	neznáme
Znížené libido	1-3 mesiace	1-2 roky
Zníženie spontánnych erekcií	1-3 mesiace	3-6 mesiacov
Sexuálne dysfunkcie	variabilné	variabilné
Rast prsníkov	3-6 mesiacov	2-3 roky
Zníženie veľkosti semenníkov	3-6 mesiacov	2-3 roky
Znížená produkcia spermíí	variabilné	variabilné
Zníženie a spomalenie rastu ochlpenia tváre a tela	6-12 mesiacov	>3 roky ^{d)}
Androgénna plešatosť	žiadne dorastanie, zastavenie straty 1-3 mesiace	1-2 roky

^a Prispôbené s povolením od Hembree a kol. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

^b Uvedené odhady prezentujú publikované a nepublikované klinické pozorovania.

^c Výrazne závisí od množstva cvičenia.

^d Úplné odstránenie mužského ochlpenia tváre a tela vyžaduje elektrolyzu, ošetrovanie laserom alebo oboje.

Stupeň a rozsah telesných účinkov závisí čiastočne na dávke, spôsobe užívania a použitej substancie, ktoré sú vybrané v zhode s pacientovými, či pacientkinými špecifickými liečebnými zámermi (napr. zmeny v prejave rodovej role, plány tranzície) a profilom zdravotných rizík.

⁹ V slovenskom jazyku neexistuje ekvivalent a v medicíne sa bežne sa používa pôvodná skratka. Pri označení týchto ľudí je vhodné použiť pojem 'trans muži', ktorý vyjadruje rešpekt k ich preferovanej identite, keďže nie sú stotožnení s rodom (pohlavím), ktorý im bol pripísaný pri narodení.

⁹ *prekladateľská poznámka:* 'MtF' skrátene z anglického 'male to female', teda voľne preložené 'z muža na ženu'. V slovenskom jazyku neexistuje ekvivalent a v medicíne sa bežne sa používa pôvodná skratka. Pri označení týchto osôb je vhodné použiť pojem 'trans ženy', ktorý vyjadruje rešpekt k ich preferovanej identite, keďže nie sú stotožnené s rodom (pohlavím), ktorý im bol pripísaný pri narodení.

V súčasnosti neexistuje dôkaz, že reakcia na hormonálnu terapiu – s prípadnou výnimkou prehĺbenia hlasu u trans mužov (FtM) – môže byť spoľahlivo predpovedaná na základe veku, telesného typu, etnicity a vzhľadu členov a členiek rodiny. Ak považujeme všetky ostatné faktory za rovnocenné, neexistuje dôkaz, ktorý by naznačoval, že nejaká zdravotne schválená metóda užívania hormónov je efektívnejšia než akákoľvek iná v dosahovaní požadovaných telesných zmien.

Riziká hormonálnej terapie

Všetky zdravotné zákroky so sebou prinášajú riziká. Pravdepodobnosť závažnej nepriaznivej udalosti závisí od množstva faktorov: samotnej substancie, dávke, spôsobe užívania, pacientových, či pacientkiných klinických charakteristík (vek, komorbidita, rodinná história, zdravotné návyky). Preto je nemožné predpovedať, či sa u jednotlivých pacientov a pacientiek prejavia nepriaznivé účinky. Riziká spájané s feminizujúcou/maskulinizujúcou hormonálnou terapiou pre transsexuálnu, transrodovú a rodovo nekonformnú populáciu ako celku sú zhrnuté v tabuľke 2. Na základe množstva získaných dôkazov sú riziká kategorizované nasledovne: (i) pravdepodobne zvýšené riziko, (ii) možné riziko alebo (iii) nedokázané riziko alebo (iv) nezvýšené riziko. Položky v poslednej kategórii zahŕňajú aj tie, ktoré môžu predstavovať riziko, ale dôkazy sú tak minimálne, že nie je možné urobiť jednoznačné závery. Ďalšie podrobnosti o týchto rizikách sú uvedené v prílohe B, ktorá vychádza z dvoch komplexných prehľadov literatúry o maskulinizujúcej/feminizujúcej hormonálnej terapii podloženej dôkazmi (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) spolu s rozsiahlou kohortovou štúdiou (Asscheman et al., 2011). Tieto prehľady môžu slúžiť ako podrobné odkazy pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti popri ďalších široko uznávaných, publikovaných klinických materiáloch (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007).

TABUĽKA 2. Riziko spojené s hormonálnou terapiou

Úroveň rizika	Feminizujúce hormóny	Maskulinizujúce hormóny
Pravdepodobne zvýšené riziko	<ul style="list-style-type: none"> • Cievna tromboembolická choroba • Žlčové kamene • Zvýšené enzýmy pečene • Zvýšenie hmotnosti • Hypertriglyceridémia 	<ul style="list-style-type: none"> • Polycytémia • Zvýšenie hmotnosti • Akné • Androgenická alopecia (plešatosť) • Spánkové apnoe
Pravdepodobne zvýšené riziko s prítomnosťou ďalších rizikových faktorov ^{b)}	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiovaskulárne choroby 	
Možné zvýšené riziko	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšený tlak • Hyperprolaktinémia alebo prolaktinóm 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšené enzýmy pečene • Hyperlipidémia
Možné zvýšené riziko s prítomnosťou ďalších rizikových faktorov ^{b)}	<ul style="list-style-type: none"> • Cukrovka typu 2a 	<ul style="list-style-type: none"> • Destabilizácia určitých psychických porúch • Kardiovaskulárne choroby • Vysoký tlak • Cukrovka typu 2
Nezvýšené riziko alebo nedokázané zvýšené riziko	<ul style="list-style-type: none"> • Rakovina prsníka 	<ul style="list-style-type: none"> • Strata hustoty kostí • Rakovina prsníka • Rakovina krčku maternice • Rakovina vaječníkov • Rakovina maternice

Poznámka. Zvýraznené položky sú klinicky významné.

^a Riziko je vyššie s ústnym užívaním estrogénu než s transdermálnym užívaním estrogénu.

^b Ďalšie rizikové faktory zahŕňajú vek.

^c Zahŕňa bipolárne, schizoaktívne a iné poruchy, ktoré môžu obsahovať manické alebo psychotické symptómy. Zdá sa, že táto nepriaznivá udalosť má súvislosť s vysokými dávkami a suprafyziologickými úrovňami testosterónu v krvi.

Spôsobilosť lekárov, ktoré/í predpisujú hormóny, vzťahy s inými odborníkmi v oblasti zdravia

Feminizujúcu/maskulinizujúcu hormonálnu terapiu je najlepšie podstúpiť v kontexte celkového prístupu k zdravotnej starostlivosti, ktorá zahŕňa komplexnú všeobecnú starostlivosť a koordinovaný prístup k psychosociálnym záležitostiam (Feldman & Safer, 2009). Hoci psychoterapia alebo prebiehajúce poradenstvo nie sú nutné pre začatie hormonálnej terapie, ak je súčasťou procesu aj psychoterapeut, odporúča sa mu pravidelná komunikácia s odborníkmi pre oblasť zdravia (so súhlasom pacienta), aby bol

zabezpečený hladký proces tranzície na telesnej a aj psychosociálnej úrovni. Feminizujúca/maskulinizujúca hormonálna terapia môže byť riadená rôznymi poskytovateľmi, vrátane zdravotných sestier, asistentov lekára a asistentov lekára primárnej starostlivosti, ak majú zodpovedajúci výcvik (Dahl et al., 2006). Návštevy u lekára, či lekárky spojené s užívaním hormónov poskytujú príležitosť pre poskytnutie širšieho spektra služieb populácii, ktorá často trpí nedostatkom zdravotnej starostlivosti (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Mnoho úloh screeningu a zvládania komorbidít súvisiacich s dlhodobým užívaním hormónov, ako faktory kardiovaskulárnych rizík a screening rakoviny spadajú skôr do oblasti všeobecnej starostlivosti, než do špecializovanej starostlivosti (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008), najmä v oblastiach, kde nie sú dostupné tímy špecializované na rod alebo špecializovaní lekári, či lekárky.

Na základe multidisciplinárnych potrieb transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí, ktorí vyhľadávajú hormonálnu terapiu a taktiež problémy spojené s fragmentáciou starostlivosti vo všeobecnosti (Svetová zdravotnícka organizácia, 2008), WPATH výrazne vyzýva k rozšíreniu výcvikov a zaangažovanie poskytovateľov všeobecnej starostlivosti do oblasti feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapie. V prípade predpisania hormónov odborníčkou, či odborníkom by mala byť nadviazaná úzka komunikácia s pacientovým všeobecným lekárom. A naopak, treba zahrnúť skúseného poskytovateľa hormónov alebo endokrinológa, ak všeobecný lekár nemá skúsenosti s týmto typom hormonálnej terapie alebo ak má pacientka, či pacient metabolickú alebo endokrinnú poruchu, ktorá môže byť ovplyvnená endokrinnou terapiou.

Hoci neexistujú formálne výcvikové programy v transmedicíne, poskytovatelia hormónov majú zodpovednosť zabezpečiť si potrebné poznatky a praktické skúsenosti. Lekárky a lekári si môžu zvýšiť skúsenosti a získať istotu v poskytovaní feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapie formou konzultácií a zdieľanej starostlivosti so skúseným poskytovateľom alebo poskytovaním viac limitovaných typov hormonálnej terapie pred prístupom k poskytovaniu plnej hormonálnej terapie. Pretože táto oblasť medicíny sa prudko vyvíja, lekárky a lekári by sa mali oboznamovať a udržiavať krok so súčasnou zdravotnou literatúrou alebo diskutovať nové informácie s kolegami. Tieto diskusie môžu vznikať cez siete založené WPATH alebo inými národnými/lokálnymi organizáciami.

Závazky lekárov, ktoré/i predpisujú hormóny

Lekári, ktorí predpisujú hormóny by sa vo všeobecnosti mali zaoberať nasledujúcimi úlohami:

1. Vykonať počiatočné vyšetrenie, ktoré zahŕňa diskusiu o pacientových zámeroch telesnej tranzície, zdravotnej histórii, telesných prehliadkach, zhodnotení rizika a relevantných laboratórnych testoch.
2. Diskusia s pacientmi a pacientkami o očakávaných účinkoch feminizujúcej/maskulinizujúcej liečby a možných nepriaznivých zdravotných účinkoch. Tieto účinky môžu zahŕňať obmedzenie plodnosti (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), preto by mali byť možnosti reprodukcie prediskutované pred začiatkom hormonálnej terapie (pozri časť IX).
3. Potvrdiť, že pacientka alebo pacient majú spôsobilosť porozumieť rizikám a prínosom zdravotnej starostlivosti a sú schopní dať informovaný súhlas.
4. Poskytnúť pokračujúce zdravotné pozorovanie, vrátane pravidelných telesných a laboratórnych prehliadok pre monitorovanie účinnosti hormónov a vedľajších účinkov.
5. Komunikovať v potrebnom rozsahu s poskytovateľom všeobecnej zdravotnej starostlivosti, odborníkom, či odborníčkou v oblasti mentálneho zdravia a chirurgičkou/chirurgom danej pacientky/ pacienta.
6. Ak je to potrebné, poskytnúť pacientke, či pacientovi písomné potvrdenie, že sú v zdravotnej starostlivosti pod dohľadom lekára, ktorá zahŕňa feminizujúcu/maskulinizujúcu hormonálnu terapiu. Hlavne v počiatočných štádiách terapie si pacienti a pacientky môžu priať toto potvrdenie, aby sa vyhli problémom s políciou a inými autoritami.

V závislosti od klinickej situácie pri poskytovaní hormónov (pozri ďalší odsek) sú niektoré z týchto záväzkov menej dôležité. Preto by mal byť rozsah poradenstva, telesných prehliadok a laboratórnych testov individualizovaný na základe potrieb pacientok a pacientov.

Klinické situácie pre poskytnutie hormonálnej terapie

V niektorých situáciách môžu byť lekári vyzvaní, aby poskytli hormóny bez nutnosti začatia alebo pokračovania v dlhodobej feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapii. Uvedomenie si týchto odlišných klinických situácií (uvedené nižšie, od najnižšieho po najvyšší stupeň komplexnosti), môže viesť k zaisteniu účasti lekárov, ktorí by inak neboli schopní ponúknuť túto liečbu.

1. Premostenie

Pacientky a pacienti môžu prísť do starostlivosti už s nasadenými hormónmi, či už získanými od iného/ej lekára/lekárky, alebo z iných zdrojov (napr. nákupom cez internet). Lekári môžu poskytnúť limitovaný (1 - 6 mesiacov) predpis na hormóny, pokým sa snažia pomôcť pacientovi nájsť poskytovateľa, ktorý môže predpísať dlhodobú hormonálnu terapiu. Poskytovatelia by mali vyhodnotiť pacientovu situáciu pre bezpečný priebeh liečby a interakcie s inými liečivami, a ak treba, nasadiť bezpečnejšie liečiva alebo zmeniť dávku (Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). V prípade, že pacientovi boli predtým hormóny už predpísané, treba si vyžiadať zdravotnú dokumentáciu (so súhlasom pacienta) kvôli prístupu k údajom o počiatkových vyšetreniach, laboratórnych testoch a záznamoch o akýchkoľvek nepriaznivých udalostiach. Poskytovatelia hormónov by mali tiež komunikovať s odborníkmi v oblasti mentálneho zdravia, ktorí pacientovi momentálne poskytujú starostlivosť. Ak pacient nikdy nepodstúpil psychosociálne posúdenie, ako sa odporúča v ŠZS (pozri časť VII), lekár by ich mal odporučiť k odborníkovi v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou, ak je to vhodné a možné (Feldman & Safer, 2009). Poskytovatelia, ktorí predpisujú hormóny počas premostenia musia s pacientmi a pacientkami spolupracovať, aby mohli určiť limity premostujúcej liečby.

2. Hormonálna terapia po odstránení gonád

Substitučná hormonálna terapia estrogénom alebo testosterónom po ooforektómii alebo orchiektómii zvyčajne trvá po celý život, pokiaľ sa nevyskytnú kontraindikácie. Pretože sú dávky hormónov po týchto operáciách zvyčajne znížené (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) a prispôbované len vzhľadom na vek a komorbídne zdravotné problémy, hormonálna terapia je v tejto situácii dosť podobná substitučnej hormonálnej liečbe ako u akéhokoľvek iného pacienta, či pacientky s hypogonadizmom.

3. Hormonálna liečba pred odstránením gonád

Ak raz pacientka, či pacient dosiahli maximálne prínosy feminizujúcich/maskulizujúcich hormónov (zvyčajne po dvoch lebo viac rokoch), zostávajú na udržiavacej dávke. Udržiavacia dávka je potom prispôbovaná zmenám v zdravotnom stave, veku a iným faktorom ako je napríklad zmena v životnom štýle (Dahl et al., 2006). Pri návštevách treba u pacientovi na udržiavacích hormónoch posúdiť ich zdravotný stav pre bezpečný priebeh starostlivosti a interakciu s inými liečivami, a ak treba, nasadiť bezpečnejšie liečiva alebo zmeniť dávku. Zdravotný stav pacienta by mal byť naďalej pravidelne sledovaný pomocou telesných vyšetrení a laboratórnych testov tak, ako je uvedené v literatúre (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Dávky a typy hormónov by mali byť pravidelne revidované na základe akýchkoľvek zmien v zdravotnom stave pacienta, či pacientky a dostupných dôkazov o možných dlhodobých rizikách užívania hormónov (uvedené nižšie v *Hormonálne režimy*).

4. Počiatková hormonálna feminizácia/maskulinizácia

Táto klinická situácia vyžaduje najväčší záväzok v zmysle času a odbornosti poskytovateľa. Hormonálna terapia musí byť individualizovaná na základe zámerov pacienta, pomeru rizík/prínosov liečby, prítomnosti iných zdravotných faktorov a zvážení sociálnych a ekonomických záležitostí. Hoci bola publikovaná škála rôznych hormonálnych režimov (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), neexistujú publikované správy o náhodných klinických testoch, ktoré porovnávajú ich bezpečnosť a účinnosť. Napriek tomu je možné vytvoriť primeraný rámec pre počiatkové vyhodnotenie rizík a pokračujúce monitorovanie hormonálnej liečby na základe dôkazov o účinnosti a bezpečnosti uvedených vyššie.

Vyhodnotenie rizík a modifikácie počiatkovej hormonálnej terapie

Počiatkové vyšetrenia pre hormonálnu terapiu vyhodnocujú pacientove klinické zámery a rizikové faktory pre nežiaduce javy súvisiace s užívaním hormónov. Počas vyhodnocovania rizík by pacient a lekár mali vytvoriť plán znižovania rizík, kdekoľvek je to možné, či už pred začatím liečby alebo ako časť pokračujúceho prístupu znižovania negatívnych účinkov. Všetky výstupy z vyšetrení by mali zahŕňať

výsledky dôkladnej telesnej prehliadky, vrátane váhy, výšky a krvného tlaku. Potrebnosť vyšetrenia prsníkov, genitálií, či rekta, ktoré berú transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní pacienti a pacientky veľmi senzitívne by mala byť založená na individuálnych rizikách a potrebách preventívnej zdravotnej starostlivosti (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Preventívna starostlivosť

Poskytovatelia hormónov by mali pacientky a pacientov osloviť ohľadom preventívnej zdravotnej starostlivosti, hlavne ak nemajú poskytovateľa primárnej zdravotnej starostlivosti. V závislosti na veku a profile rizík pacienta môže byť potrebné spraviť screeningové testy, či vyšetrenia stavov, na ktoré má hormonálna terapia vplyv. Ideálne by tieto screeningové testy mali prebehnúť pred začiatkom hormonálnej terapie.

Vyhodnotenie rizík a prispôbenie feminizujúcej hormonálnej terapie u trans žien (MtF)

Žiadne absolútne kontraindikácie pre feminizujúcu hormonálnu terapiu neexistujú; avšak existujú pre rozličné feminizujúce prípravky, špeciálne estrogén. Zahŕňa to predchádzajúce prípady cievnej trombózy spôsobené hyperkoagulačným stavom, históriou nádoru senzitívneho na estrogén a konečného štádia chronickej poruchy pečene (Gharib et al., 2005).

Iné zdravotné problémy (uvedené v tabuľke 2 a prílohe B) môžu byť zhoršené estrogénom alebo blokermi androgénov, a preto by mali byť vyšetrené a dostatočne pod kontrolou pred začiatkom hormonálnej terapie (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009. Dhejne et al., 2011). Lekári by mali špeciálne dávať pozor na užívanie tabaku, ktoré je asociované so zvýšeným rizikom cievnej trombózy, ktorá sa následne zvyšuje užívaním estrogénu. Pre pacientky s kardio- alebo cerebrovaskulárnym ochorením sa odporúča konzultácia na kardiológii.

Základné laboratórne hodnoty sú dôležité pre vyhodnotenie počiatkových rizík a možných budúcich nežiaducich javov. Počiatkové laboratórne vyšetrenia by mali byť založené na rizikách feminizujúcej hormonálnej terapie (načrtnuté v tabuľke 2) a tiež na základe individuálnych rizikových faktoroch, vrátane rodinnej anamnézy. Navrhované počiatkové testové profily boli už publikované (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009); môžu byť modifikované pre pacientku alebo systém zdravotnej starostlivosti s limitovanými zdrojmi a pre pacientku s inak dobrým zdravotným stavom.

Vyhodnotenie rizík a prispôbenie maskulinizujúcej hormonálnej terapie u trans mužov (FtM)

Absolútne kontraindikácie pre liečbu testosterómom zahŕňajú tehotenstvo, nestále ochorenie koronárnych artérií a neliečená polycytémia s hematokritom v hodnote 55% alebo viac (Carnegie, 2004). Kvôli aromatizácii testosterónu na estrogén môže dôjsť k zvýšeniu rizika u pacientov s históriou rakoviny prsníka alebo iným typom rakoviny súvisiacej s estrogénom (Moore et al., 2003); pred začiatkom hormonálnej terapie môže byť teda potrebná konzultácia na onkológii. Komorbíne problémy, ktoré sa pravdepodobne môžu zhoršiť užívaním testosterónu by mali byť posúdené a liečené, ideálne pred začiatkom hormonálnej terapie. Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Pre pacientov s kardio- alebo cerebrovaskulárnym ochorením sa odporúča konzultácia na kardiológii (Dhejne et al., 2011).

U trans mužov (FtM) bola zaznamenaná zvýšená prevalencia syndrómu polycystických vaječníkov (SPV) aj pri absencii užívania testosterónu (Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). Hoci neexistuje dôkaz, že SPV súvisí s vývinom transsexuálnej, transrodovej alebo rodovo nekonformnej identity, SPV je asociované so zvýšeným rizikom cukrovky, srdcových ochorení, vysokého krvného tlaku, endometriálnou rakovinou a rakovinou vaječníkov (Cattrall & Healy, 2004). Príznaky SPV by mali byť vyšetrené pred začiatkom terapie testosterómom, keďže testosterón môže ovplyvniť mnoho z týchto problémov. Testosterón môže ovplyvniť vývin plodu (*Physicians' Desk Reference*, 2010) a pacienti s rizikom tehotenstva môžu vyžadovať účinnú kontrolu počatia. Základné laboratórne hodnoty sú dôležité pre vyhodnotenie počiatkových rizík a možných budúcich nežiaducich javov. Počiatkové laboratórne vyšetrenia by mali byť založené na rizikách maskulinizujúcej hormonálnej terapie (načrtnuté v tabuľke 2) a tiež na základe individuálnych rizikových faktorov, vrátane rodinnej histórie. Navrhované počiatkové testové profily boli už publikované (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009); môžu byť modifikované pre pacienta alebo systém zdravotnej starostlivosti s limitovanými zdrojmi a pre pacienta s inak dobrým zdravotným stavom.

Klinický monitoring počas hormonálnej terapie kvôli účinnosti a nežiaducim javom

Dôvodom pre klinický monitoring počas užívania hormónov je určenie stupňa feminizácie/maskulinizácie a možnej prítomnosti nežiaducich efektov liečby. Avšak, ako monitorovanie akejkoľvek dlhodobej liečby by sa i toto malo diať v kontexte celkovej zdravotnej starostlivosti. Navrhované protokoly monitoringu boli publikované (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Pacienti a pacientky s komorbídnymi zdravotnými problémami môžu vyžadovať častejšie monitorovanie. Zdraví pacienti v geograficky vzdialených alebo ekonomicky chudobných oblastiach môžu mať prístup k využívaniu alternatívnych stratégií ako sú metódy telezdravia alebo spolupráca s miestnymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (napr. zdravotnými sestrami a asistentmi lekárov/iek). Odborníci v oblasti zdravia môžu pri absencii iných známkov uprednostniť monitorovanie tých rizík, ktoré sa buď pravdepodobne zvýšia hormonálnou terapiou alebo sú klinicky závažné per se.

Účinnosť a monitoring rizík počas feminizujúcej hormonálnej terapie u trans žien (MtF)

Najlepšie posúdenie účinnosti hormónov poskytuje klinická odozva: Vyvíja sa u pacientky feminizované telo a minimalizujú sa maskulínne charakteristiky podľa jej želaní? Pre rýchlejšiu predikciu hormonálnych dávok, ktorými dosiahneme klinickú odozvu je možné merať úrovne testosterónu pre ich potlačenie pod hornú hranicu bežného rozsahu u žien, a zároveň udržiavať úrovne estradiolu v rámci rozsahu premenopauzy, ale výrazne pod suprafyziologickými úrovňami (Feldman&Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Monitorovanie kvôli nepriaznivým javom by malo obsahovať klinické a laboratórne vyšetrenia. Následné vyšetrenia by mali obsahovať starostlivé vyhodnotenie príznakov zhoršenia kardiovaskulárneho systému a cievnej tromboembólie (CTE) pomocou merania krvného tlaku, váhy, pulzu, vyšetrení srdca a pľúc, končatín kvôli periférálnym edémom, lokálnym opuchom alebo bolesti (Feldman & Safer, 2009). Laboratórne monitorovanie by sa malo zakladať na rizikách hormonálnej terapie popísaných vyššie, pacientkiných individuálnych komorbídnych problémoch, rizikových faktoroch a samotného špecifického hormonálneho režimu. Konkrétne protokoly laboratórneho monitorovania boli publikované (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Účinnosť a monitorovanie rizík počas maskulinizujúcej hormonálnej terapie u trans mužov (FtM)

Najlepšie posúdenie účinnosti hormónov poskytuje klinická odozva: Vyvíja sa u pacienta maskulinizované telo a minimalizujú sa feminínne charakteristiky podľa jeho želaní? Lekári môžu dosiahnuť dobrú klinickú odozvu s najnižšou pravdepodobnosťou výskytu nepriaznivých javov pomocou udržiavania úrovni testosterónu v rámci bežného rozsahu u mužov a zároveň sa vyhýbať suprafyziologickým úrovňam (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). Niektorí lekári kontrolujú u pacientov, ktorí užívajú vnútro svalový testosterón cypionát alebo enanthát všetky úrovne, iní preferujú úrovne v polovici cyklu (Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003).

Monitorovanie kvôli nepriaznivým javom by malo obsahovať klinické a laboratórne vyšetrenia. Následné vyšetrenia by mali obsahovať starostlivé vyhodnotenie príznakov nadmerného zvýšenia váhy, krvácania z maternice a zhoršenia kardiovaskulárneho systému, a taktiež psychiatrické symptómy u ohrozených pacientov. Telesné vyšetrenia by mali zahŕňať meranie krvného tlaku, váhy, pulzu a pokožky, a taktiež vyšetrenia srdca a pľúc (Feldman & Safer, 2009). Laboratórne monitorovanie by sa malo zakladať na rizikách hormonálnej terapie popísaných vyššie, pacientových individuálnych komorbídnych problémoch, rizikových faktoroch a samotného špecifického hormonálneho režimu. Konkrétne protokoly laboratórneho monitorovania boli publikované (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

Hormonálne režimy

Do dnešného dňa neboli vykonané žiadne kontrolované klinické testy hodnotiace bezpečnosť alebo účinnosť feminizujúcich/maskulinizujúcich hormonálnych režimov počas telesnej tranzície. Ako dôsledok bola v zdravotníckej literatúre publikovaná široká škála rozdielov v dávkach a type hormónov (Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). Navyše, prístup k určitým liečivám môže byť obmedzený pacientkinou, či pacientovou geografickou polohou a/alebo sociálnou alebo

ekonomickou situáciou. Z týchto dôvodov WPATH nepopisuje alebo nepodporuje žiadny konkrétny feminizujúci/maskulinizujúci hormonálny režim. Skôr ponúka hĺbkové posúdenie liečebných tried a smerov používaných v najviac publikovaných režimoch. Medzi jednotlivými prvkami rôznych režimov boli preukázané rozdiely v bezpečnosti, tak ako je načrtnuté vyššie. Smernice Endokrinnej spoločnosti (The Endocrine Society Guidelines, Hembree et al., 2009) a Feldman and Safer (2009) poskytujú špecifické vedenie vrátane typov hormónov a navrhovaných dávok pre udržiavanie úrovni v rámci fyziologických rozsahov pre dosiahnutie pacientovho, či pacientkinho požadovaného rodového prejavu (na základe cieľov celkovej feminizácie/maskulinizácie). Poskytovateľom hormónov sa silne odporúča pravidelne nahliadať do literatúry pre získavanie nových informácií a používať tie liečivá, ktoré bezpečne plnia individuálne potreby pacientky, či pacienta a sú dostupné.

Režimy pre feminizujúcu hormonálnu terapiu u trans žien (MtF)

Estrogén.

Zdá sa, že užívanie estrogénu ústne, hlavne ethinyl estradiolu zvyšuje riziko cievnej tromboembólie (CTE). Kvôli týmto bezpečnostným obavám sa ethinyl estradiol neodporúča pre feminizujúcu hormonálnu terapiu. Transdermálny estrogén sa odporúča pre pacientky s rizikovými faktormi CTE. Riziko výskytu nežiaducich javov sa zvyšuje s vyššími dávkami, špeciálne dávkami, ktoré vedú k suprafyziologickým úrovniam. Pacientky s komorbídnymi ťažkosťami, ktoré môžu byť ovplyvnené estrogénom by sa mali vyhýbať užívaniu estrogénu ústne, ak je to možné a začať s nižšími dávkami. Pre niektoré pacientky nemusí byť bezpečné užívanie estrogénov v dávkach, ktoré sú potrebné pre dosiahnutie nimi želaných výsledkov. Táto možnosť musí byť s pacientkami prediskutovaná dostatočne skoro pred začiatkom hormonálnej terapie.

Liečivá, ktoré redukujú androgény (“antiandrogény”).

Kombinácia estrogénu a “anti-androgénov“ je najbežnejšie skúmaným režimom pre feminizáciu. Liečivá, ktoré znižujú androgény – z rôznych tried liekov – spôsobujú redukciiu buď úrovni endogénneho testosterónu alebo testosterónovej aktivity, a takto znižujú maskulinne charakteristiky (napr. telesné ochlpenie). Minimalizujú takto dávky estrogénu, ktoré sú potrebné pre potlačenie testosterónu, čím redukujú riziko spájané s vysokými dávkami exogénneho estrogénu (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989). Medzi bežné anti-androgény patria nasledujúce:

- Spironolaktón, hypersenzitívny prípravok, ktorý priamo potláča sekréciu testosterónu a viazanie androgénov na receptory androgénov. Kvôli potenciálnemu výskytu hyperkalémie je nutné monitorovať krvný tlak a elektrolyty.
- Cyproterón acetát je progestačný prípravok s anti-androgénnymi vlastnosťami. Toto liečivo nie je povolené v Spojených štátoch kvôli obavám z potenciálnej hepatotoxicity, ale je veľmi rozšírené inde (De Cuypere et al., 2005).
- GnRH agonisti (napr., goserelin, buserelin, triptorelin) sú neurohormóny, ktoré blokujú receptory hormónu uvoľňujúceho gonádotropín, čím blokujú uvoľňovanie folikulostimulačného hormónu a luteinizačného hormónu. Toto vedie k vysoko efektívnej gonadálnej blokáde. Avšak, tieto liečivá sú nákladné a dostupné len vo forme injekcií a implantátov.
- Inhibítory 5-alfa reductázy (finasterid a dutasterid) blokujú premenu testosterónu na aktívnejší činiteľ, 5-alfa-dihydrotestosterón. Tieto liečivá majú blahodarný účinok proti strate vlasov, na rast telesného ochlpenia, mazové žľazy a konzistenciu pleti. Cyproterón and spironolaktón sú najbežnejšie užívané anti-androgény a sú pravdepodobne najviac cenovo výhodné.

Progestíny. S výnimkou cyproterónu je zahrnutie progestínov do feminizačnej terapie kontroverzné (Oriel, 2000). Niektorí/é lekári a lekárky veria, že tieto prípravky sú nevyhnutné pre plný vývin prsníkov, pretože progestíny hrajú rolu v ich vývine na bunkovej úrovni (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). Avšak, klinické porovnania feminizačných režimov s a bez progestínov zistili, že pridanie progestínov ani nezvyšuje rast prsníkov ani neznižuje sérové úrovne voľného testosterónu (Meyer et al., 1986). Obavy sa týkajú skôr potenciálnych nežiaducich účinkov progestínu, vrátane depresie, zvýšenia hmotnosti a tukových zmien (Meyer et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). U progestínov (špeciálne medroxyprogesterónu) existuje podozrenie na zvyšovanie rizika rakoviny prsníkov a kardiovaskulárnych rizík u žien (Rossouw et al., 2002). Mikronizovaný progesterón môže byť lepšie tolerovaný a má viac priaznivých dôsledkov na tukový profil ako medroxyprogesterón (de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

Režimy maskulinizujúcej hormonálnej terapie u trans mužov (FtM)

Testosterón.

Testosterón môže byť všeobecne užívaný orálne, transdermálne alebo parenterálne, hoci bukálna a implantovateľné prípravky sú tiež dostupné. Orálny testosterón undecanoate, dostupný mimo USA, prináša nižšie sérové úrovne testosterónu než iné prípravky a má limitovanú účinnosť pri potláčaní menštruácie (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003). Pretože vnútro svalový testosterón cypionát alebo enanthát sú často užívané každé 2 – 4 týždne, niektorí pacienti môžu zaznamenať cyklické zmeny v účinkoch (napr. únavu a popudlivosť na konci injekčného cyklu, agresivitu alebo expanzívnu náladu na jeho začiatku), a taktiež častejšie vychýlenie z bežných fyziologických úrovní (Dhejne et al., 2011; Jockenhövel, 2004). Tieto účinky je možné zmierniť užívaním nižších, ale častejších dávok alebo denným užívaním transdermálnych prípravkov (Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). Vnútro svalový testosterón undecanoate (momentálne nedostupný v USA) udržiava stabilné fyziologické úrovne testosterónu v priebehu približne 12 týždňov a je účinný i v prípade hypogonádizmu i u trans mužov (FtM) (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006). Existujú dôkazy, že transdermálny a vnútro svalový testosterón dosahuje podobné maskulinizujúce výsledky, hoci časový rámec môže byť trochu dlhší pri transdermálnych prípravkoch (Feldman, 2005, April). Cieľom je užívať čo najnižšie dávky pre udržiavanie želaných klinických výsledkov s dôrazom na udržiavanie hustoty kostí, hlavne so zvyšujúcim sa vekom pacientov.

Iné prípravky.

Progestíny, najbežnejšie medroxyprogesterón, môže byť použitý v krátkom období na začiatku hormonálnej terapie na ukončenie menštruácie. Použitie GnRH antagonistov môže byť podobné, a taktiež v prípade ťažko liečiteľného krvácania maternice u pacientov bez podkladových gynekologických anomálií.

Bioidentické a upravené hormóny

S rozšírením diskusie okolo užívania bioidentických hormónov v substitučnej hormonálnej liečbe po menopauze sa tiež zvýšil záujem o podobné zlúčeniny vo feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapii. Neexistuje dôkaz, že bioidentické hormóny namiešané na mieru sú bezpečnejšie alebo účinnejšie ako bioidentické hormóny schválené vládnyimi agentúrami (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011). Preto Severoamerická spoločnosť pre menopauzu (North American Menopause Society, 2010) a iné spoločnosti odporúčajú predpokladať, že ak sú aktívne ingrediencie v hormóne podobné, mal by mať podobný profil vedľajších účinkov, či bol pripravený v lekárni alebo nie. WPATH súhlasí s týmto vyhodnotením.

IX. REPRODUKČNÉ ZDRAVIE

Mnoho transrodových, transsexuálnych a rodovo nekonformných ľudí bude chcieť mať deti. Pretože feminizujúca/maskulinizujúca hormonálna terapia obmedzuje plodnosť (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999), je v najlepšom záujme pacientiek a pacientov rozhodnúť sa o plodnosti pred začiatkom hormonálnej terapie alebo podstúpením operácie odstraňujúcej/pozmeňujúcej ich reprodukčné orgány. Známe sú prípady ľudí, ktorí podstúpili hormonálnu terapiu a genitálnu operáciu a neskôr ľutovali, že stratili schopnosť byť genetickými rodičmi svojich detí (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

Odborníčky a odborníci v oblasti mentálneho zdravia – vrátane odborníkov, ktorí odporúčajú hormonálnu terapiu a operácie, lekárov, ktorí predpisujú hormóny a chirurgov – by mali v pred zákrokmí ohľadom rodovej rozlady s pacientmi a pacientkami prediskutovať možnosti reprodukcie. Tieto diskusie by mali prebehnúť i v prípade, že pacientka, či pacient nemá o reprodukciu záujem, čo je bežné najmä v prípade mladších pacientov a pacientiek (De Sutter, 2009).

Včasná diskusia sú v najlepšom záujme pacienta ale nie vždy sú možné. Ak nepodstúpili operáciu, ktorá nezvratne odstraňuje reprodukčné schopnosti, majú možnosť prestať užívať hormóny na obdobie, počas ktorého sa obnoví produkcia hormónov umožňujúcich produkciu dospelých gamét (Payer, Meyer, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

Okrem diskusií a názorov bolo publikovaných len málo výskumov týkajúcich sa reprodukčného zdravia ľudí, ktorí podstúpili rôzne typy zdravotnej starostlivosti kvôli rodovej rozlade. Ďalšou skupinou, ktorá čelí potrebe uchovávať reprodukčnú funkciu kvôli strate alebo poškodeniu gonád sú ľudia so zhubnými chorobami, ktoré vyžadujú odstránenie reprodukčných orgánov alebo zákroky s využitím škodlivej rádiácie alebo chemoterapie. Poučenie zo skúseností s touto skupinou môže byť využité pri liečbe rodovej rozlady.

Trans ženy (MtF), hlavne tie, ktoré ešte nemajú deti, by mali byť informované o možnostiach uchovávaní spermii a povzbudené zvážiť ich uloženie do banky pred podstúpením hormonálnej terapie. Zistenia štúdie,

ktorá skúmala semenníky vystavené vysokým dávkam estrogénov (Payer a kol., 1979) naznačujú, že zastavenie užívania estrogénu môže umožniť návrat reprodukčnej funkcie. V článku o názoroch trans žien (MtF) na zamrazenie spermíí (De Sutter et al., 2002) veľká väčšina zo 121 respondentiek uvádza, že dostupnosť zmrazenia spermíí by mala byť prediskutovaná a ponúknutá zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Spermie by mali byť odobraté pred hormonálnou terapiou alebo po prerušení terapie, keď sa znovu zvýši ich počet. Kryokonzervácia by mala byť prediskutovaná aj v prípade nízkej kvality semena. U dospelých s azoospermiou je možné urobiť biopsiu semenníkov s následnou kryokonzerváciou získanej vzorky so semenom, ak je tento zákrok možný; nemusí však byť úspešný. Reprodukčné možnosti pre trans mužov (FtM) môžu zahŕňať zmrazenie oocytov (vajíčok) alebo embryí. Zamrazené gaméty a embryá môžu byť neskôr využité na oplodnenie náhradnej matky.

Štúdie žien s polycystickými vaječníkmi naznačujú, že reprodukčné funkcie vaječníkov sa môžu obnoviť, ak prestanú byť vystavené účinkom vysokých dávok testosterónu (Hunter & Sterrett, 2000). Krátke prerušenie užívania testosterónu môže umožniť vaječníkom dostatočné obnovenie funkcií pre uvoľnenie vajíčka; úspech pravdepodobne závisí na veku pacienta a trvaní liečby testosterónom. Hoci nedochádza k systematickejšej štúdiu, niektorí trans muži (FtM) presne takto konajú, a niektorým sa podarilo otehotnieť a porodiť deti (More, 1998).

Pacienti a pacientky by tiež mali byť poučení o tom, že tieto techniky môžu byť veľmi nákladné a nie sú dostupné všade. Transsexuálnym, transrodovým a rodovo nekonformným ľuďom by zo žiadnych dôvodov nemali byť odopreté reprodukčné možnosti. Špeciálnou skupinou sú prepubertálni a puberálni adolescenti, u ktorých sa nikdy nevyvinú reprodukčné funkcie ich vrodených genitálií kvôli užívaniu blokerov hormónov alebo samotných hormónov. V tejto dobe nie je dostupná žiadna technika pre uchovanie funkcií gonád týchto jednotlivcov.

X. HLASOVÁ A KOMUNIKAČNÁ TERAPIA

Komunikácia, verbálna i neverbálna, je dôležitým aspektom ľudského správania a rodového prejavu. Transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia môžu vyhľadávať pomoc hlasových a komunikačných odborníkov a odborníkov, aby si vyvinuli hlasové vokálne charakteristiky (napr., tón, intonácia, rezonancia, tempo reči, vzory frázovania) a vzory neverbálnej komunikácie (napr. gestá, postoj/pohyb, výrazy tváre), ktoré uľahčujú fungovanie v ich rodovej identite. Hlasová a komunikačná terapia môže pacientke, či pacientovi napomôcť pri úľave od rodovej rozlady a môže byť pozitívnym a motivačným krokom pri dosahovaní želaných zámerov s rodovým prejavom.

III.

Spôsobilosť odborníkov na hlas a komunikáciu v práci s transsexuálnou, transrodovou a rodovo nekonformnou klientelou

Odborníci môžu byť z oblasti porúch reči-jazyka, rečovej terapie a hlasu. Vo väčšine krajín vyžaduje odborná asociácia pre odborníkov na poruchy reči-jazyka kvalifikáciu a poverenia pre dosiahnutie členstva. V niektorých krajinách vláda reguluje prax cez udeľovanie licencií, certifikátov a proces registrácie (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Nasledujúce body obsahujú odporúčané minimum pre odborníkov na hlas a komunikáciu pracujúcich s transsexuálnou, transrodovou a rodovo nekonformnou klientelou:

1. Špecializovaný výcvik a spôsobilosť na vyšetrenia a rozvoj komunikačných zručností transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných klientiek a klientov.
2. Základné porozumenie v oblasti transrodového zdravia, vrátane hormonálnych a operačných zákrokov pre feminizáciu/maskulinizáciu, trans-špecifické psychosociálne záležitosti načrtnuté v ŠZS, dôverná znalosť základných protokolov citlivého prístupu, napr. používanie preferovaného zámena a mena klientiek a klientov (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. Pokračujúce vzdelávanie vo vyšetrovaní a rozvoji komunikačných zručností transsexuálnej, transrodovej a rodovo nekonformnej klientely. Môže to zahŕňať účasť na odborných stretnutiach, workshopoch alebo seminároch; účasť na výskume týkajúcom sa rodovej identity; nezávislé štúdie, práca pod vedením mentora, či mentorky s potrebným certifikátom a skúsenosťami.

Iné odborníci ako hlasoví tréneri, divadelní odborníci, učitelia spevu, pohyboví experti môžu hrať cennú

dodatočnú úlohu; v ideálnom prípade by mali mať skúsenosť s aktívnou spoluprácou s odborníkom na poruchy reči-jazyka.

Úvahy pre vyšetrenie a terapiu

Celkovým účelom hlasovej a komunikačnej terapie je pomôcť klientkám a klientom prispôbiť ich hlas a komunikáciu bezpečným a autentickým spôsobom, ktorých výsledkom je komunikačný model, ktorý je v zhode s ich rodovou identitou a odráža celkový pocit seba samých (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). Podstatou je, aby odborníci boli citliví k individuálnym komunikačným preferenciám. Komunikácia – štýl, hlas, výber jazyka, atď. - je osobná. Jednotlivci by nemali dostávať rady, aby prijali správanie, ktoré pre nich nie je pohodlné, či autentické. Odborníci môžu najlepšie poslúžiť svojim klientkám a klientom, ak venujú čas porozumeniu ich obavám a cieľom ohľadom prejavu ich rodovej role (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Jednotlivci si môžu vybrať tie komunikačné prejavy, ktoré sú v zhode s ich rodovou identitou. Tieto rozhodnutia by taktiež mali byť informované a podporené poznaním špecialistov na hlas a komunikáciu a vyhodnotením informácií o konkrétnej klientke, či klientovi (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010). Posúdenie obsahuje sebahodnotenie klientkou, či klientom a posúdenie hlasu, rezonancie, artikulácie, hovorového jazyka a neverbálnej komunikácie odborníkom (Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

Plán hlasovej a komunikačnej terapie treba vytvárať s pomocou zváženia dostupných výskumných zistení, klinického poznania a skúseností odborníkov a cieľov a hodnôt klientky/klienta (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Terapia sa zvyčajne zameriava na tón, intonáciu, hlasitosť, vzory prízvuku, kvalitu hlasu, rezonanciu, artikuláciu, tempo reči a fázovania, jazyk a neverbálnu komunikáciu (Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). Starostlivosť môže prebiehať jednotlivo a/alebo v skupine. Frekvencia a trvanie liečby sa môže líšiť podľa potrieb klientky/klienta. Pre vytváranie individuálneho plánu môžu byť využité už existujúce protokoly hlasovej a komunikačnej terapie (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; Mc-Neill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

Feminizácia alebo maskulinizácia hlasu obsahuje neobvyklé používanie mechanizmov tvorby hlasu. Kvôli vyhnutiu sa nevhodnej vokalizácie a dlhodobého poškodenia hlasu je nutné prijať preventívne opatrenia. Všetka starostlivosť v rámci hlasovej a komunikačnej terapie by preto mala obsahovať aj aspekt zdravia hlasu (Adler et al., 2006).

Hlasové zdravie po operácii feminizácie hlasu

Ako je uvedené v časti XI, niektorí transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia podstúpia operáciu feminizácie hlasu. (Prehĺbenie hlasu môže byť dosiahnuté cez maskulinizujúcu hormonálnu terapiu, ale feminizujúce hormóny nemajú dopad na hlasy dospelých trans žien (MtF)) U klientely, ktorá podstúpila takúto operáciu sú rôzne stupne spokojnosti, bezpečnosti a dlhodobého zlepšenia. Tým, ktoré/í podstúpia operáciu feminizácie hlasu sa odporúča konzultovať s odborníkom na hlas a komunikáciu pre maximalizáciu výsledkov operácie, pomoc pri ochrane zdravia hlasu a učení sa aspektom komunikácie, ktoré nesúvisia s tónom hlasu. Operačné zákroky na hlase obsahujú stretnutia s odborníkom na hlas a komunikáciu s licenciou a poverením od komisie zodpovednej za odborníkov na rečovú terapiu/rečové-jazykové poruchy v danej krajine (Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

XI. OPERÁCIE

Operácie sú účinné a zo zdravotného hľadiska nutné

Operácia – hlavne genitálna operácia – je často posledným a najviac zvažovaným krokom v procese zdravotnej starostlivosti ohľadom rodovej rozlady. Pokým mnoho transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí sa cíti pohodlne vo svojej rodovej identite, role a prejave bez operácie, pre mnohých je operácia podstatnou a zdravotne nutnou pre úľavu od ich rodovej rozlady (Hage & Karim, 2000).

U druhej skupiny nie je možné dosiahnuť úľavu od rodovej rozlady a vyššiu kongruenciu s ich rodovou

identitou bez modifikácie ich primárnych a/alebo sekundárnych pohlavných charakteristík. Operácia môže navyše pomôcť pacientom a pacientkam cítiť sa uvoľnenejšie v prítomnosti sexuálnych partneriek/partnerov alebo v miestach ako lekárska ordinácia, kúpaliská alebo fitness kluby. V niektorých podmienkach môže operácia znížiť riziko úrazu pri udalostiach ako zatknutie, či prehliadka políciou alebo iných autorít. Následné štúdie ukázali nepopierateľné priaznivé účinky operácie na pooperačné výsledky ako je subjektívny pocit blaha, cosmesis a sexuálny život (De Cuypere et al., 2005; Gijss & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfafflin & Junge, 1998). Doplnkové informácie o výsledkoch operačnej liečby sú zhrnuté v prílohe D.

Etické otázky týkajúce sa operácií

V bežnej operačnej praxi sú odstraňované patologické tkanivá pre obnovenie narušených funkcií alebo sú robené zmeny telesných črt pre zlepšenie seba-obrazu klienta. Niektorí ľudia, vrátane niektorých odborníkov na zdravie namietajú voči operáciám ako liečbe rodovej rozlady z etických dôvodov, pretože si myslia, že nie je možné uplatniť tieto podmienky.

Je dôležité, aby sa poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, ktorí majú v starostlivosti pacientov s rodovou rozladou cítili v poriadku so zmenami anatomicky normálnych štruktúr. Odborníci potrebujú počúvať ľudí s rodovou rozladou a prediskutovať s nimi ich symptómy, dilemy a životné histórie, aby mohli porozumieť, ako môže operácia priniesť úľavu od psychologického nepohodlia a ťažkostí. Odpor voči vykonávaniu operácie z etických dôvodov "predovšetkým neuškodit" by mal byť rešpektovaný, prediskutovaný a mali by byť vytvorené príležitosti pre učenie sa od samotných pacientov o psychologických ťažkostiach z rodovej rozlady a potenciálnej škody spôsobenej odmietnutím prístupu k vhodnej liečbe.

Operácie genitálií a hrudníka/prs pre liečbu rodovej rozlady nie sú len ďalšou zostavou elektívnych zákrokov. Typický elektívny zákrok obsahuje iba privátnu vzájomnú dohodu medzi pacientom a chirurgom. Operácie genitálií a prs/hrudníka sú zdravotne nutné pre liečbu rodovej rozlady a podstupujú sa len po posúdení pacienta odborníkom v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou ako je uvedené v ŠZS v časti VII. Tieto operácie sa môžu vykonávať, keď je dostupná písomná dokumentácia potvrdzujúca, že toto vyhodnotenie prebehlo, a že osoba spĺňa kritéria pre konkrétnu chirurgickú liečbu. Ak sú dodržané tieto procedúry, odborníci v oblasti mentálneho zdravia, chirurgovia a pacienti zdieľajú zodpovednosť za rozhodnutie urobiť ireverzibilné zmeny na tele.

Je neetické zamietnuť prístup alebo nepotvrdiť spôsobilosť pre genitálne operácie výlučne na základe krvnej séropositivity krvou prenosných infekcií ako HIV alebo hepatitída C, či B.

Vzťah chirurgov s odborníkmi v oblasti, mentálneho zdravia a hormonálnej terapie (ak je to relevantné) a pacientami(informovaný súhlas)

Rola chirurga v liečbe rodovej rozlady nie je len technická. Svedomitý chirurg si urobí prehľad histórie každej pacienta a informácií, ktoré viedli k odporúčaniam na operáciu. Za týmto účelom musí chirurg podrobne hovoriť s pacientmi a úzko spolupracovať s ostatnými odborníkmi v oblasti zdravia, ktorí sa aktívne podieľali na ich zdravotnej starostlivosti.

Konzultácie sú uľahčené, keď je chirurg súčasťou interdisciplinárneho zdravotného tímu. Ak nie je, musí mať dôveru v spôsobilosť odborníkov v oblasti mentálneho zdravia a hormonálnej terapie, ktorí odporúčajú pacienta na operáciu. Ak je chirurg spokojný s dosiahnutými kritériami pre dané operácie (ako sú načrtnuté nižšie), mala by byť zvážená chirurgická liečba a mali by sa odohrať predoperačné konzultácie. Počas týchto konzultácií by mali byť s pacientom podrobne rozobrané zákroky a pooperačná starostlivosť. Chirurg má zodpovednosť za rozobratie nasledujúcich tém s pacientom:

- Rozličné dostupné operačné techniky (s odporúčaním na kolegov, ktorí poskytujú alternatívne možnosti);
- Výhody a nevýhody každej techniky;
- Limity zákroku v možnosti dosiahnuť „ideálne“ výsledky; chirurg by mali poskytnúť celú škálu fotografií vlastných pacientov 'pred a po', vrátane úspešných i neúspešných výsledkov;
- Prírodné riziká a možné komplikácie každej z techník, vrátane stupňa výskytu komplikácií vo vlastnej práci.

Tieto diskusie sú jadrom procesu pre vytvorenie informovaného súhlasu, ktorý je etický aj právne vyžadovaný pri akýchkoľvek operačných zárokoch. Uistenie sa, že pacienti majú realistické očakávania od výstupov operácií sú dôležité v dosahovaní výsledkov, ktoré im prinesú úľavu od rodovej rozlady. Všetky tieto informácie by mali byť pacientom poskytnuté v písomnej forme - v jazyku, ktorým plynule hovoria - s grafickými ilustráciami. Informácie by im mali byť dostupné dostatočne skoro vopred (napríklad aj cez

internet), aby mali čas ich dostatočne posúdiť. Jednotlivé časti informovaného súhlasu by mali byť prediskutované tvárou-v-tvár pred chirurgickým zákrokom. Vytvára sa tak priestor na odpovedanie otázok a poskytnutie informovaného súhlasu pacientom. Keďže sú tieto operácie nezvratné, treba zabezpečiť, aby mal pacient dostatok času plne vstrebať informácie predtým, ako bude požiadaný o poskytnutie informovaného súhlasu. Odporúča sa minimálne 24 hodín vopred.

Chirurg by mali poskytnúť bezprostrednú pooperačnú starostlivosť a konzultácie s inými lekármi, ktorí sa budú potom starať o pacienta. Pacienti by mali spolupracovať s chirurgom na vytvorení vhodného plánu pooperačnej starostlivosti.

Prehľad operačných zákrokov pre starostlivosť o pacientky a pacientov s rodovou rozladou

Operačné zákroky pre trans ženy (MtF) môžu obsahovať nasledujúce:

1. Operácia prsníkov/hrudníka: augmentačná mamoplastika (implantáty/výplne vlastným tukom);
2. Genitálne operácie: penektómia, orchiektómia, vaginoplastika, klitorplastika, vulvoplastika;
3. Iné operačné zásahy: feminizujúca operácia tváre, liposukcia, výplne vlastným tukom (lipofilling), operácie hlasu, redukcia štítnej chrupavky, gluteálna augmentácia (implantáty/výplne vlastným tukom), rekonštrukcia vlasov a rôzne estetické zákroky.

Operačné zákroky pre trans mužov (FtM) môžu obsahovať nasledujúce:

1. Operácia prsníkov/hrudníka: podkožná mastektómia, vytvorenie mužského hrudníka;
2. Genitálna operácia: hysterektómia/salpingo-ooforektómia, rekonštrukcia pevnej časti močovodu, ktorá môže byť kombinovaná s metoidioplastikou alebo s faloplastikou (použitím stopkatého alebo voľného vaskularizovaného laloku), vaginektómia, skrotoplastika a implantácia erekčných protéz a/alebo semenníkov;
3. Iné operačné zásahy: operácia hlasu (zriedkavo), liposukcia, výplne vlastným tukom, hrudné implantáty a rôzne estetické zákroky.

Rekonštrukčná versus estetická operácia

Otázka, či by mali byť operácie pri telesnej tranzícii u trans mužov (FtM) a trans žien (MtF) považované za „estetické“ alebo „rekonštrukčné“ pretrváva nielen z filozofického, ale aj finančného pohľadu. Estetická alebo kozmetická operácie nie je väčšinou považovaná za nutnú zo zdravotného hľadiska, a preto si ju bežne celú hradí pacient. Naopak, rekonštrukčné zákroky sú považované za zdravotne nutné – s nespornými terapeutickými výsledkami – a preto sú celé alebo čiastočne hrazené z verejného zdravotného systému alebo zdravotnými poisťovňami. Nanešťastie, v oblasti plastických a rekonštrukčných (všeobecne i špeciálne operácie týkajúce sa rodu/pohlavia) nie je jasný rozdiel medzi tým, čo je čisto rekonštrukčný a čisto kozmetický zásah. Väčšina zákrokov v plastickej chirurgii je v skutočnosti zmesou rekonštrukčných aj kozmetických prvkov. Kým väčšina odborníkov súhlasí s tým, že genitálna operácia a mastektómia nemôžu byť považované za čisto kozmetické, názory na to, do akej miery je možné považovať za čisto rekonštrukčné iné operačné zákroky (napr. zväčšenie prsníkov, feminizujúca operácia tváre) sa líšia. Hoci môže byť oveľa jednoduchšie vnímať faloplastiku alebo vaginoplastiku ako zásah, ktorý ukončuje celoživotné utrpenie, pre istých pacientov a pacientky môže mať aj redukčná rhinoplastika radikálny a trvalý účinok na ich kvalitu života, a preto je viac zdravotne potrebná, než u niekoho bez rodovej rozlady.

Kritéria pre operácie

Rovnako ako v prípade celých ŠZS, aj kritériá pre začatie operačných zákrokov pre úľavu od rodovej rozlady boli vyvinuté pre vytvorenie optimálnej starostlivosti o pacientov. Kým ŠZS umožňujú individualizovaný prístup v najlepšom záujme jednotlivých pacientov pre poskytnutie optimálnej liečby, kritériom pre všetky operácie hrudníka/prsníkov a genitálií sú záznamy o pretrvávajúcej rodovej rozlade od odborníka v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou. Ďalšie kritériá pre niektoré operácie zahŕňajú prípravu a liečbu pozostávajúcu z feminizujúcej/maskulinizujúcej hormonálnej terapie a jedného roka života v role, ktorá je v súlade s rodovou identitou danej osoby. Tieto kritériá sú načrtnuté nižšie. Na základe dostupných dôkazov a konsenze klinických odborníkov vznikli odlišné kritériá pre odlišné operácie.

ŠZS nešpecifikujú postupnosť, v ktorej by mali byť urobené jednotlivé operácie. Počet a postupnosť operačných zákrokov sa môže líšiť u jednotlivých pacientov podľa ich klinických potrieb.

Kritériá pre operáciu prsníkov/hrudníka (jedno odporúčanie)

Kritériá pre mastektómiu a vytvorenie hrudníka u trans mužov (FtM):

1. Pretrvávajúca a dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a poskytnúť súhlas na zákroky;
3. Dosiahnutie potrebného veku v danej krajine (ak je nižší, dodržiavajte ŠZS pre deti a adolescentov);
4. Ak sú prítomné závažné telesné, či mentálne zdravotné problémy, musia byť dostatočne pod kontrolou. Hormonálna terapia nie je nevyhnutnou podmienkou.

Kritériá pre augmentačnú mamoplastiku (implatáty/výplne vlastným tukom) u trans žien (MtF):

1. Pretrvávajúca a dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a poskytnúť súhlas na zákroky;
3. Dosiahnutie potrebného veku pre spôsobilosť na právne úkony v danej krajine (ak je nižší, dodržiavajte ŠZS pre deti a adolescentov);
4. Ak sú prítomné závažné telesné, či mentálne zdravotné problémy, musia byť dostatočne pod kontrolou. Hoci feminizujúca hormonálna terapia pred augmentačnou mamoplastikou nie je výslovným kritériom, u trans žien sa odporúča podstúpiť ju (minimálne 12 mesiacov). Účelom je maximalizovať rast prsníkov pre dosiahnutia lepších operačných (estetických) výsledkov.

Kritériá pre genitálnu operáciu (dve odporúčania)

Kritériá pre genitálnu operáciu sa odlišujú vzhľadom na typ požadovanej operácie:

Kritériá pre hysterektómiu a salpingo-ovarektómiu u trans mužov (FtM) a pre ochiektómiu u trans žien (MtF):

1. Pretrvávajúca a dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
 2. Spôsobilosť spraviť plne informované rozhodnutie a poskytnúť súhlas na zákroky;
 3. Dosiahnutie potrebného veku pre spôsobilosť na právne úkony v danej krajine (ak je nižší, dodržiavajte ŠZS pre deti a adolescentov);
 4. Ak sú prítomné závažné telesné, či mentálne zdravotné problémy, musia byť dostatočne pod kontrolou.
 5. 12 mesačná nepretržitá hormonálna terapia v súlade s zámermi pacientky, či pacienta ohľadom svojho rodu (v prípade, že sú hormóny u jednotlivca klinicky indikované). Primárnym cieľom hormonálnej terapie pred gonádoektómiou je podstúpiť obdobie zvrtných zmien pomocou testosterónu, či estrogénu pred podstúpením nezvratných operačných zákrokov.
- Tieto kritériá neplatia u pacientiek a pacientov, ktoré/í podstupujú tieto zákroky z iných zdravotných dôvodov, než rodovej rozlady.

Kritériá pre metoidioplastiku alebo faloplastiku u trans mužov (FtM) alebo vaginoplastiku u trans žien (MtF):

1. Pretrvávajúca a dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
 2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a poskytnúť súhlas na zákroky;
 3. Dosiahnutie potrebného veku pre spôsobilosť na právne úkony v danej krajine (ak je nižší, dodržiavajte ŠZS pre deti a adolescentov);
 4. Ak sú prítomné závažné telesné, či mentálne zdravotné problémy, musia byť dostatočne pod kontrolou.
 5. 12 mesačná nepretržitá hormonálna terapia v súlade s cieľmi pacientky, či pacienta ohľadom vlastného rodu (v prípade, že sú hormóny u jednotlivca klinicky indikované).
 6. 12 mesačný nepretržitý skúsenosť so životom v rodovej role v súlade s identitou pacientky, či pacienta.
- Hoci to nie je výslovné kritérium, týmto pacientom a pacientkam sa odporúča taktiež pravidelne navštevovať odborníkov oblasti mentálneho zdravia, či inej oblasti.

Vyššie uvedené kritériá pre niektoré typy genitálnych operácií – t. j. že pacientky a pacienti sa zaradia do bežného života počas 12 nepretržitých mesiacov v rodovej role v súlade s ich rodovou identitou – sa zakladá na odbornom klinickom konsenze, že táto skúsenosť poskytuje množstvo skúseností pre pacientov a pacientky zažiť a sociálne sa prispôbiť v ich vytúženej role pred podstupením nezvratnej operácie. Ako je uvedené v časti VII, sociálne aspekty zmeny rodovej role sú zvyčajne výzvou – častejšie viac, než zmeny telesných aspektov. Zmena rodovej role môže mať hlboké osobné a sociálne následky a rozhodnutie takto konať by malo zahŕňať uvedenie si výziev v oblasti rodiny, vzťahov, vzdelávanie, povolania, ekonomické a právne výzvy, aby ľudia mohli v ich rodovej role úspešne fungovať. Podpora od odborníkov v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou a blízkych ľudí môže mať nedoceneniteľnú rolu v zaručení úspešnej adaptácie v rodovej role (Bockting, 2008).

Obdobie 12 mesiacov umožňuje prežiť škálu rozličných udalostí (napr., rodinné stretnutia, sviatky, dovolenky a prázdniny, škola, atď.). Počas tohto obdobia by pacientky a pacienti mali konzistentne zotrvať vo svojej vytúženej role na každodennej báze a vo všetkých podmienkach (napr., v škole, práci a inde). Odborníčky a odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali jasne zaznamenať túto skúsenosť do zdravotnej dokumentácie, vrátane dátumu začiatku. Ak je to potrebné, v niektorých situáciách je možné žiadať dôkaz o splnení tohto kritéria: je možné komunikovať s osobami, ktoré majú vzťah s pacientom v ich rodovej role v súlade s ich rodovou identitou alebo si vyžiadať dokumentáciu o právnej zmene mena a označenia rodu, ak je to možné.

Operácie pre ľudí s psychotickou poruchou alebo inou závažnou mentálnou chorobou

Keď je u pacienta s rodovou rozladou diagnostikovaná tiež závažná psychiatrická porucha alebo narušené vnímanie reality (napr., psychotické epizódy, bipolárna porucha, disociačná porucha osobnosti), treba sa pokúsiť zlepšiť túto situáciu psychotropnými liečivami a/alebo psychoterapiou predtým, než sa zväzi operácia (Dhejne et al., 2011). Pred operáciou by malo byť spravené ďalšie posúdenie odborníkom v oblasti mentálneho zdravia s potrebnou kvalifikáciou, ktoré popisuje mentálny stav pacienta a jeho pripravenosť na operáciu. Výhodou je, ak odborník pozná pacienta a ich situáciu. Ak je pacient v aktívnej psychotickej fáze, nemala by sa uskutočniť žiadna operácia (De Cuypere & Vercauteren, 2009).

Spôsobilosť chirurga pre operáciu prs/hrudníka alebo genitálií

Lekári, ktorí vykonávajú operačné zákroky pre úľavu od rodovej rozlady by mali byť z oblasti urológie, gynekológie, plastickej chirurgie, všeobecnej chirurgie a mali by mať certifikáty od národnej, či regionálnej odbornej spoločnosti. Mali by mať zdokumentovaný výcvik v špecializovanej spôsobilosti v genitálnych rekonštrukčných technikách od skúsenejšieho chirurga. Aj skúsený chirurg musí mať ochotu nechať posúdiť svoje zručnosti inými kolegami. Oficiálny audit operačných výsledkov a jeho publikovanie by poskytovalo uistenie pacientkam a pacientom i lekárom, od ktorých majú odporúčanie. Chirurgovia by sa mali pravidelne zúčastňovať odborných stretnutí, kde sa prezentujú nové techniky. Internet je tiež účinnou metódou používanou pacientmi a pacientkami pre zdieľanie informácií o skúsenostiach s chirurgom a jeho tímom. V ideálnom prípade by mal mať chirurg širšie znalosti, než o operačných technikách genitálnej rekonštrukcie, aby pri konzultácii s pacientmi mohol vybrať ideálnu techniku pre každého individuálne. Ak má chirurg zručnosti len v jednej technike a tento zákrok nie je pre pacienta vhodný alebo si ho neželá podstúpiť, mali by ich informovať o iných zákrokoch a ponúknuť odporúčanie k chirurgovi s potrebnými zručnosťami.

Techniky a komplikácie operácie prsníkov/hrudníka

Hoci vzhľad prsníkov/hrudníka je dôležitou sekundárnou pohlavnou charakteristikou, ne/prítomnosť prsníkov alebo ich veľkosť nie je súčasťou právnej definície pohlavia, či rodu a nie sú nutné pre rozmnožovanie. Vykonanie operácie prsníkov/hrudníka pre liečbu rodovej rozlady by malo byť zväžené s rovnakou vážnosťou ako začatie hormonálnej terapie, keďže dôsledkom oboch sú relatívne nezvratné telesné zmeny. Augmentačná mamoplastika nie je odlišná od zákroku u cisrodových žien. Zvyčajne sa vykonáva pomocou implantácie prsných protéz a občas technikou výplne vlastným tukom. Pri zväčšení prsníkov u trans žien sa zriedkavo vyskytnú komplikácie vo forme infekcie a kapsulárnej fibrózy (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999). Pre trans mužov (FtM) je dostupná mastektómia alebo „rekonštrukcia hrudníka“. Mnoho trans mužov podstúpi len túto operáciu. Ak množstvo odstráneného tkaniva prsníkov vyžaduje odstránenie

aj časti kože, zanecháva to jazvy, o ktorých by mal byť pacient predtým informovaný. Komplikácie podkožnej mastektómie môžu zahŕňať nekrózu bradaviek, nepravidelnosti vo výslednom tvare hrudníka a nepekne zjazvenie (Monstrey et al., 2008).

Techniky genitálnej operácie a komplikácie

Genitálne operačné zákroky pre trans ženy (MtF) môžu zahŕňať orchiektómiu, penektómiu, vaginoplastiku, klitoroplastiku a labioplastiku. Techniky zahŕňajú inverziu kože penisu, stopkatý štep esovitého trakčníka a voľné kožné štepy pre vytvorenie pokrývky stien neovagíny. Popri vytvorení funkčnej vagíny a akceptovateľných estetických výsledkov je pri vaginoplastike dôležitým cieľom citlivosť pri sexuálnej stimulácii. Operačné komplikácie pri genitálnych zákrokoch u trans žien (MtF) môžu zahŕňať kompletnú alebo čiastočnú nekrózu vagíny a pyskov, fistule z močovodu alebo čriev do vagíny, stenózu uretry a vagíny, ktorá je buď príliš krátka alebo príliš malá pre sexuálny styk. Hoci sú operačné techniky pre vytvorenie neovagíny funkčne a esteticky znamenité, po zákroku bola pacientkami hlásená anorgazmia; v ďalšom kroku môže byť tiež potrebná labioplastika z estetických dôvodov (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Genitálne operačné zákroky pre trans mužov (FtM) môžu zahŕňať hysterektómiu, salpingo-ooforektómiu, vaginektómiu, metoidioplastiku, skrotoplastiku, uretroplastiku, implantáciu protéz semenníkov a faloplastiku. Pre pacientov bez predchádzajúcej abdominálnej operácie sa odporúča laparoskopická technika pre hysterektómiu a salpingo-ooforektómiu, aby sa bolo možné vyhnúť jazvám v spodnej časti brucha. Prístup cez vagínu môže byť komplikovaný, keďže väčšina pacientov neporodila deti a často nezažili penetračný sexuálny styk. Aktuálne operačné techniky pre faloplastiku sa líšia. Výber techniky môže byť obmedzený anatomickou, operačnou a finančnou situáciou klienta. Ak sú zámermi faloplastiky neofalus a dobrý vzhlad, močenie v stoj, sexuálna citlivosť a schopnosť sexuálneho styku, pacient by mal byť zreteľne informovaný o viacerých osobitných štádiách operácie a bežných technických ťažkostiach, ktoré môžu vyžadovať ďalšie operácie. Dokonca aj metoidioplastika, ktorá je teoreticky jednorazovým zákrokom pre vytvorenie mikrofalu, často vyžaduje viac než jednu operáciu. Táto technika nie vždy umožňuje dosiahnuť močenie v stoj (Monstrey et al., 2009).

Komplikácie pri faloplastike môže zahŕňať bežné zúženie močového traktu, fistuly a občasnú nekrózu neofalu. Výsledkom metoidioplastiky je mikropenis bez možnosti močenia v stoj. Faloplastika, s využitím stopkatého alebo voľného vaskularizovaného laloku, je dlhodobá procedúra s viacerými štádiami s významnou mierou komplikácií, ktorá zahŕňa časté problémy s močovým traktom a zjazvenie, ktorému sa nie je možné vyhnúť. Z týchto dôvodov mnoho trans mužov okrem hysterektómie a salpingo-ooforektómie nikdy nepodstúpi inú genitálnu operáciu (Hage & De Graaf, 1993). Avšak aj pacienti, u ktorých vzniknú ťažké operačné komplikácie zriedkavo ľutujú, že operáciu podstúpili. Význam operácie je možné oceniť v kontexte opakovaných zistení, že kvalita výsledkov operácie je jedným z najlepších faktorov prognózy celkového výstupu tranzície (Lawrence, 2006).

Iné operácie

Ďalšie operácie pri napomáhaní vo feminizácii tela obsahujú redukčnú chondroplastiku chrupavky štítnej žľazy (redukcia Adamovho jablka), modifikácia hlasu, lipoplastika (tvarovanie obrysov) pásu, rinoplastika (korekcia nosu), redukcia tvárových kostí, face-lift a blefaroplastika (omladenie očných viečok).

Iné operácie pre maskulinizáciu tela zahŕňajú liposukciu, výplne vlastným tukom, hrudné implantáty. Operácia hlasu pre získanie hlbšieho hlasu je zriedkavá, ale môže byť odporúčaná v prípade, keď nebola hormonálna terapia účinná.

Hoci tieto operácie nevyžadujú odporúčanie od odborníkov v oblasti mentálneho zdravia, môžu hrať významnú rolu v napomáhaní pacientom v prijatí plne informovaného rozhodnutia o načasovaní a dôsledkoch týchto zákrokov v kontexte sociálnej tranzície. Hoci väčšina týchto operácií je všeobecne označená za „čisto estetické“, tieto isté operácie môžu byť u jednotlivcov so silnou rodovou rozladou považované za zdravotne nutné, v závislosti od jedinečnej klinickej a životnej situácie daného pacienta, či pacientky. Táto nejednoznačnosť odráža realitu klinických situácií a umožňuje rozhodovanie v jednotlivých prípadoch na základe potrebnosti a túžby pacientiek a pacientov po týchto zákrokoch.

XII. POOPERAČNÁ A POHOSPITALIZAČNÁ STAROSTLIVOSŤ

Dlhodobá pooperačná a pohospitalizačná starostlivosť po operačných zákrokoch pre úľavu od rodovej rozlady súvisí s dobrými operačnými a psychosociálnymi výstupmi (Monstrey et al., 2009). Pohospitalizačná

starostlivosť je dôležitá pre následné fyzické a mentálne zdravie pacienta a pre znalosť chirurga o prínosoch a limitoch operácie. Chirurg by pre pacientov a pacientky prichádzajúcich z veľkých vzdialeností mali do plánu starostlivosti zaradiť osobné stretnutia a snažiť sa zaistiť dostupnú dlhodobú starostlivosť v regióne ich bydliska.

Pacientky a pacienti po operácií niekedy počas pohospitalizačnej starostlivosti nedodržiavajú plán návštev u špecialistiek a špecialistov, vrátane lekárov, od ktorých získavajú hormóny bez toho, aby si uvedomili, že títo poskytovatelia sú často najviac schopní predísť, diagnostikovať alebo liečiť zdravotné komplikácie, ktoré sú jedinečné pre pacientky a pacientov v hormonálnej a operačnej liečbe. Potreba pohospitalizačnej liečby sa rovnako vzťahuje aj na odborníkov v oblasti mentálneho zdravia, ktorí strávili s pacientkou/pacientom dlhšie obdobie, než akýkoľvek iné poskytovatelia, a preto sú vo vynikajúcej pozícii napomôcť pri akýchkoľvek problémoch s adaptáciou po operácii. Poskytovatelia by mali svojim pacientkam a pacientom prízvukovať dôležitosť pooperačnej a pohospitalizačnej starostlivosti a ponúknuť pokračovanie v starostlivosti.

Pacienti a pacientky po operácii by mali podstupovať pravidelný zdravotný screening podľa odporúčaní smerníc na základe ich veku. Táto téma je hlbšie rozobratá v nasledujúcej časti.

XIII. CELOŽIVOTNÁ PREVENTÍVNA A PRIMÁRNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia potrebujú zdravotnú starostlivosť počas celého života. Pacientky a pacienti potrebujú dôkladnú zdravotnú starostlivosť od poskytovateľov skúsených v primárnej starostlivosti o transrodové osoby. Ak nie je niektorí poskytovateľ schopný poskytnúť všetku starostlivosť, je nutná komunikácia medzi rôznymi poskytovateľmi. Primárna starostlivosť a otázky udržiavania zdravia by mali byť prediskutované vopred, počas a po akejkoľvek zmene v rodovej role a zdravotných zásahoch pre úľavu od rodovej rozlady. Hoci hrajú poskytovatelia hormonálnej terapie a chirurgovia významnú rolu v preventívnej starostlivosti, každá transsexuálna, transrodová a rodovo nekonformná osoba by mala mať poskytovateľa primárnej starostlivosti kvôli celkovej zdravotnej starostlivosti (Feldman, 2007).

Všeobecná preventívna zdravotná starostlivosť

Smernice screeningu vytvorené pre všeobecnú populáciu sú vhodné pre screening orgánových systémov, ktoré pravdepodobne nebudú ovplyvnené feminizujúcou/maskulinizujúcou hormonálnou terapiou. Avšak, tieto všeobecné smernice môžu v oblastiach ako kardiovaskulárne rizikové faktory, osteoporóza, niektoré typy rakoviny (prsníkov, maternice, krčka maternice, vaječníkov a prostaty) preceňovať, či podceňovať hospodárnosť screeningu jednotlivcov na hormonálnej terapii.

Viacero zdrojov poskytuje detailné protokoly primárnej zdravotnej starostlivosti o pacientky a pacientov s feminizujúcou/maskulinizujúcou hormonálnou terapiou, vrátane starostlivosti po operáciách (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005). Lekári by sa mali oboznámiť s národnými smernicami, ktoré vychádzajú z poznatkov založených na dôkazoch a prediskutovať so svojimi pacientmi a pacientkami screening z hľadiska účinkov hormonálnej terapie a jej rizík.

Screening kvôli rakovine

Screening orgánových systémov kvôli rakovine súvisiaci s pohlavím môže pre transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí a ich lekárov predstavovať určité zdravotné psychosociálne problémy. Keďže chýbajú rozsiahle prospektívne štúdie, poskytovatelia pravdepodobne nemajú pre túto populáciu dostatok dôkazov pre určenie vhodného typu a frekvencie screeningu kvôli rakovine. Príliš častý screening má za následok vysoké náklady, vysoké falošné pozitívne výsledky a časté vystavenie radiácii a/alebo diagnostickým zásahom, napr. biopsia. Nedostatočný screening zas môže vyústiť do neskorého zachytenia potenciálne liečiteľnej rakoviny. Pacienti a pacientky môžu screening považovať za podporujúci ich rodovú identitu (napr. mamogramy u trans žien), alebo telesne i emocionálne bolestivé (ako ster z krčka maternice) offer continuity of care for FtM patients.

Urogenitálna zdravotná starostlivosť

Gynekologická starostlivosť môže byť nutná pre transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí oboch pohlaví. U trans mužov (FtM) je nutná hlavne pre tých, ktorí nepodstúpili genitálnu operáciu. Pre trans ženy (MtF) je takáto starostlivosť potrebná po genitálnej operácii. Hoci mnoho chirurgov poskytuje pacientkam a pacientom pooperačnú urogenitálnu starostlivosť, poskytovatelia primárnej starostlivosti by tiež mali byť oboznámení so špeciálnymi genitálnymi otázkami tejto populácie.

Všetky trans ženy (MtF) by mali dostať poradenstvo ohľadom hygieny genitálií, sexuality a prevencie sexuálne prenosných infekcií; osoby, ktoré podstúpili genitálnu operáciu by tiež mali dostať informácie ohľadom pravidelnej vaginálnej dilatácie alebo penetratívnom sexuálnom styku pre udržiavanie hĺbky a šírky vagíny (van Trotsenburg, 2009). Os a dimenzie rekonštruovanej vagíny sa kvôli anatómii mužskej panvy podstatne líšia od nerekonštruovanej. Tieto anatomické rozdiely môžu ovplyvniť sexuálny styk, ak si nie sú trans ženy (MtF) a ich partneri toho vedomí (van Trotsenburg, 2009).

U trans žien sa tiež často vyskytuje infekcia dolného močového traktu v dôsledku rekonštrukčných požiadaviek skrátenej uretry. Navyše, tieto pacientky môžu trpieť funkčnými poruchami dolného močového traktu; takéto poruchy môžu byť spôsobené poškodením autonómnych nervov dna močového mechúra počas disekcie medzi rektom a močovým mechúrom a zmenou pozície samotného močového mechúra. Po genitálnej operácii sa môžu objaviť poruchy funkcie močového mechúra (napr. hyperaktívny močový mechúr, inkontinencia) (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

Väčšina trans mužov (FtM) nepodstúpi vaginektómiu (kolpektómiu). U pacientov, ktorí berú maskulinizujúce hormóny, napriek značnej premene testosterónu na estrogény, môžu byť pozorované atrofické zmeny výstelky vagíny, ktoré môžu viesť k svrbeniu a páleniu. Vyšetrenie môže byť telesne aj emocionálne bolestivé, ale bez liečby môže dôjsť k závažnému zhoršeniu. Gynekológovia, ktorí liečia genitálne problémy trans mužov (FtM) by si ma byť vedomí novej citlivosti pacientov s mužskou rodovou identitou a maskulínnym rodovým prejavom v súvislosti s genitáliami, ktoré sú typicky dávané do súvisu so ženským pohlavím.

XIV. UPLATNENIE ŠTANDARDOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRE ĽUDÍ ŽIJÚCICH V INŠTITUCIONÁLNYCH ZARIADENIACH

ŠZS sú vo svojej celistvosti uplatniteľné pre všetkých transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí bez ohľadu na ich situáciu s bývaním. Ľudia by nemali byť diskriminovaní v prístupe ku vhodnej zdravotnej starostlivosti kvôli tomu, kde bývajú, vrátane inštitucionálneho prostredia ako väzenie, či dlhodobý pobyt v zdravotníckom zariadení (Brown, 2009). Zdravotná starostlivosť pre transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí v inštitucionálnych a zdravotníckych zariadeniach by mala odzrkadľovať to, čo by bolo pre nich dostupné mimo týchto zariadení v rovnakej komunite. Všetky časti vyšetrenia a starostlivosti, tak ako sú popísané v ŠZS by mali byť poskytnuté aj ľuďom žijúcim v takýchto inštitúciách (Brown, 2009). Prístup k týmto zdravotne nutným zásahom by nemal byť zamietnutý na základe umiestnenia v inštitúcii alebo situácie bývania. Ak nemajú tieto inštitúcie zamestnaných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre posúdenie a starostlivosť o ľudí s rodovou rozladou, je potrebné zaobstarať konzultácie s poskytovateľmi s potrebnými znalosťami v tejto oblasti mimo danej inštitúcie.

Ľudia s rodovou rozladou umiestnení v inštitúciách môžu tiež mať koexistujúce mentálne problémy (Cole et al., 1997). Tieto problémy by mali byť vhodne vyšetrené a liečené. Ľudia, ktorí sú umiestnení do zariadenia počas potrebného režimu hormonálnej terapie by mali v rovnakej, či podobnej terapii pokračovať a byť monitorovaní podľa ŠZS. Prístup „zmrazenia starostlivosti“ nie je vo väčšine prípadov považovaný za vhodnú starostlivosť (*Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002*). Ľuďom s rodovou rozladou, ktorí môžu podstúpiť hormonálnu terapiu (podľa ŠZS) by mala byť takáto terapia nasadená. Následky náhleho vysadenia hormónov alebo úplné zamietnutie hormonálnej terapie, keď je to zdravotne potrebné, zahŕňajú vysokú pravdepodobnosť negatívnych výstupov ako operačná samoliečba autokastráciou, depresívna nálada, dysfória a/alebo samovražedné sklony (Brown, 2010).

Pri poskytovaní starostlivosti konzistentnej s ŠZS je možné vykonať primerané úpravy inštitucionálneho prostredia, ak tieto úpravy neohrozujú poskytovanie potrebnej zdravotnej starostlivosti ľuďom s rodovou rozladou. Príkladom primeraných úprav v prostredí, kde je vysoká pravdepodobnosť narušenia užívania ústnych prípravkov, je používanie hormónov v injekčnej forme, ak preto neexistujú zdravotné kontraindikácie (Brown, 2009). Zamietnutie potrebných zmien v rodovej role alebo prístupu k zdravotnej starostlivosti, vrátane genitálnych operácií na základe pobytu v inštitúcii nie sú podľa ŠZS primerané zásahy (Brown, 2010).

Ubytovacie a sprchovacie/toaletné zariadenia pre transsexuálnych transrodových a rodovo nekonformných

Ľudí žijúcich v inštitúciách by mali brať do úvahy ich rodovú identitu a rolu, telesný stav, dôstojnosť a osobnú bezpečnosť. Umiestnenie v ubytovacej jednotke pre osoby rovnakého pohlavia len na základe vzhladu vonkajších genitálií môže byť nevhodné a vystaviť osobu riziku viktimizácie (Brown, 2009). Inštitúcie, kde transsexuálni, transrodoví a rodovo nekonformní ľudia bývajú a prijímajú zdravotnú starostlivosť by mali monitorovať situáciu pre vytváranie tolerantného a pozitívneho prostredia, aby mohli zabezpečiť, že títo ľudia nie sú napádaní pracovníkmi alebo inými rezidentmi.

XV. POUŽITEĽNOSŤ ŠTANDARDOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRE ĽUDÍ S PORUCHAMI SEXUÁLNEJ DIFERENCIÁCIE

Terminológia

Termín *porucha sexuálnej diferenciácie* (PSD) sa vzťahuje na telesný stav atypického vývinu reprodukčného ústrojenstva (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPE/ESPE Consensus Group, 2006). PSD zahŕňa stav, ktorý sa zvykol nazývať *intersexualita*. Hoci bol termín počas medzinárodnej konsenzuálnej konferencie v roku 2005 zmenený na PSD (Hughes et al., 2006), nezhody o používaní jazyka stále pretrvávajú. Niektorí ľudia silno protestujú proti označeniu „porucha“ a namiesto toho preferujú pohľad na tieto vrodené stavy ako záležitosť rozmanitosti (Diamond, 2009) a stále používajú termín *intersex* alebo *intersexualita*. WPATH používa termín PSD v ŠZS objektívnym a bezhodnotovým spôsobom s cieľom zabezpečiť, že odborníci v oblasti zdravia spoznajú tento medicínsky pojem a použijú ho na získanie prístupu k relevantnej literatúre o rozvoji tejto oblasti medicíny. WPATH zostáva otvorená novej terminológii, ktorá viac osvetlí skúsenosti ľudí v tejto rozmanitej populácii a povedie k zlepšeniu v prístupe a poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Odôvodnenia pre pridanie PSD do ŠZS

Osoby s PSD, ktoré tiež splnili behaviorálne kritériá *DSM-IV-TR* pre Poruchy sexuálnej identity (Americká psychiatrická asociácia, 2000) boli predtým vylúčené z tejto všeobecnej diagnózy. Namiesto toho boli zaradené do kategórie „Nešpecifikované poruchy sexuálnej identity“. Taktiež boli vylúčené zo *Štandardov zdravotnej starostlivosti* WPATH. Súčasný návrh pre *DSM-5* (www.dsm5.org) je nahradiť termín *poruchy sexuálnej identity* (*gender identity disorder*) termínom *rodová rozlada* (*gender dysphoria*). Navrhované zmeny DSM navyše zvažujú zaviesť pre osoby s PSD s rodovou rozladou podkategóriu rodovej rozlady. Táto navrhovaná kategorizácia – ktorá explicitne rozlišuje medzi jednotlivcami s rodovou rozladou s a bez PSD – je oprávnená: U ľudí s PSD sa rodová rozlada odlišuje vo fenomenologických prejavoch, epidemiológii, životnej trajektórii a etiológii (Meyer-Bahlburg, 2009). Dospelé osoby s PSD a rodovou rozladou sa vo zvýšenej miere dostali do pozornosti odborníkov v oblasti zdravia. Preto je krátka diskusia o zdravotnej starostlivosti o tieto osoby zahrnutá do týchto ŠZS.

Zváženie zdravotnej histórie

Odborníci v oblasti zdravia, ktorí pomáhajú pacientkam a pacientom s prítomnosťou aj PSD aj rodovej rozlady si musia byť vedomí/é, že zdravotný kontext, v ktorom tieto pacientky a pacienti vyrastali je typicky veľmi odlišný od toho, v ktorom vyrastali ľudia bez PSD. U niektorých ľudí je PSD určená na základe pozorovaní rodovo-netypických genitálií pri narodení. (Tieto pozorovania sú vo zvyšujúcom sa počte robené už počas prenatálneho obdobia pomocou zobrazovacích metód ako ultrazvuk.) Tieto nemluvňatá často podstupujú rozsiahle zdravotné diagnostické postupy. Po konzultáciách s rodinou a medzi odborníkmi v oblasti zdravia, počas ktorých je zvážená špecifická diagnóza, telesné a hormonálne nálezy, a spätná väzba z výsledkov dlhodobých štúdií (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004) je novorodencovi pripísané pohlavie, buď mužské alebo ženské.

Iné osoby s PSD sa do pozornosti odborníkov na zdravie dostanú okolo veku puberty, kedy môže byť pozorovaný atypický vývin sekundárnych pohlavných charakteristík. Tieto pozorovania tiež vedú k špecifickému zdravotnému vyšetreniu.

Typ a závažnosť PSD má významné dôsledky pre rozhodnutia o pripísaní počiatočného pohlavia a následných genitálnych operáciách a inej zdravotnej a psychosociálnej starostlivosti (Meyer-Bahlburg, 2009). Napríklad, stupeň vystavenia prenatálnym androgénom u ľudí s PSD má koreláciu so stupňom maskulinizácie a *správaním*, ktoré súvisí s rodom (teda rodová rola a rodový prejav); avšak korelácia je len

mierna, a značná variabilita správania nie je dôsledkom vystavenia prenatálnym androgénom (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006). Treba podotknúť, že podobná korelácia medzi vystavením prenatálnym hormónom a rodovou identitou nebola preukázaná (e.g., Meyer-Bahlburg, Dolezal, et al., 2004). Toto všetko je zdôraznené faktom, že ľudia s rovnakou (jadrovou) rodovou identitou sa môžu významne líšiť v stupni maskulinizácie ich správania súvisiaceho s rodom.

Výšetrenie a starostlivosť v súvislosti s rodovou rozladou o ľudí s poruchou sexuálnej diferenciacie

Veľmi zriedkavo je u ľudí s PSD identifikovaná rodová rozlada *pred* určením diagnózy PSD. Aj tak je PSD diagnóza typicky zjavná cez príslušnú históriu a základné telesné vyšetrenie, ktoré sú časťou zdravotného posúdenia pre spôsobilosť na hormonálnu terapiu alebo operačné zákroky pre úľavu od rodovej rozlady. Odborníci v oblasti mentálneho zdravia by mali požiadať svojich klientov s rodovou rozladou, aby podstúpili telesné vyšetrenie, špeciálne ak momentálne nemajú poskytovateľa primárnej (alebo inej) zdravotnej starostlivosti.

U väčšiny ľudí s PSD, ktorá sa narodila s dvojznačnými genitáliami sa nevyvinie rodová rozlada (e.g., Meyer-Bahlburg, Dolezal, et al., 2004; Wisniewski et al., 2004). Avšak u niektorých ľudí s PSD sa rozvinie chronická rodová rozlada a dokonca podstúpia zmeny na pohlaví, ktoré im bolo pripísané pri narodení a v rodovej role (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Ak sú prítomné pretrvávajúce a silné náznaky rodovej rozlady, esenciálne je spraviť celkové posúdenie lekárom zručným vo posudzovaní a starostlivosti v súvislosti s rodovou rozladou bez ohľadu na vek pacienta. Podrobné odporúčania o vykonaní takéhoto posúdenia a rozhodnutiach o liečbe rodovej rozlady v kontexte PSD sú publikované (Meyer-Bahlburg, 2011). Kroky v smere zmeny pohlavia pripísaného pri narodení a súvisiacej rodovej roly by u pacienta mali byť vykonané až po dôkladnom vyšetrení. Lekári, ktorí napomáhajú pacientkam a pacientom pri možnostiach liečby rodovej rozlady môžu mať úžitok z porozumenia získaného z poskytovania starostlivosti pacientmi bez PSD (Cohen-Kettenis, 2010). Avšak určité kritériá pre liečbu (napr. vek, dĺžka skúsenosti so životom v preferovanej rodovej role) zvyčajne nie sú rutinne používané pri ľuďoch s PSD; tieto kritériá treba skôr interpretovať v svetle pacientkinej, či pacientovej špecifickej situácie (Meyer-Bahlburg, 2011). V kontexte PSD boli urobené zmeny v pohlaví pripísanom pri narodení a rodovej role v akomkoľvek veku medzi skorým obdobím na základnej škole a strednou dospelosťou. Dokonca aj genitálne operácie môžu byť u týchto pacientiek/pacientov vykonané oveľa skôr, než u pacientov/pacientiek s rodovou rozladou bez PSD, ak sú operácie dostatočne oprávnená diagnózou, prognózou rodovej identity založenou na dôkazoch pre daný syndróm a závažnosťou syndrómu, a želaním pacienta, či pacientky.

Jedným z dôvodov pre tieto odlišnosti v starostlivosti je, že genitálne operácie u jednotlivcov s PSD sú celkom bežné v rannom detstve a adolescencii. Neplodnosť môže byť už prítomná kvôli skorému zlyhaniu gonád alebo gonádoektómii vykonanej na základe rizika zhubnosti. Aj tak sa odporúča pacientom s PSD podstúpiť plnú sociálnu tranzíciu do inej rodovej role, len keď je prítomná dlhodobá história rodovonetytického správania a ak je rodová rozlada a/alebo túžba zmeniť rodovú rolu silná pretrvávajúca počas značného časového obdobia. Pre použitie diagnózy rodovej rozlady sa navrhuje v rámci *DSM-5* obdobie 6 mesiacov plne prejavovaných symptómov (Meyer-Bahlburg, 2011).

Doplnkové zdroje

Zdravotné histórie ľudí s PSD súvisiace s rodom sú často komplexné. Ich histórie môžu zahŕňať veľké množstvo vrodenných genetických, endokrinných a somatických atypických črt a taktiež rôzne hormonálne, operačné a iné zdravotné zásahy. Z týchto dôvodov je nutné zvážiť v psychosociálnej a zdravotnej starostlivosti o týchto pacientov a pacientky mnoho ďalších vecí, bez ohľadu na prítomnosť rodovej rozlady. Zváženie týchto vecí ide poza to, čo môžu pokrývať ŠZS. Pre hlbší vhl'ad odporúčame existujúcu literatúru (e.g., Cohen-Kettenis & Pf'afflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Niektoré rodiny a pacientky/pacienti taktiež považujú za užitočné poradiť sa alebo spolupracovať s miestnymi komunitnými podpornými skupinami.

Existuje veľmi podstatná zdravotná literatúra o zdravotnej starostlivosti o pacientov a pacientky s PSD. Veľká časť tejto literatúry bola vytvorená odborníkmi na vysokej úrovni z oblasti pediatrickej endokrinológie a urológie s prispením špecializovaných odborníkov v oblasti mentálneho zdravia, špeciálne v oblasti rodu. Nedávne medzinárodné konsenzuálne konferencie sa venovali aj dôkazmi podloženým smerniciam zdravotnej starostlivosti pre PSD (vrátane záležitostí týkajúcich sa rodu a genitálnych operácií) vo všeobecnosti (Hughes et al., 2006) a špecificky pre kongenitálnu adrenálnu hyperpláziu (Joint LWPES/ESPE

CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010). Iní sa venovali potrebám výskumu PSD vo všeobecnosti (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) a pre vybrané syndrómy ako 46 XXY (Simpson et al., 2003).

ZDROJE

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuals. *Human Reproduction, 22*(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1*(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York, NY: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report, 28*(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies, 17*(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care [Special issue]. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03 03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 22*(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11*(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 12*(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from <http://www.callenlorde.org/documents/TG ProtocolRequest Form2.pdf>
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from <http://www.callenlorde.org/documents/TG ProtocolRequest Form2.pdf>
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). *CASLPA clinical certification program*. Retrieved

from <http://www.caslapa.ca/>

- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *21*(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, *6*(Suppl 6), S3–8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *18*(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, *3*(1), 2–17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington, & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *24*(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, *10*, 153–166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A crossnational, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T.D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van deWaal, H.A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer, W. J., III. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, *26*(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, *11*(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male crossgender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, *21*(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, *7*, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, *14*(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03 06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3-4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03 08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica*, *52*(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, *22*(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781

- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, *155*(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, *62*(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignieres, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, *21*(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, *6*(3). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiv.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, *8*(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3-4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. Doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, *6*(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, *38*(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Di Ceglie, D., & Thummel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *84*(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, *44*(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *12*(4), 198–210. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *152*(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, *31*(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, *7*(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer, I. W. J. (2003, September). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Paper presented at the 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gendervariant patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, *17*(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.) *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved from <https://www.ismho.org/mythsandrealities.asp>
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Retrieved from <http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/FenwayProtocols.pdf?docID=2181>
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender

- reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). Etherapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Butth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed, & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissing, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoening, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy—what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the

- European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and sublaxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual—hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., L'ummen, G., & R'ubben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multidimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J., III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1007/15532730903008065
- Meyer, W. J., III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of

- sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex—Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man—an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwang, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007, September). *On the calculation of the prevalence of transsexualism*. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, IL. Retrieved from [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence of Transsexualism.pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf)
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:10.1090/001200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J., III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfafflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfafflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from [http://web.archive.org/web/20070503090247/ http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm](http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm)
- Physicians' desk reference* (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference* (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-

- female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Retrieved from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333. Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom. Retrieved from <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdlow, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. Retrieved from <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T.W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009-2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Bodyguards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London, UK: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T.W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FTM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with prepubescent transgender/genderdissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the

- Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for the World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%2008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). *Depsycho-pathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from <http://wpath.org/announcementsdetail.cfm?pkannouncement=17>
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. Transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). "I'm half-boy, half-girl": Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. Williams, & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

PRÍLOHA A

SLOVNÍK

Terminológia sa v oblasti zdravotnej starostlivosti o transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí rýchlo vyvíja.; zavádzajú sa nové pojmy a definície existujúcich pojmov sa menia. Preto často v tejto oblasti vzniká neporozumenie, diskusia a nesúhlas ohľadom jazyka. Definície pojmov, ktoré považujeme za menej známe alebo majú v rámci ŠZS špeciálny význam, sú len pre účely ŠZS uvedené nižšie. Definície týchto pojmov je možné prijať, ale WPATH uznáva, že tieto pojmy môžu mať v odlišných kultúrach, komunitách a kontextoch iné definície.

WPATH tiež uznáva, že mnoho pojmov používaných vo vzťahu k tejto populácii nie je ideálnych. Napríklad, pojmy *transsexuál* a *transvestita* - a niektorí by tvrdili, že aj novší pojem *transrodový* - sú na ľudí používané objektivizujúcim spôsobom. Avšak, tieto termíny boli viac-menej prijaté mnohými ľuďmi, ktorí sa maximálne snažia, aby im bolo porozumené. WPATH používa tieto pojmy tak, aby bola zabezpečená zrozumiteľnosť konceptov a procesov so zámerom napomôcť poskytovaniu kvalitnej zdravotnej starostlivosti transsexuálnym, transrodovým a rodovo-neokonformným ľuďom. WPATH zostáva otvorená novej terminológii, ktorá ďalej osvetlí skúsenosti tejto rozmanitej populácie a povedie k zlepšeniu prístupu k a zdravotnej starostlivosti a jej poskytovaniu.

Bioidentické hormóny: Hormóny, ktoré sú *štrukturálne* identické s tými, ktoré je možné nájsť v ľudskom tele (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Hormóny používané v bioidentickej hormonálnej terapii (BHT) sú zvyčajne získavané z rastlinných zdrojov a sú štrukturálne podobné endogénnym ľudským hormón; musia však byť hospodársky spracované, aby sa stali bioidentickými.

Bioidentická namiešaná hormonálna terapia (BNHT): Používanie hormónov, ktoré sú lekárnikmi pripravené zmiešané, skompletizované, balené alebo označené ako liek na zákazku pre pacientku, či pacienta podľa špecifik lekára. Oprávnenie od vládnej agentúry pre liečivá nie je možné vytvoriť pre každý upravený prípravok pre individuálneho spotrebiteľa.

Cross-dressing (transvestizmus): Obliekanie sa a prijatie prezentácie rodovej role, ktorá je v danej kultúre typická pre iné pohlavie.

Genderqueer: Označenie identity, ktorá môže byť používaná jednotlivcami, u ktorých sa rodová identita a/alebo rodová rola nepodriaďuje binárnemu chápaniu rodu obmedzenému len na kategórie muž alebo žena, mužské alebo ženské (Bockting, 2008).

Internalizovaná transfóbia: Ťažkosti s vlastnými transrodovými pocitmi alebo identitou ako dôsledok zvnútorňovania spoločensky predpísaných očakávaní, ktoré sa týkajú rodu/pohlavia.

Pohlavie: Pohlavie je priradené pri narodení ako mužské alebo ženské, zvyčajne na základe vzhľadu vonkajších genitálií. Keď sú vonkajšie genitálie dvojznačné, pri priradení pohlavia sú do úvahy brané iné zložky pohlavia (vnútorné genitálie, chromozomálne a hormonálne pohlavie) (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). U väčšiny ľudí sú rodová identita a rodový prejav v súlade s pohlavím priradeným pri narodení; pre transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí sa rodová identita a rodový prejav odlišuje od pohlavia, ktoré im bolo priradené pri narodení

Porucha sexuálnej diferenciacie (PSD) (Disorders of sex development (DSD)):

Kongenitálny stav, pri ktorom dochádza k atypickému vývinu chromozomálneho, gonadálneho alebo anatomického pohlavia. Niektorí ľudia silne namietajú proti označeniu „porucha“ a miesto toho nahliadajú na tieto stavy ako záležitosť rozmanitosti (Diamond, 2009) a preferujú pojem intersexualita.

Porucha rodovej identity (Gender identity disorder): Formálna diagnóza uvedená v *Diagnostickom štatistickom manuále mentálnych porúch, 4 vydanie, revidovaný text (DSM IV-TR)* (Americká psychiatrická asociácia, 2000). Porucha rodovej identity je charakterizovaná silnou a pretrvávajúcou identifikáciou s iným rodom a pretrvávajúcimi ťažkosťami s vlastným pohlavím alebo pocitom nevhodnosti v rodovej role súvisiacej s týmto pohlavím, ktoré spôsobujú klinicky významné ťažkosti alebo zhoršenie funkčnosti v

spoločenských, profesionálnych a iných dôležitých oblastiach.

Prírodné hormóny: Hormóny, ktoré sú získavané z prírodných zdrojov ako rastliny alebo zvieratá. Prírodné hormóny môžu, ale nemusia byť bioidentické.

rodovo nekonformní/á/é/ý (Gender-nonconforming): Prídavné meno popisujúce jednotlivcov, ktorých rodová identita, rola a prejav sa odlišujú od toho, čo je predpísané pre im určené pohlavie v rámci danej kultúry a historického obdobia.

Rodová rozlada (Gender dysphoria):

Distres, ktorý je spôsobený rozporom medzi rodovou identitou osoby a jej pohlavím pripísaným pri narodení (a súvisiacou rodovou rolou a/alebo primárnymi pohlavnými charakteristikami (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Rodová identita (Gender identity):

Vlastné hlboké vnútorné prežívanie každého človeka ako muža (chlapca), ženy (dievčaťa) alebo ďalší rod (napr. chlapecdievča, dievčachlapec¹⁰, transrodová osoba, genderqueer, eunuch) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Rodová rola a rodový prejav (Gender role or expression): Charakteristiky osobnosti, vzhľadu a správania, ktoré sú v danej kultúre a historickom období označené ako maskulínne alebo feminínne (teda viac typické pre mužskú alebo ženskú spoločenskú rolu) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Pokým väčšina jednotlivcov sa spoločensky hlási k jasným maskulínnym alebo feminínnym rodovým rolám, niektorí ľudia sa hlásia k ďalším rodovým rolám ako sú genderqueer ľudia, či transrodoví ľudia. Všetci ľudia majú sklony začleniť do svojho rodového prejavu maskulínne a feminínne charakteristiky rozličnými spôsobmi a v rozličných stupňoch (Bockting, 2008).

Sex reassignment surgery (operácia potvrdzujúca rod): Operácie s cieľom zmeniť primárne a/alebo sekundárne pohlavné charakteristiky pre potvrdenie rodovej identity osoby. Môžu byť dôležitou súčasťou zdravotne potrebnej starostlivosti pre úľavu od rodovej rozlady.

Trans muži (FtM) (Female-to-male): označenie popisujúce jednotlivcov označených pri narodení ako ženy, ktorí chcú zmeniť, menia alebo zmenili svoje telo a/alebo rodovú rolu na viac maskulínne.

Trans ženy (MtF) (Male-to-Female): Prídavné meno popisujúce osoby označené pri narodení ako mužov, ktoré chcú zmeniť, menia alebo zmenili svoje telo a/alebo rodovú rolu na viac feminínnu.

Transrodoví/á/é/ý (Transgender): Prídavné meno popisujúce rozmanitú skupinu jednotlivcov, ktorí prekračujú alebo presahujú kultúrne vymedzené kategórie rodu. Rodová identita transrodových ľudí sa v rozličných stupňoch odlišuje od pohlavia, ktoré im bolo priradené pri narodení (Bockting, 1999).

Transsexuálni/e/a/y (Transsexual): Prídavné meno (často používané v zdravotníckych profesiách) popisujúce jednotlivcov, ktorí hľadajú zmenu alebo zmenili svoje primárne a/alebo sekundárne pohlavné charakteristiky cez feminizujúce alebo maskulinizujúce zdravotné zásahy (hormóny a/alebo operácie); typicky sprevádzané trvalou zmenou rodovej role.

Tranzícia: Časové obdobie, kedy jednotlivci prechádzajú z rodovej role súvisiacej s pohlavím im priradeným pri narodení do inej rodovej role. Pre mnoho ľudí to zahŕňa učenie sa, ako spoločensky žiť v inej rodovej role; pre iných to znamená nachádzanie rodovej role a rodového prejavu, ktoré im najviac vyhovujú. Tranzícia môže zahŕňať feminizáciu alebo maskulinizáciu tela pomocou hormónov a iných zdravotných zásahov. Povaha a trvanie tranzície je odlišné a individuálne.

¹⁰ preklad. poznámka: V originálnom anglickom texte boli použité pojmy 'boygirl' a 'girlboy'.

PRÍLOHA B

PREHLAD ZDRAVOTÝCH RIZÍK HORMONÁLNEJ TERAPIE

Dole načrtnuté riziká sú založené na dvoch rozsiahlych prehľadoch literatúry podporenej dôkazmi o maskulinizujúcej/feminizujúcej hormonálnej terapii (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) spolu s veľkou kohortovou štúdiou (Asscheman et al., 2011). Tieto prehľady môžu slúžiť pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako podrobné zdroje spolu s inými široko uznávanými, publikovanými klinickými materiálmi (e.g., Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Riziká feminizujúcej hormonálnej terapie (MTF)

Pravdepodobne zvýšené riziko

Cievna tromboemboliózna choroba

- Užívanie estrogénu zvyšuje riziko cievnych tromboembolických príhod (CTP), hlavne v prípade pacientiek vo veku nad 40 rokov, fajčiarok, žijúcich prevažne sedavým spôsobom života a ktoré majú podkladové trombofilné poruchy.
- Toto riziko sa zvyšuje s doplnkovým užívaním tretej generácie progestínov.
- Toto riziko sa znižuje s užívaním estradiolu transdermálnou (namiesto orálnou) cestou, ktorý sa odporúča pre pacientky s vyšším rizikom CTP.

Kardiovaskulárne, cerebrovaskulárne choroby

- Užívanie estrogénu zvyšuje riziko kardiovaskulárnych príhod u pacientiek vo veku nad 50 rokov s podkladovými kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi. Užívanie doplnkového progestín môže toto riziko zvyšovať.

Lipidy

- Ústne užívaný estrogén môže u pacientiek značne zvýšiť triglyceridy, zvýšiť riziko pankreatitídy a kardiovaskulárnych príhod.
- Odlišné cesty užívania hormónov budú mať odlišné metabolické vplyvy na úrovne HDL cholesterolu, LDL cholesterolu a lipoproteínov.
- Klinické dôkazy obecné naznačujú, že trans ženy (MtF) s už existujúcou poruchou lipidov môžu mať skôr úžitok z užívania estrogénov transdermálne, než orálne.

Pečeň/žlčník

- Užívanie estrogénu a cyproterón acetátu môže súvisieť s nestálymi zvýšeniami enzýmov pečene, a zriedkavo aj s klinickou hepatotoxicitou.
- Užívanie estrogénu zvyšuje riziko cholelitiázy (žlčníkových kameňov) a následnej cholecystektómie.

Možné zvýšené riziko

Cukrovka (diabetes mellitus) 2. typ

- Feminizujúca hormonálna terapia, hlavne formou estrogénu, môže zvyšovať riziko 2. typu cukrovky, špeciálne u pacientiek, s rodinnou anamnézou cukrovky a iných rizikových faktorov pre túto chorobu.

Hypertenzia

- Užívanie estrogénu môže zvýšiť krvný tlak, ale vplyv na výskyt zjavnej hypertenzie je neznámy.
- Spironolaktón redukuje krvný tlak a odporúča sa pacientkam s rizikom hypertenzie, ktoré si želajú feminizáciu.

Prolactinóm

- Užívanie estrogénu zvyšuje u trans žien (MtF) počas prvého roka hormonálnej terapie riziko hyperprolaktinémie, ale potom už nie je toto riziko pravdepodobné.
- Užívanie vysokých dávok estrogénu môže podporovať klinické prejavy už existujúceho, ale klinicky nezjavného prolaktinómu.

Nepreukázané alebo žiadne zvýšené riziko

Položky v tejto kategórii zahŕňajú aj tie, ktoré môžu spôsobiť riziko, ale dôkazy sú také minimálne, že nie je možné dosiahnuť jasné závery.

Rakovina prsníkov

- Trans ženy (MtF), ktoré užívajú feminizujúce hormóny majú skúsenosti s rakovinou prsníkov, ale nie je známe, akému stupňu rizika sú vystavené v porovnaní s osobami, ktoré sa narodili s genitáliami označenými za ženské.
- Dlhšie trvanie feminizujúcej hormonálnej terapie (t.j., počet rokov užívania prípravkov estrogénu), rodinná história rakoviny prsníkov, obezita (BMI >35) a užívanie progestínov pravdepodobne ovplyvňujú úroveň rizika.

Iné vedľajšie účinky feminizujúcej terapie

Nasledujúce účinky, ktoré jasne súvisia s feminizujúcou hormonálnou terapiou, môžu byť považované za nepatrné alebo dokonca žiaduce, v závislosti na pacientke.

Plodnosť a sexuálne funkcie

- Feminizujúca hormonálna terapia môže oslabiť plodnosť.
- Feminizujúca hormonálna terapia môže znížiť libido.
- Feminizujúca hormonálna terapia redukuje nočné erekcie s rôznym dopadom na sexuálne podnietené erekcie.

Riziká anti-androgénnych prípravkov

Feminizujúce hormonálne režimy často zahŕňajú množstvo činiteľov, ktoré ovplyvňujú produkciu a činnosť testosterónu. Zahŕňa to GnRH agonistov, progestíny (vrátne cyproterón acetátu), spironolaktón a inhibítory 5-alfa reduktázy. Rozsiahla diskusia o konkrétnych rizikách týchto činiteľov ide nad rámec týchto Štandardov zdravotnej starostlivosti. Avšak užívanie spironolaktónu a a cyproterón acetátu je veľmi rozšírené a zaslúžia si trochu pozornosti.

Cyproterón acetátu je progestačný prípravok s anti-androgénnymi vlastnosťami (Gooren, 2005; Levy et al., 2003). Hoci sa veľmi rozšírene používajú v Európe, nie sú schválené pre používanie v Spojených štátoch, kvôli obavám z hepatotoxicity (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004). Spironolaktón je bežne používaný ako anti-androgén vo feminizujúcej hormonálnej terapii, najmä v oblastiach, kde nie povolený cyproterón (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). Spironolaktón má dlhú históriu v liečbe hypertenzie a kongestívneho srdcového zlyhania. Bežnými vedľajšími účinkami sú hyperkalémia, závrate a gastrointestinálne symptómy (*Physicians' Desk Reference*, 2007).

Riziká maskulinizujúcej hormonálnej terapie (FtM)

Pravdepodobne zvýšené riziko

Polycytémia

- Maskulinizujúca hormonálna terapia, ktorá zahŕňa testosterón a iné androgenické steroidy zvyšuje riziko polycytémie (hematokrit > 50%), najmä u pacientov s ďalšími rizikovými faktormi.

- Transdermálna aplikácia a prispôsobenie dávkovania môžu zredukovať toto riziko.

Priberanie na hmotnosti/viscerálny tuk

- Maskulinizujúca hormonálna terapia môže vplyvať na mierne zvýšenie hmotnosti so zvýšením množstva viscerálneho tuku.

Možné zvýšené riziko

Lipidy

- Terapia testosterónom znižuje HDL cholesterol, ale rôzne ovplyvňuje LDL cholesterol a triglyceridy.
- Suprafyziologické (poza bežný mužský rozsah) sérové úrovne testosterónu, ktoré sú často zistené pri predĺžených vnútro svalových dávkach môžu zhoršiť lipidové profily, zatiaľ čo transdermálna aplikácia sa v súvislosti s lipidmi zdá byť viac neutrálnou.
- Pacienti s podkladovým syndrómom polycystických vaječníkov alebo dyslipidémiou môžu byť na testosterónovej terapii vystavený zvýšenému riziku zhoršenia dyslipidémie.

Pečeň

- Počas testosterónovej terapie sa môžu vyskytnúť premenlivé zvýšenia enzýmov pečene.
- Pri užívaní ústneho metyltestosterónu bola zaznamenaná hepatická dysfunkcia a zhubné nádory. Metyltestosterón však už nie je dostupný vo väčšine krajín a nemal by byť viac používaný.

Psychiatrické riziká

- Maskulinizujúca terapia zahŕňajúca testosterón alebo iné androgenické steroidy môže zvýšiť riziko hypomanických, manických alebo psychotických symptómov u pacientov s podkladovými psychiatrickými poruchami, ktoré majú takéto symptómy. Táto nepriaznivá situácia vyzerá byť spojená s vyššími dávkami alebo suprafyziologickými krvnými hladinami testosterónu.

Nepreukázané alebo žiadne zvýšené riziko

Položky v tejto kategórii zahŕňajú aj tie, ktoré môžu spôsobiť riziko, ale dôkazy sú také minimálne, že nie je možné dosiahnuť jasné závery.

Osteoporóza

- Testosterónová terapia udržiava alebo zvyšuje kostnú minerálnu hustotu u trans mužov (FtM) pred ooforektómiou, minimálne počas prvých troch rokov liečby.
- Po ooforektómii sa vyskytuje zvýšené riziko straty hustoty kostí, najmä ak je testosterónová terapia prerušená alebo nedostatočná. Toto zahŕňa pacientov, ktorí užívajú výlučne ústny testosterón.

Kardiovaskulárne riziká

- Maskulinizujúca hormonálna terapia sa v normálnych fyziologických dávkach nejaví ako zvyšujúca riziko kardiovaskulárnych príhod u zdravých pacientov.
- Maskulinizujúca hormonálna terapia môže zvyšovať riziko kardiovaskulárnej choroby u pacientov s podkladovými rizikovými faktormi.

Hypertenzia

- Maskulinizujúca hormonálna terapia v normálnych fyziologických dávkach môže zvýšiť krvný tlak, ale nejaví sa ako zvyšujúca riziko hypertenzie.
- Pacienti s rizikovými faktormi pre hypertenziu ako priberanie na hmotnosti, rodinná história alebo syndróm polycystických vaječníkov môžu byť vo zvýšenom riziku.

Cukrovka (diabetes mellitus) 2. typ

- Testosterónová terapia sa celkovo nejaví ako zvyšujúca riziko 2. typu cukrovky medzi trans mužmi (FtM), pokiaľ nie sú prítomné iné rizikové faktory.
- Testosterónová terapia môže ďalej zvyšovať riziko 2. typu cukrovky u pacientov s inými rizikovými faktormi ako významné priberanie na váhe, rodinná história, syndróm polycystických vaječníkov. Dáta, ktoré by naznačovali alebo ukazovali zvýšené riziko u pacientov s rizikovými faktormi pre dyslipidémiu, neexistujú.

Rakovina prsníkov

- Testosterónová terapia u trans mužov (FtM) nezvyšuje riziko rakoviny prsníkov.

Rakovina krčka maternice

- Testosterónová terapia u trans mužov (FtM) nezvyšuje riziko rakoviny krčka maternice, hoci môže zvyšovať riziko minimálne abnormálnych sterov z krčka maternice, kvôli atrofickým zmenám.

Rakovina vaječníkov

- Testosterónová terapia u trans mužov (FtM) môže zvyšovať riziko rakoviny vaječníkov (hoci dôkazy sú nedostatočné), analogicky k osobám so zvýšenými úrovňami androgénov, ktoré sa narodili s genitáliami označenými za ženské.

Endometriálna rakovina (maternice)

- Testosterónová terapia u trans mužov (FtM) môže zvyšovať riziko endometriálnej rakoviny, hoci dôkazy sú nedostatočné.

Iné vedľajšie účinky maskulinizujúcej terapie

Nasledujúce účinky, ktoré jasne súvisia s maskulinizujúcou hormonálnou terapiou, môžu byť považované za nepatrné alebo dokonca žiadúce, v závislosti na pacientovi.

Plodnosť a sexuálne funkcie

- Testosterónová terapia u trans mužov (FtM) redukuje plodnosť, ale stupeň a zvratnosť tejto redukcie sú neznáme.
- Testosterónová terapia môže vyvolať trvalé anatomické zmeny u embrya či fétu vo vývine.
- Testosterónová terapia vyvoláva zväčšenie klitorisu a zvýšenie libida.

Akné, androgenická alopecia

Akné a rôzne stupne straty vlasov mužského typu (androgenická alopecia) sú bežnými vedľajšími účinkami maskulinizujúcej hormonálnej terapie.

PRÍLOHA C

ZHRNUTIE KRITÉRIÍ PRE HORMONÁLNU TERAPIU A OPERÁCIE

Kritériá pre hormonálne a operačné zásahy týkajúce sa rodovej rozlady uvedené v týchto ŠZS, ako aj vo všetkých predchádzajúcich ŠZS, sú klinickými návodmi; jednotliví odborníci v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a rôzne programy ich môžu modifikovať. Klinické odklony od ŠZS môžu nastať kvôli jedinečnej anatomickej, sociálnej alebo psychologickéj situácie pacienta; kvôli vývinu metódy pre riešenie bežnej situácie skúseným odborníkom; kvôli výskumnému protokolu; kvôli nedostatku zdrojov v rozličných častiach sveta; alebo kvôli špecifickým stratégiám znižovania negatívnych dopadov. Tieto odklony treba kvôli kvalite starostlivosti o pacienta a právnej ochrane pripustiť, vysvetliť pacientom a zdokumentovať pomocou informovaného súhlasu. Táto dokumentácia je tiež hodnotná pre zhromažďovanie nových dát, ktoré môžu byť spätne preskúmané pre ďalší rozvoj zdravotnej starostlivosti a ŠZS.

Kritériá pre feminizujúcu/maskulinizujúcu hormonálnu terapiu (jedno odporúčanie alebo zdravotný záznam o psychosociálnom vyšetrení)

1. Pretrvávajúca, dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a dať súhlas pre zdravotné zásahy;
3. Vek spôsobilosti pre právne úkony v danej krajine (ak je nižší, riad'te sa ŠZS pre deti a adolescentov);
4. Ak sú prítomné telesné alebo mentálne zdravotné ťažkosti, musia byť primerane pod kontrolou.

Kritéria pre operáciu prsníkov/hrudníka (jedno odporúčanie)

Mastektómia a rekonštrukcia hrudníka u trans mužov (FtM)

1. Pretrvávajúca, dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
 2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a dať súhlas pre liečbu;
 3. Vek spôsobilosti pre právne úkony v danej krajine (ak je nižší, riad'te sa ŠZS pre deti a adolescentov);
 4. Ak sú prítomné telesné alebo mentálne zdravotné ťažkosti, musia byť primerane pod kontrolou.
- Hormonálna terapia nie je nevyhnutnou podmienkou.

Zväčšenie prsníkov(implantáty/tukové výplne) u trans žien (MtF)

1. Pretrvávajúca, dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
 2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a dať súhlas pre liečbu;
 3. Vek spôsobilosti pre právne úkony v danej krajine (ak je nižší, riad'te sa ŠZS pre deti a adolescentov);
 4. Ak sú prítomné závažné telesné alebo mentálne zdravotné ťažkosti, musia byť primerane pod kontrolou.
- Hoci to nie je výslovné kritérium, trans ženám (MtF) sa pred operáciou zväčšenia prsníkov odporúča podstúpiť feminizujúcu hormonálnu terapiu (minimálne 12 mesiacov). Zámerom je maximalizovať rast prsníkov, aby bolo možné dosiahnuť lepšie operačné (estetické) výsledky.

Kritériá pre genitálnu operáciu (dve odporúčania)

Hysterektómia a salpingo-ooforektómia u trans mužov (FtM) a orchiektómia u trans žien (MtF)

1. Pretrvávajúca, dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
 2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a dať súhlas pre liečbu;
 3. Vek spôsobilosti pre právne úkony v danej krajine (ak je nižší, riad'te sa ŠZS pre deti a adolescentov);
 4. Ak sú prítomné závažné zdravotné alebo mentálne zdravotné ťažkosti, musia byť primerane pod kontrolou.
 5. 12 mesiacov trvajúca hormonálna terapia v súlade s pacientovými zámermi v oblasti rodu (pokiaľ nie sú hormóny u danej osoby klinicky vylúčené).
- Primárnym cieľom hormonálnej terapie pred gonádoektómiou je poskytnúť obdobie zvrätneho potlačenia estrogénu a testosterónu predtým, než pacient, či pacientka podstúpi nezvratný operačný zákrok. Tieto kritériá neplatia pre pacientky a pacientov, ktorí podstupujú tieto chirurgické zákroky z iných

zdravotných dôvodov, než rodová rozlada.

Metoidioplastika a faloplastika u trans mužov (FtM) a vaginoplastika u trans žien (MtF)

1. Pretrvávajúca, dobre zdokumentovaná rodová rozlada;
2. Spôsobilosť prijať plne informované rozhodnutie a dať súhlas pre liečbu;
3. Vek spôsobilosti pre právne úkony v danej krajine (ak je nižší, riad'ť sa ŠZS pre deti a adolescentov);
4. Ak sú prítomné závažné zdravotné alebo mentálne zdravotné ťažkosti, musia byť primerane pod kontrolou.
5. 12 mesiacov trvajúca hormonálna terapia v súlade s pacientovými/pacientkinými zámermi v oblasti rodu (pokiaľ nie sú hormóny u danej osoby klinicky vylúčené).
6. 12 mesiacov neprerušeného života v rodovej role, ktorá je v súlade s ich rodovou identitou.

Hoci to nie je výslovné kritérium, týmto pacientkam a pacientom sa odporúčajú pravidelné návštevy u odborníčky, či odborníka v oblasti mentálneho zdravia.

Vyššie uvedené kritérium pre niektoré typy genitálnych operácií – že pacienti a pacientky budú počas 12 mesiacov neprerušene žiť v rodovej role, ktorá je v súlade s ich rodovou identitou – je založený na odbornom klinickom konsenze, že táto skúsenosť poskytuje pacientkam a pacientom množstvo príležitostí zažiť a prispôbiť sa svojej želanej rodovej role pred podstúpením nezvratnej operácie.

PRÍLOHA D:

DŔKAZY KLINICKÝCH VÝSLEDKOV TERAPEUTICKÝCH PRÍSTUPOV

Jedným zo skutočných podporných nástrojov pre akúkoľvek novú terapiu je analýza výsledkov. Kvôli kontroverznej povahe operácií počas tranzície je tento typ analýzy veľmi dôležitý. Takmer všetky výskumy výsledkov z tejto oblasti majú retrospektívny charakter.

Jeden z prvých výskumov skúmajúci psychosociálne výsledky po absolvovaní liečby u transsexuálnych pacientiek a pacientov bol urobený na fakulte medicíny a nemocnici Univerzity Johns Hopkinsa (Johns Hopkins University School of Medicine and Hospital) v roku 1979 (USA) (J. K. Meyer & Reter, 1979). Tento výskum sa zameriaval na stabilitu pacientiek a pacientov v oblasti profesie, vzdelávania, manželstva a domácnosti. Výsledky odhalili niekoľko významných zmien po liečbe. Tieto zmeny neboli vnímané ako pozitívne; skôr ukázali, že jednotlivci, ktorí podstúpili liečebný program na tom neboli lepšie alebo na tom boli horšie po účasti na programe. Tieto zistenia vyústili do ukončenia liečebného programu v tejto nemocnici/fakulte (Abramowitz, 1986). Významný počet odborníkov v oblasti zdravia následne žiadalo štandardy pre spôsobilosť na operácie. Toto viedlo k formulácii prvých *Štandardov zdravotnej starostlivosti* Medzinárodnej asociácie pre rodovú rozladu Harryho Benjamina (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) (teraz WPATH) v roku 1979.

V roku 1981 publikoval Pauly výsledky z rozsiahleho retrospektívneho výskumu ľudí, ktorí podstúpili operácie. Participanti a participantky tu mali oveľa lepšie výsledky. Medzi 83 trans mužmi (FtM) malo 80.7% uspokojivé výsledky (t.j. pacient sám referoval o „zlepšení sociálneho a emocionálneho prispôsobenia“), 6.0% neuspokojivé výsledky. Z 283 trans žien (MtF) malo 71.4% uspokojivé výsledky, 8.1% neuspokojivé. Tento výskum zahŕňal pacientky a pacientov, ktoré boli v zdravotnej starostlivosti pred zverejnením a používaním *Štandardov zdravotnej starostlivosti*. Od vydania *Štandardov zdravotnej starostlivosti* sa u pacientov a pacientiek stabilne zvyšuje spokojnosť a znižuje nespokojnosť s výsledkami operácií.

Výskumy uskutočnené po roku 1996 boli zamerané na pacientky a pacientov, ktorí boli liečení podľa *Štandardov zdravotnej starostlivosti*. Zistenia Jamila Rehemana a spol. (1999) a Susanne Krege a spol. (2001) sú typickými príkladmi v zbierke týchto výskumov: žiaden z pacientov a pacientiek v týchto výskumoch neľutoval podstúpenie operácie a väčšina uviedla, že sú spokojnými s kozmetickými a funkčnými výsledkami operácie. Dokonca aj pacientky a pacienti s operačnými komplikáciami zriedkavo ľutovali podstúpenie operácie. Kvalita operačných výsledkov je jedným z najlepších prediktorov celkových výsledkov tranzície (Lawrence, 2003). Drvivá väčšina opakovaných výskumov ukázala nepopierateľné prínosné účinky operácií na pooperačné výsledky ako subjektívny pocit pohody, estetická spokojnosť a sexuálne funkcie (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), hoci konkrétny rozsah prínosov je z momentálne dostupných dôkazov neistý. Jeden výskum (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer, 2003) dokonca ukázal zlepšenie finančného príjmu u pacientiek a pacientov. Jedna znepokojujúca správa (Newfield et al., 2006) zaznamenala nižšie skóre kvality života (meraná s SF-36) u trans mužov (FtM) než vo bežnej populácii. Nedostatkom tohto výskumu je, že získaval účastníkov cez bežný email, nie formou systematického prístupu, a stupeň a typ liečby neboli zdokumentované. Účastníci, ktorí užívali testosterón tak robili typicky menej než 5 rokov. Udávaná kvalita života bola vyššia pre pacientov, ktorí podstúpili operáciu prsníkov/hrudníka, než u tých, ktorí ju nepodstúpili ($p < .001$). (Podobná analýza nebola urobená pre genitálne operácie). Annette Kuhn a spol. (2009) použili Kráľovský dotazník zdravia (King's Health Questionnaire) pre vyhodnotenie kvality života u 55 transsexuálnych pacientiek a pacientov 15 rokov po operácii. Skóre boli porovnané s kontrolnou skupinou 20-ich žien, ktoré v minulosti podstúpili abdominálnu/panvovú operáciu. Skóre kvality života u transsexuálnych pacientiek a pacientov boli tie isté alebo lepšie v niektorých subškálach (emócie, spánok, inkontinencia, závažnosť symptómov alebo obmedzenie roly) ako u kontrolnej skupiny pacientiek, ale horšie v iných doménach (všeobecné zdravie, telesné obmedzenie, osobné obmedzenie).

Dve dlhodobé retrospektívne pozorovania porovnávali mortalitu a psychiatrickú morbiditu u transsexuálnych dospelých osôb so vzorkou z bežnej populácie (Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011). Analýza dát z registra informácií Švédskej národnej rady zdravia a sociálneho zabezpečenia (Swedish National Board of Health and Welfare) zistila u jednotlivcov, ktorí podstúpili genitálne operácie (191 MtF and 133 FtM) významne vyššie počty mortality, samovrážd, samovražedného správania a psychiatrických morbidít, než u kontrolnej netranssexuálnej skupiny s rovnakým veku, imigračným stavom, predchádzajúcou psychiatrickou morbiditou a pohlavím priradeným pri narodení (Dhejne et al., 2011). Podobne aj výskum v Holandsku uvádza vyššie hodnoty celkovej mortality, vrátane prípadov samovrážd u transsexuálnych pacientiek a

pacientov pred i po operáciách (966 MtF and 365 FtM) než u bežnej populácie v tejto krajine (Asscheman et al., 2011). Žiaden z týchto výskumov sa nepýtal na účinnosť tranzície; vlastne obe postrádali adekvátnu skupinu transsexuálnych osôb, ktoré podstúpili iné zákroky, než genitálne operácie pre porovnanie. Navyše, transsexuálni ľudia v týchto výskumoch podstúpili zákroky ešte v 70 rokoch 20. storočia. Avšak tieto zistenia zdôrazňujú potrebu dobrej dostupnej dlhodobej psychologickkej a psychiatrickej starostlivosti pre túto populáciu. Potrebne sú výskumy zamerané na výsledky aktuálnych vyhodnotení a liečebných prístupov rodovej rozlady.

Stanovenie účinnosti samotných hormónov v úľave od rodovej rozlady je zložité. Väčšina výskumov ktoré vyhodnocujú účinnosť maskulinizujúcej/feminizujúcej hormonálnej terapie na rodovú rozladu boli uskutočnené na pacientoch, ktorí tiež podstúpili aj operácie. Priaznivé účinky terapií, ktoré zahŕňajú aj hormóny aj operácie boli uvedené vo vyčerpávajúcom prehľade viac ako 2000 pacientiek a pacientov v 79 výskumoch (väčšinou založené na pozorovaniach), ktoré boli uskutočnené medzi rokmi 1961 a 1991 (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfafflin & Junge, 1998). Pacientky a pacienti operovaní po roku 1986 na tom boli lepšie ako tie/tí operovaní pred týmto rokom; odráža to významné zníženie operačných komplikácií (Eldh et al., 1997). Väčšina pacientiek a pacientov uvádzala zlepšenie psychosociálnych výsledkov v rozsahu medzi 87% u trans žien (MtF) po 97% u trans mužov (FtM) (Green & Fleming, 1990). Podobné zlepšenia boli zistené aj vo švédskom výskume, v ktorom „takmer všetci pacienti/pacientky boli po 5-ich rokoch spokojní/é s tranzíciou a 86% bolo vyhodnotených lekármi ako stabilní a lepší v celkovom fungovaní“ (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010). Nedostatky týchto skorších výskumov sú ich v retrospektívnom dizajne a použití odlišných kritérií na vyhodnotenie výsledkov.

Prospektívny výskum uskutočnený v Holandsku vyhodnotil 325 konzekutívnych dospelých a adolescentov, ktorí vyhľadali zdravotnú starostlivosť ohľadom tranzície. (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). Pacientky a pacienti, ktorí podstúpili tranzíciu (hormonálne aj operačné zásahy) ukázali zlepšenie v priemernom skóre rodovej rozlady meraných Utrechtskou škálou rodovej rozlady (Utrecht Gender Dysphoria Scale). Skóre nespokojnosti s telom a psychologického fungovania sa taktiež zlepšilo vo väčšine kategórií. Menej než 2% pacientiek a pacientov vyjadrilo po zásahoch ľútosť. Toto je najväčšia prospektívna štúdia, ktorá potvrdzuje výsledky z retrospektívnych štúdií, že kombinácia hormonálnej terapie a operácií zlepšuje rodovú rozladu a iné oblasti psychologického fungovania. Potrebny je ďalší výskum o účinkoch hormonálnej terapie bez operácií a bez zámeru maximálnej telesnej feminizácie alebo maskulinizácie.

Výskumy prevažne uvádzajú stabilné zlepšovanie vo výsledkoch s pokrokom v tejto oblasti. Výsledky výskumov sa hlavne zameriavajú na výsledky operácií súvisiacich s tranzíciou. V terajšej praxi sa vyskytuje spektrum identít, rol a telesných úprav, že by sa bolo užitočné uskutočniť ďalšie výskumy (Institute of Medicine, 2011).

PRÍLOHA E:

PROCES VÝVOJA ŠTANDARDOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, VERZIA 7

Proces vývoja *Štandardov zdravotnej starostlivosti, Verzia 7*, začal so založením počiatočnej ŠZS „pracovnej skupiny“ v roku 2006. Členovia a členky boli pozvaní/é, aby preskúmali špecifické časti *ŠZS, Verzia 6*. Ich úlohou bolo spraviť prehľad relevantnej literatúry, určiť oblasti, kde chýbal výskum a odporučiť potencionálne revízie ŠZS na základe nových dôkazov. Svoje texty odovzdali nasledujúce uvedené vyzvané autorky a autori: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet De-Cuypere, Petra De Sutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker. Niektorí z týchto autorov a autoriek sa rozhodli pridať spoluautorov/ky, ktorí im pomáhali s ich zadaním.

Pôvodné návrhy týchto textov bolo treba odovzdať do 1. júna 2007. Väčšina bola hotová do Septembra 2007, zvyšok do konca roka 2007. Tieto texty boli potom odovzdané časopisu *International Journal of Transgenderism (IJT)*. Každý prešiel bežným procesom peer review. Konečné texty boli publikované v Ročníku 11 (1-4) v roku 2009 a sprístupnené na diskusiu.

Po publikovaní týchto článkov bola Radou riaditeľov WPATH v roku 2010 založená Revízna komisia ŠZS. Revízna komisia mala v prvom rade na starosti diskusiu o článkoch *IJT* cez webovú stránku Google. Rada riaditeľov ustanovila tiež podskupinu Revíznej komisie – Skupinu pre písanie. Táto skupina mala na starosti prípravu prvého návrhu *ŠZS, Verzia 7* a pokračovať v práci na revíziách, ktoré išli na zváženie do širšej Revíznej komisie. Rada tiež ustanovila Medzinárodnú poradnú skupinu transsexuálnych, transrodových a rodovo nekonformných ľudí, aby prispeli do revízie.

Technická pisárka bola najatá na (1) prehľad všetkých odporúčaní na revíziu – aj originálnych odporúčaní načrtnutých v článkoch v *IJT* a dodatočné odporúčania, ktoré vyplynuli z on-line diskusie a (2) urobenie prieskumu pre získanie ďalších príspevkov k potencionálnym revíziám. Skupina pre písanie bola z výsledkov prieskumu schopná rozlíšiť pozíciu expertiek a expertov v zmysle oblastí vzájomnej zhody, a ktoré oblasti potrebovali viac diskusie. Technická pisárka potom (3) vytvorila veľmi hrubý prvý návrh *ŠZS, Verzia 7*, aby ho Skupina pre písanie mohla zvážiť a ďalej na ňom stavať.

Skupina pre písanie sa stretla naživo 4 a 5. marca 2011 na odbornom konzultačnom stretnutí. Posúdili všetky odporúčané zmeny a po diskusii dospeli ku konsenzu vo viacerých kontroverzných oblastiach. Na základe najlepšieho dostupného vedeckého a odborného konsenzu boli spravené rozhodnutia. Tie boli zaradené do návrhu a Skupina pre písanie s pomocou technickej pisárky napísala dodatočné časti. Návrh, ktorý vzišiel z konzultačného stretnutia potom cirkuloval v rámci Skupiny pre písanie a bol dokončený s pomocou technickej pisárky; potom cirkuloval v rámci širšej Revíznej komisie ŠZS a Medzinárodnej poradnej skupiny. Na webovej stránke Google bola otvorená diskusia, a pre vyriešenie potrebných otázok sa uskutočnil konferenčný hovor. Skupina pre písanie zvážila spätnú väzbu od týchto skupín a spravila ďalšiu revíziu. Vznikli dva dodatočné návrhy, ktoré boli zverejnené na webovej stránke Google na zváženie širšej Revíznej komisie a Medzinárodnej poradnej skupiny. Po dovŕšení týchto troch opakovaní posudzovania a revízie bol výsledný dokument prezentovaný Rade riaditeľov WPATH na schválenie. Rada riaditeľov schválila túto verziu 14. septembra 2011.

Financovanie

Proces revízie *Štandardov zdravotnej starostlivosti* bol umožnený pomocou štedrého grantu od Nadácie Tawani (Tawani Foundation) a daru od neznámeho darcu. Tieto financie podporili nasledujúce položky:

1. Náklady na profesionálnu technickú pisárku;
2. Proces získavania medzinárodných príspevkov k navrhovaným zmenám od odborníkov na rodovú identitu a komunity transrodových ľudí;
3. Pracovné stretnutia Skupiny pre písanie;
4. Proces získavania dodatočnej spätnej väzby a dosahovanie konečného expertného konsenzu ľudí z odbornej a transrodovej komunity, Revíznej komisie *Štandardov zdravotnej starostlivosti, Verzia 7* a Rady riaditeľov WPATH;
5. Náklady na tlač a distribúciu *Štandardov zdravotnej starostlivosti, Verzia 7* a umiestnenie kópie dokumentu na stiahnutie zdarma na webovej stránke WPATH;
6. Plenárne zasadnutie pre spustenie *Štandardov zdravotnej starostlivosti, Verzia 7* na Bienálnom sympóziu v Atlante, Georgia, USA.

Členovia a členky Revíznej komisie[†] Štandardov zdravotnej starostlivosti

Eli Coleman, PhD (USA)^{*} — predseda komisie

Richard Adler, PhD (USA)

Walter Bockting, PhD (USA)*

Marsha Botzer, MA (USA)*

George Brown, MD (USA)

Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Holandsko)*

Griet DeCuypere, MD (Belgicko)*

Aaron Devor, PhD (Kanada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Randi Ettner, PhD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*

Lin Fraser, EdD (USA)*

Rob Garofalo, MD, MPH (USA)

Jamison Green, PhD, MFA (USA)*

Dan Karasic, MD (USA)

Gail Knudson, MD (Kanada)*

Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)

Gal Mayer, MD (USA)

Walter Meyer, MD (USA)*

Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)

Stan Monstrey, MD, PhD (Belgicko)*

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

Friedmann Pfafflin, MD, PhD (Nemecko)

Katherine Rachlin, PhD (USA)

Bean Robinson, PhD (USA)

Loren Schechter, MD (USA)

Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)

Mick van Trotsenburg, MD (Holandsko)

Anne Vitale, PhD (USA)

Sam Winter, PhD (Hong Kong)

Stephen Whittle, OBE (UK)

Kevan Wylie, MB, MD (UK)

Ken Zucker, PhD (Kanada)

Výberová komisia Medzinárodnej poradnej skupiny

Walter Bockting, PhD (USA)

Marsha Botzer, MA (USA)

Aaron Devor, PhD (Kanada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

Jamison Green, PhD, MFA (USA)

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA (USA)

Medzinárodná poradná skupina

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)

Craig Andrews, FTM Australia (Austrália)

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (Spojené kráľovstvo)

[†] Všetky členky a všetci členovia Revíznej komisie *Štandardov zdravotnej starostlivosti, Verzia 7* darovali svoj čas strávený prácou na tejto revízii.

* Člen/členka Skupiny pre písanie.

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Filipíny)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Nórsko)
Rupert Raj, Shelbourne Health Center (Kanada)
Masae Torai, FTM Japan (Japonsko)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Technická pisárka

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Redakčná asistentka

Heidi Fall (USA)