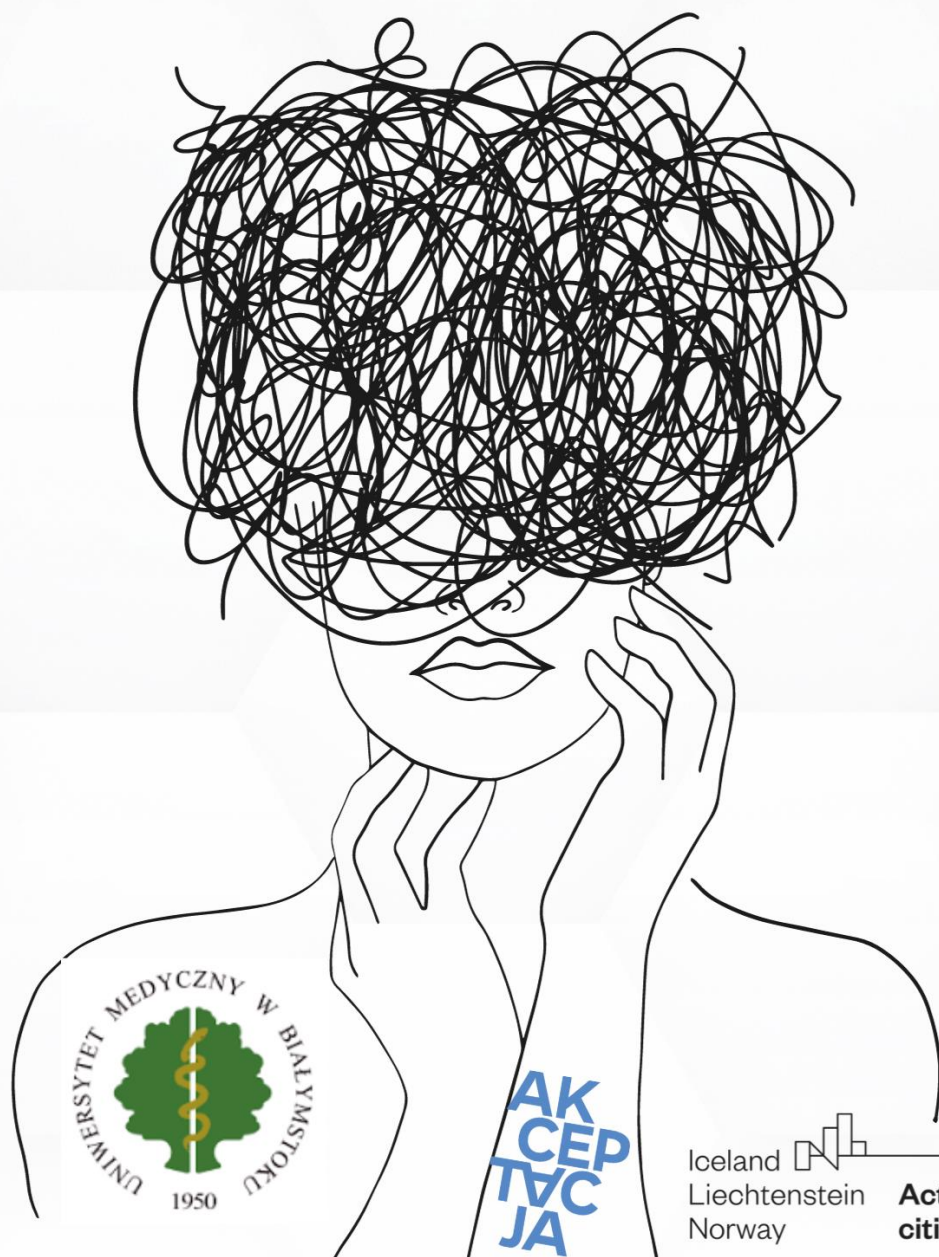


ANNA MARIA SZYMKOWIAK
JOANNA PRZYBYSZEWSKA -
GOLDBERG
ANDRZEJ GUZOWSKI

PACJENT TRANSPŁCIOWY

Poradnik opieki nad pacjentem transpłciowym



PACJENT TRANSPŁCIOWY

PACJENT TRANSPŁCIOWY

PORADNIK OPIEKI NAD PACJENTEM TRASPLCIOWYM



Fundacja Akceptacja
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Poznań 2023

Recenzja naukowa
dr n.med. Arkadiusz Czartoszewski

© 2023 by Fundacja Akceptacja
© 2023 by Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w
Białymstoku
All rights reserved

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

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

Publikacja elektroniczna online lub do ściągnięcia
ISBN 978-83-67454-86-5 (UMB)

Wydanie I: Fundacja Akceptacja
www.akceptacja.org.pl
Poznań 2023

Redakcja naukowa – dr n. o zdr. Andrzej Guzowski
lek. Joanna Przybyszewska-Goldberg

Redaktor prowadzący – Anna Maria Szymkowiak
Korekta – Anna Maria Szymkowiak
Projekt okładki – Anna Maria Szymkowiak
Skład i łamanie – Anna Maria Szymkowiak

Spis treści

Anna Maria Szymkowiak

Wstęp 05

Anna Maria Szymkowiak

Ujednolicony protokół kliniczny dla podstawowej, drugorzędowej (specjalistycznej) i trzeciorzędowej (wysokospecjalistycznej) opieki medycznej jako propozycja prowadzenia opieki nad pacjentem transpłciowym w Polsce 06

Dr Andrzej Guzowski

Pomocnik dla medyków w diagnozie, leczeniu i opiece nad pacjentem trans 30

Lek. Joanna Przybyszewska – Goldberg

Pacjent transpłciowy w gabinecie dermatologicznym 40

Autorzy 53

Wstęp

Publikacja, którą państwo otrzymujecie, jest praktycznym poradnikiem w kwestii opieki nad pacjentem transpłciowym.

W Polsce nie mamy ustawy o uzgadnianiu płci, dlatego nie ma konkretnych wytycznych, jak taki proces powinien wyglądać. Kwestie medyczne, zarówno w samym procesie korekty płci, jak i w codziennej pracy medyków, w której mogą udzielać świadczeń medycznych osobom transpłciowym, mogą stanowić spore wyzwanie dla prawidłowego ich świadczenia z poszanowaniem praw człowieka i praw pacjenta. Nasza publikacja może stać się przyczynkiem do dyskusji o tym, jak powinna wyglądać opieka nad pacjentem trans, także w trakcie medycznej korekty płci.

Wybuch wojny w Ukrainie dał nam możliwość poznania protokołu ukraińskiego regulującego proces korekty płci. Niosąc pomoc medyczną osobom transpłciowym w Ukrainie (bezpośrednio), postanowiliśmy stworzyć narzędzie, które pomoże wspierać osoby trans z Ukrainy w Polsce. Analizując protokół, doszliśmy do wniosku, że może on być podstawą do wskazania naszym medykom medycznych aspektów korekty płci, które są stosowane także w Polsce w trakcie medycznej korekty płci.

Kolejne rozdziały przedstawiają praktyczne porady w diagnozie, leczeniu i opiece nad pacjentem transpłciowym. Artykuł dr Guzowskiego przedstawia zagadnienia ogólne, dotyczące całego środowiska medycznego, natomiast artykuł lek. Przybyszewskiej-Goldberg przedstawia temat opieki nad pacjentem transpłciowym z perspektywy konkretnej specjalizacji (dermatologia). W połączeniu ze scenariuszami skierowanymi do studentów pielęgniarstwa, położnictwa i radiologii, zawartymi w podręczniku „Pacjent odmienny kulturowo (Wyd. II, UMB, SilvaRerum, Poznań 2023, <https://wydawnictwo-silvarerum.eu/produkt/pacjent-odmienny-kulturowo-ii-wyd-uzupelnione/>), stanowi to już konkretny materiał oparty o dwa lata badań i działań wdrożeniowych, jaki powstał w ramach tego projektu.

Nasz zespół, mimo, że projekt się zakończył, będzie dalej pracować nad rozwiązaniami mającymi na celu dostarczenie niezbędnej wiedzy kolejnym kierunkom medycznym w zakresie opieki nad pacjentem transpłciowym. Informacje o naszych działaniach w tym zakresie znajdują państwo na stronie internetowej projektu. Zachęcamy do śledzenia naszych prac

<https://akceptacja.org.pl/transpomocnik/>

Anna Maria Szymkowiak

**Ujednolicony protokół kliniczny dla podstawowej,
drugorzędowej (specjalistycznej) i trzeciorzędowej
(wysokospecjalistycznej) opieki medycznej jako propozycja
prowadzenia opieki nad pacjentem transpłciowym w Polsce**

W Polsce nie ma Ustawy o uzgadnianiu płci, nie ma jasnych, regulowanych przepisami, zasad prowadzenia tego procesu.

W ramach naszych działań nad rozwiązaniami, jakie mają ułatwić i usprawnić pracę medyków z pacjentem transpłciowym, zapoznaliśmy się z Protokołem, jaki obowiązuje w Ukrainie.

Poniżej prezentuję wybrane fragmenty, które mogą być pomocne medykom w Polsce do pracy z pacjentem trans w trakcie korekty płci. Jednocześnie pokazują one procedury, jakie są stosowane w procesie korekty płci także w Polsce.

W związku z trwającą już prawie dwa lata wojną pełnoskalową w Ukrainie, do Polski trafiają też osoby trans z Ukrainy. Osoby te są na różnym etapie swojego procesu tranzycji, dlatego wiedza o tym, według jakich procedur ten proces odbywały, może być bardzo cenną wiedzą dla naszych medyków.

Mam nadzieję, że opisany w tym rozdziale proces może stać się punktem wyjścia lub elementem szerszej dyskusji nad wprowadzeniem jasnych i przejrzystych zasad przeprowadzenia procesu korekty płci w Polsce.

Wszystkich zainteresowanych tematem korekty płci w Ukrainie odsyłam do naszej publikacji „Transgraniczna komunikacja z pacjentem transpłciowym”

<https://wydawnictwo-silvarerum.eu/produkt/transgraniczna-komunikacja-z-pacjentem-transpłciowym/>

Protokół powstał w 2016 roku i odnosi się do zapisów ICD-10, w których transpłciowość identyfikowano jako „zaburzenie identyfikacji płciowej”

W ICD-11 transpłciowość występuje jako „niezgodność płciowa”. Jednak, dla przejrzystości oraz zgodności z stanem faktycznym,

prezentując wybrane fragmenty Protokołu, zachowana została nomenklatura w nim stosowana.

Kursywą wyróżnione są komentarze/rekomendacje/sugestie.

Dla przejrzystości (możliwość odnalezienia wykorzystanych fragmentów w oryginalnym Protokole) została zachowana oryginalna numeracja zastosowana w Protokole.

WYKAZ SKRÓTÓW

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

Epidemiologia

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

zarówno behawioralną ekspresję różnych tożsamości płciowych, jak i stopień, w jakim zaburzenia identyfikacji płciowej różnią się od tożsamości płciowej osoby.

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

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

II. CZĘŚĆ OGÓLNA

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

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

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

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

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

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

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

Tym samym gradacja doświadczeń związanych z płcią pomiędzy binarną normą płciową „mężczyzna” czy „kobieta” u niektórych pacjentów powoduje dyskomfort, który będzie wymagać

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

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

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

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

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

Najpoważniejszym powikłaniem zaburzeń identyfikacji płciowej jest samobójstwo.

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

W niniejszym protokole pojęcia te używane są w następujących znaczeniach:

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

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

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

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

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

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

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

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

Osoby transpłciowe to określenie obejmujące różnorodną grupę osób, które przekraczają lub wykraczają poza granice zdefiniowanych kulturowo kategorii płci. Tożsamość płciowa osób transseksualnych w różnym stopniu różni się od płci przypisanej przy urodzeniu.

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

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

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

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

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

Cechy charakterystyczne procesu świadczenia opieki medycznej

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

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

Dla skutecznego wdrożenia procesu korekty płci do praktyki świadczenia opieki medycznej w ZOZ niezbędny jest system działań mający na celu zwiększenie świadomości lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki osób

transpłciowych. Program szkoleń powinien obejmować następujące kluczowe zagadnienia:

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

Nasz projekt ma właśnie dać możliwość uzyskania wiedzy w tym zakresie zarówno studentom kierunków medycznych jak i medykom świadczącym usługi medyczne.

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

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

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

Niestety, w Polsce do zmiany oznaczenia płci konieczny jest proces sądowy, w którym osoba trans pozywa własnych rodziców o błędne oznaczenie płci w akcie urodzenia.

*Poza tym, w Polsce nie używamy określenia „zmiana” tylko **korekta płci.***

1. Podstawowa opieka zdrowotna

- 1). Badanie przesiewowe osób z przejawami dyskomfortu spowodowanego rozbieżnością między ich płcią a zachowaniem i postrzeganiem siebie, przypisanymi im przy urodzeniu (i związaną z tym rolą płciową), kierowanie ich do lekarzy specjalistów, w tym lekarza psychiatry i lekarza psychiatry dziecięcego, lekarza endokrynologa, lekarza ginekologa, lekarza chirurga, lekarza psychologa, lekarza psychoterapeuty i innych, w zależności od potrzeb.
- 2). Podstawowa diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej ze skierowaniem do lekarzy psychiatrów i lekarzy psychiatrów dziecięcych w ZOZ świadczących specjalistyczną opiekę psychiatryczną.
- 3). Monitorowanie rehabilitacji pacjenta z zaburzeniami identyfikacji płciowej po interwencjach medycznych o inwazyjnym charakterze chirurgicznym.
- 4). Monitorowanie zaburzeń somatycznych i psychicznych u pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej w trakcie i po transformacji chirurgicznej i hormonalnej.
- 5). Organizacja rehabilitacji psychospołecznej pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej.
- 6). Wydanie osobie, która poddała się nieodwracalnej interwencji medycznej, Zaświadczenia lekarskiego o zmianie (korekcie) przynależności płciowej, zatwierdzonego zgodnie z ustaloną procedurą, na podstawie którego następnie rozstrzyga się kwestię odpowiednich zmian w jej statusie prawnym.

2. Drugorzędowa opieka medyczna

- 1). Lekarz psychiatra w ZOZ świadczy specjalistyczną opiekę psychiatryczną osobom od 18 roku życia, natomiast lekarz psychiatra dziecięcy świadczy specjalistyczną opiekę psychiatryczną dzieciom i młodzieży do 17 roku życia:
2. Przeprowadzają sprawdzenie i/lub ocenę stanu zdrowia psychicznego pacjenta. Ustalają przyczyny, ze względu na które pacjent poszukuje specjalistycznej opieki medycznej, a w razie obecności objawów stanów związanych z zaburzeniami identyfikacji płciowej ustalają rozpoznanie.
3. Badanie psychiatryczne dziecka z objawami dyskomfortu spowodowanego niespójnością w płciowym postrzeganiu siebie, zachowaniach płciowych i płcią, przypisaną mu przy urodzeniu (i związanej z nią rolą płciową) do 14 roku życia przeprowadza się za świadomą zgodą obojga rodziców; od 14 roku życia – obojga rodziców i dziecka. Wyniki badania są poufne, a informacje o cechach płciowego postrzegania siebie, zachowania i roli płciowej mogą być ujawnione

rodzicom, jeżeli dziecko wyrazi na to zgodę, a lekarz psychiatra dziecięcy jest przekonany, że nie doprowadzi to do wystąpienia sytuacji kryzysowej w podstawowej grupie wsparcia dziecka.

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

Oficjalnie w Polsce korektę może przejść osoba pełnoletnia. W określonych przypadkach, za zgodą rodziców, można wdrożyć niektóre z procedur korekty płci po ukończeniu 16 r.ż.

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

W Polsce lekarzem prowadzącym proces korekty płci jest lekarz seksuolog. Procedury opisane w protokole ukraińskim są też stosowane w Polsce, ale opinia psychiatryczna, jak i opisane dalej działania psychoterapeuty (w Polsce to psycholog kliniczny ze specjalnością seksuologia) są zlecane przez lekarza seksuologa i to on (nie lekarz rodzinny) przygotowuje opinię (zaświadczenie) będące podstawą do złożenia pozwu do sądu o prawną korektę oznaczenia płci.

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

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

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

3. W razie potrzeby przeprowadza powtórny kurs psychoterapii.

3). Lekarz endokrynolog:

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

2. Przepisuje HTZ.

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

4). Lekarz chirurg:

1. Jeżeli pacjent sobie tego życzy i spełnione są kryteria dla tego typu interwencji medycznej wykonuje następujące interwencje medyczne:

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

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

W Polsce zabiegi chirurgiczne, zwłaszcza na narządach płciowych, mogą być przeprowadzone dopiero po prawnej korekcie oznaczenia płci. Pod tym względem, zapisy ukraińskiego Protokołu i polskich praktyk, zdecydowanie się różnią. Natomiast sam zakres operacji jest taki sam.

5). Lekarz laryngolog:

– jeżeli to możliwe, wykonuje interwencję chirurgiczną na strunach głosowych, na życzenie pacjenta MtF, w celu upodobnienia głosu do kobiecego.

3. Trzeciorzędowa opieka medyczna

1). Lekarz psychiatra w ZOZ świadczącym opiekę trzeciorzędową:

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

2). Lekarz psychoterapeuta w ZOZ świadczącym opiekę trzeciorzędową:

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

W Polsce po sporządzeniu opinii, która zawiera ocenę psychiatryczną, psychologiczną i seksuologiczną, to sąd podejmuje decyzję, czy konieczna jest powtórna analiza. Przeprowadzają ją w takim wypadku biegli sądowi, którzy weryfikują zebraną dokumentację oraz zlecają, lub sami przeprowadzają dodatkowe analizy. Jednak ma to bardziej na

celu sprawdzenie poprawności zebranych danych niż wykonywanie ich ze względu na wątpliwości zgłaszane przez samą osobę transpłciową. Po prostu, jeśli opinia byłaby niekorzystna dla osoby transpłciowej, nie może złożyć pozwu do sądu. W takim wypadku będzie szukała pomocy u innego specjalisty. Procedura stosowana w Ukrainie może być dla nas wskazaniem, jak pokierować osobę transpłciową w przypadku niekorzystnej jej zdaniem opinii wystawionej przez lekarza seksuologa. Brak rozwiązań systemowych pozostawia tutaj dużą dowolność, która niestety, jest też podatna na manipulacje i dyskryminowanie poprzez utrudnianie osobie trans przejścia procedur niezbędnych do osiągnięcia dobrostanu. Z drugiej strony, niesie też ryzyko zbyt powierzchownej diagnostyki, która nie uwzględni wszystkich aspektów koniecznych do postawienia prawidłowej diagnozy.

3). Lekarz endokrynolog:

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

4). Lekarz chirurg:

1. Jeżeli pacjent sobie tego życzy i spełnione są kryteria dla tego typu interwencji medycznej wykonuje następujące interwencje medyczne:

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

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

W związku z tym, że operacje w Polsce przeprowadza się po prawnej korekcie płci, nie są one uzależnione od dodatkowych procedur diagnostycznych (jak w przypadku Protokołu ukraińskiego), natomiast mogą być wymagane korekty zabiegów wykonanych wcześniej, więc potencjalna diagnostyka powinna mieć na celu wsparcie osoby trans, u której zabiegi operacyjne już przeprowadzone wymagają korekty

Leczenie szpitalne

Uzasadnienie

Zabiegi chirurgiczne w celu zmiany (korekty) przynależności płciowej wykonywane są zazwyczaj w warunkach szpitalnych, są kontynuacją terapii hormonalnej w celu pozbawienia pacjenta zaburzeń identyfikacji płciowej spowodowanych obecnością pierwotnych lub wtórnych cech

płciowych poprzez ich usunięcie lub doprowadzenie jego wyglądu do cech płciowych płci przeciwnej.

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

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

Wymagane działania

Pożądane

1. Przygotowanie przedoperacyjne pacjentów (wymagania ogólne):
 - Poinformować pacjenta o konsekwencjach zabiegu chirurgicznego, w tym o ryzyku i możliwych powikłaniach; omówić kwestie związane z rozrodczością, zwłaszcza jeżeli zabieg trwale pozbawia funkcji rozrodczych; uzyskać świadomą zgodę pacjenta na zabieg operacyjny.
 - Na 1 miesiąc przed zabiegiem przerwać przyjmowanie hormonów.
 - Morfologia krwi i ogólne badanie moczu, biochemiczne badanie krwi, EKG, krew na markery HIV.
 - Likwidacja ognisk zakaźnych (zęby próchnicowe, procesy zapalne w zatokach przynosowych, uszach). Zaprzestanie przyjmowania leków przeciwzakrzepowych.
2. Przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych:

Dla pacjentów MtF:

- 1) Dwustronna orchidektomia;
- 2) Penektomia;
- 3) Emaskulacja;
- 4) Mammoplastyka;
- 5) Feminizujące operacje plastyczne twarzy:
 - zmniejszenie czoła i kości brwiowych oraz obniżenie poziomu linii włosów na głowie;
 - rinoplastyka;
 - podkreślenie kości policzkowych poprzez wszczepienie syntetycznego lub tłuszczowego wypełniacza w policzki;
 - korekta kształtu uszu i zmiana ich położenia;
 - podniesienie górnej wargi;
 - ukształtowanie krótszego, węższego podbródka;
 - chondrolaryngoplastyka – usunięcie lub zmniejszenie wystającego fragmentu w przedniej części chrząstki tarczowej.

Dla pacjentów FtM:

- 1) Histerektomia;
 - 2) Mastektomia;
 - 3) Ovariectomia;
 - 4) Maskulinizujące operacje plastyczne twarzy.
3. Opieka pooperacyjna i rehabilitacja pacjenta w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego. W razie potrzeby leczenie powikłań.

4. Rehabilitacja Uzasadnienie

Rehabilitacja pacjentów z zaburzeniami identyfikacji płciowej nie jest wymagana, chyba że HTZ i zabiegi operacyjne nie satysfakcjonują i pacjent ponownie odczuwa niezadowolenie ze swojej roli płciowej. W zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego prowadzona jest również rehabilitacja pooperacyjna pacjentów.

Opisane wyżej zasady leczenia szpitalnego można z powodzeniem stosować w odniesieniu do pacjentów w Polsce

IV. OPIS ETAPÓW OPIEKI MEDYCZNEJ

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

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

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

Osoby transpłciowe mogą mieć szeroki zakres orientacji seksualnej, dlatego aspekt orientacji seksualnej i preferencji seksualnych powinien być brany pod uwagę przy ocenie pacjenta z zaburzeniami identyfikacji płciowej w celu opracowania najskuteczniejszego planu leczenia. Nie może być jednak podstawą do odmowy świadczenia usług medycznych lub podjęcia decyzji o zmianie przynależności płciowej.

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

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

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

6. Hormonalna terapia zastępcza

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

6.1. Zasady stosowania HTZ

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

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

6.2. Wpływ terapii hormonalnej na organizm pacjenta

Feminizująca/maskulinizująca terapia hormonalna spowoduje zmiany fizyczne, które są najbardziej zgodne z tożsamością płciową pacjenta.

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

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

6.3. Omówienie zagadnień związanych z funkcjami rozrodczymi pacjenta

Lekarz endokrynolog powinien poinformować pacjenta o możliwej utracie funkcji rozrodczych i przedstawić zalecenia dotyczące dostępu do technik wspomaganego rozrodu

6.4. Leczenie hormonalne

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

Przed rozpoczęciem leczenia lekarz endokrynolog powinien poinformować pacjenta o ryzyku wystąpienia chorób, które może wywołać terapia hormonalna. Ponadto pacjenci powinni być poinformowani o konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia: zaprzestania palenia tytoniu, spożywania alkoholu, odpowiedniej aktywności fizycznej, zbilansowanej diety itp. Fakt przekazania informacji powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

7. Zabiegi chirurgiczne

7.1. Skierowanie na zabiegi chirurgiczne

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

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

7.3. Omówienie zagadnień związanych z funkcjami rozrodczymi pacjenta

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

Lekarz chirurg powinien poinformować pacjenta o całkowitej utracie funkcji rozrodczych w wyniku niektórych interwencji chirurgii rekonstrukcyjnej narządów płciowych i przedstawić zalecenia dotyczące dostępu do technik wspomaganego rozrodu

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

- na 1 miesiąc przed zabiegiem przerwać przyjmowanie hormonów;
- leczyć choroby ostre i choroby przewlekłe w fazie zaostrzenia;
- badania laboratoryjne: morfologia krwi, ogólne badanie moczu, biochemiczne badanie krwi, EKG, krew na markery HIV;

– zlikwidować ogniska zakaźne (zęby próchnicowe, procesy zapalne w zatokach przynosowych, uszach). Zaprzestać przyjmowania leków przeciwzakrzepowych.

8. Dalsze postępowanie i ogólna opieka medyczna

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

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

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

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

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

Ten rozdział został zostawiony jako przykład rozwiązań wprowadzonych w innym kraju (Ukraina). Temat transpłciowości wśród dzieci jest bardzo trudny, wymaga odpowiedzialnego podejścia. Brak systemowych rozwiązań w kwestii korekty płci w Polsce dotyka w szczególności dzieci transpłciowych jak i ich rodziców, którzy pozbawieni są narzędzi wsparcia opartych zarówno o najnowszą wiedzę medyczną, jak i wdrożonych jasnych, przejrzystych zasad postępowania (czytając poniższy rozdział pamiętać należy, że opiera się on o stan wiedzy medycznej sprzed 2016 roku)

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

Niektóre osoby małoletnie, już od 2 roku życia, mogą wykazywać pewne cechy, które można uznać za przejawy dyskomfortu wynikającego z rozbieżności między płcią przypisaną im przy urodzeniu i związaną z nią rolą płciową a autopercepcją płci i zachowaniami płciowymi. Mogą one preferować ubrania, gry i zabawki,

które w społeczeństwie są zwykle kojarzone z inną płcią. U większości dzieci zachowania transpłciowe i zaburzenia identyfikacji płciowej znikają przed okresem dojrzewania. Niektóre dzieci pozbywają się objawów dyskomfortu poprzez zachowania akceptowane kulturowo, na przykład poprzez modyfikację swojej ekspresji płciowej i roli płciowej, co może obejmować epizodyczne lub trwałe życie w zmienionej roli płciowej, feminizacji lub maskulinizacji ciała bez użycia leków, modyfikacji sposobu zachowania i ubioru w ramach subkultury uniseks. Jednak u niektórych nastolatków odczucia te będą się nasilać i awersja do ciała oraz do funkcji płciowych i społecznych będą wzrastać w miarę rozwoju drugorzędowych cech płciowych.

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

9.2. Podstawowa opieka zdrowotna

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

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

Diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci poniżej 17 roku życia należy do wyłącznej kompetencji lekarza psychiatry

dziecięcego. W celu zapewnienia specjalistycznej opieki psychiatrycznej, na zalecenie lekarza psychiatry dziecięcego, dziecko i jego rodzice mogą zostać skierowani przez lekarza rodzinnego do lekarza psychologa medycznego lub lekarza psychoterapeuty.

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

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

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

9.3. Zapewnienie drugorzędowej (specjalistycznej) opieki psychiatrycznej

Ocena i diagnostyka zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci należy do wyłącznej kompetencji lekarza psychiatry dziecięcego. Dzieci z zaburzeniami identyfikacji płciowej otrzymują rozpoznanie „zaburzenia identyfikacji płciowej wieku dziecięcego”, które po osiągnięciu pełnoletności może być zmienione zgodnie z kategoriami diagnostycznymi dla dorosłych. Istotne jest zapewnienie diagnostyki różnicowej tych nastolatków, którzy wykazują jedynie różnice w zachowaniach związanych z pełnieniem ról płciowych (dysdyntyzm

płciowy, który nie jest zaburzeniem według kryteriów DSM-IV) od tych nastolatków, których tożsamość płciowa dysonuje z ich płcią biologiczną (zaburzenia tożsamości płciowej, którym towarzyszy wyraźny nonkonformizm płciowy).

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

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

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

Bullying osób transpłciowych ma negatywne konsekwencje dla ich zdrowia psychicznego, prowadząc do rozwoju przewlekłej depresji, lęku i myśli samobójczych. Terapia rodzinna może być pomocna, gdy młodzież z mniejszości seksualnych i płciowych jest prześladowana w swoich rodzinach. Psychoterapia może pomóc w zapobieganiu lub łagodzeniu nienawiści do siebie związanej z identyfikacją z agresorem. Lekarze psychiatrzy dziecięcy powinni również prowadzić poradnictwo i psychoedukację dla szkół, policji czy innych organów i instytucji, promujące politykę tolerancji w celu ochrony młodych ludzi, którzy mogą stać się ofiarami prześladowań lub zastraszania.

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

Lekarz psychiatra dziecięcy powinien:

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

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

9.4. Interwencje medyczne

Leczenie psychoterapeutyczne. Proponowane metody leczenia obejmują interwencje mające na celu zmniejszenie pragnienia bycia osobą innej płci, zmniejszenie wykluczenia społecznego, zmniejszenie dysonansu płciowego, ustanowienie ograniczeń w

wyrażaniu zachowań dysonujących z płcią oraz leczenie towarzyszących zaburzeń psychicznych.

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

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

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

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

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

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

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

Przed rozważeniem opcji interwencji medycznej u małych pacjentów, jak wskazano wyżej, konieczne jest przeprowadzenie kompleksowej oceny aspektów psychologicznych, rodzinnych i społecznych. Czas trwania tego oceniania może się znacznie różnić w zależności od złożoności sytuacji. Interwencje fizyczne powinny być rozważane w kontekście rozwoju nastolatka. Niektóre wypowiedzi pacjenta na temat przekonań dotyczących tożsamości mogą być silnie utrzymywane i jasno wyrażane, co daje fałszywe wrażenie nieodwracalności. Zwrot pacjenta w kierunku transpłciowości może mieć na celu głównie zadowolenie rodziców i może nie być trwały lub może prowokować rozwój zaburzeń identyfikacji płciowej.

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

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

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

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

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

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

W Polsce w praktyce wsparcia procedur korekty płci ten temat praktycznie nie istnieje. Poza stwierdzeniem na etapie diagnozy o skutkach hormonalnej i operacyjnej korekty płci, nie ma zwyczaju wskazywania rozwiązań stosowanych technik wspomaganego rozrodu oraz realizacji praw do ojcostwa/macierzyństwa i adopcji. Jest to niewątpliwie temat, który bezwzględnie powinien zostać ujęty w pracach nad uregulowaniem procedur korekty płci w Polsce, które, mamy nadzieję, zostaną zainicjowane w niedalekiej przyszłości.

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

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

Dostęp do technik wspomaganego rozrodu ma miejsce w drugorzędowej i trzeciorzędowej opiece medycznej.

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

kriokonserwacją materiału w celu zachowania plemników, ale zabieg ten może nie zakończyć się sukcesem.

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

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

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

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

Tłumaczenie Protokołu z języka ukraińskiego – Julia Mołdowan

Wybór i redakcja tekstu – Anna Maria Szymkowiak

Komentarze do wykorzystanych fragmentów Protokołu – Anna Maria Szymkowiak

Dr Andrzej Guzowski

Pomocnik dla medyków w diagnozie, leczeniu i opiece nad pacjentem trans

System ochrony zdrowia w polskich realiach jest miejscem w którym często może dochodzić do przemocy w kierunku osób trans. Bardzo często taka przemoc nie jest stosowana w pełni świadomie przez uczestników wspólnych interakcji – ale po mimo braku tej świadomości badania wskazują, że do niej dochodzi. Portal QUEER powołując się na badania naukowców informuje: *40 proc. ludzi transpłciowych spotkało się z jakąś formą przemocy podczas pobytu w szpitalu, a 55 proc. nie mogło wybrać oddziału zgodnego z ich tożsamością płciową: [za raport z badań Fundacji Trans-Fuzja*

"Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce"] Badanie to było jednym z kamieni milowych, które miały być położone pod budowę zdrowych relacji w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Jeszcze innym potwierdzeniem fatalnej sytuacji osób z dystrofią płciową w naszych realiach było badanie gdzie polskie badaczki: Skrzypczek, Bilarzewska oraz Niebudek w swojej pracy : *Doświadczenia osób trans płciowych w korzystaniu z usług ochrony zdrowia* wskazują jak ważne jest odpowiednie przygotowanie medyków do pracy z pacjentami trans. To badanie pozwoliło wyłonić dwa główne obszary tematyczne. Według autorek mogły one mieć: *bezpośredni wpływ na ocenę doświadczeń, czyli postawa specjalistów oraz postawa pacjentów. Postawa specjalistów odnosi się do poziomu wiedzy dotyczącej transpłciowości oraz sposobu traktowania osoby, natomiast postawa osób transpłciowych może charakteryzować się uległością lub dążeniem do autonomii w relacji lekarz-pacjent.* Problemy w warstwie systemowej, które podnoszą badaczki, można podzielić na dwie grupy: pierwsza to brak aktualnej wiedzy medycznej co do tranzycji wśród personelu ochrony zdrowia. Autorki powyższej pracy wskazują także, że pacjenci zwrócili uwagę na brak aktualnej wiedzy co do procesu opiniowania a takie zgłaszano niezrozumienie procesu odkrywania swojej tożsamości płciowej [3]. Druga grupa problemów systemowych w opinii badanych to wszelkiego rodzaju problemy w komunikacji z pacjentem: *Osoby badane wskazywały na znaczące braki w wiedzy specjalistów w wyżej wymienionych obszarach. Wydawać się może, że wynika to z nieaktualnej wiedzy specjalistów, gdzie wymogiem uznania przez nich transpłciowości jest binarność, stereotypowa genderowa ekspresja, atypowość płciowa w dzieciństwie, pragnienie podjęcia wszystkich możliwych etapów tranzycji medycznej oraz dążenie do jak najbardziej cispłciowego passingu.*

Problem systemowy

Jednym z podstawowych naszych praw jest prawo do godnego traktowania nas jako pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Jest to prawo, które mamy zagwarantowane w różnych dokumentach zarówno

międzynarodowych jak i krajowych. Co to znaczy być traktowanym godnie? Takie traktowanie możemy streścić w **4 punktach**, które są fundamentem opieki w rozumieniu bioetyki pryncypialistycznej:

1. Autonomia Pacjenta
2. Czynienie dobra
3. Nie czynienie zła
4. Proporcjonalność/ sprawiedliwość terapii.

1. Autonomia Pacjenta

Autonomia pacjenta, a właściwie jej granicę, wyznaczają zawsze momenty, w których dochodzi do spotkania z drugim człowiekiem. Oznacza to, że w chwili pojawienia się w życiu każdego z nas drugiego – a więc osoby, z którą wchodzimy w relacje, a zwłaszcza w relacje dotyczące naszej sfery intymnej tożsamości, którą sobie wdrukowaliśmy we własne wnętrze, poprzez wiele wypracowanych przez nas czynników w ciągu życia – zakreśla wokół nas krąg realizacji naszych potrzeb. Potrzeb ściśle związanych wręcz elementarnych do naszego normalnego funkcjonowania w otaczającej nas przestrzeni.

Na potrzeby te składają się różne elementy. Najprościej możemy je podzielić na:

- Materialne – czyli wszystkie niezbędne elementy naszego codziennego funkcjonowania począwszy od realizacji potrzeb takich jak jedzenie, picie, miejsce zamieszkania.....
- Niematerialne – czyli takie, które są związane z rozwojem naszego wnętrza np.: bezpieczeństwo czy duchowość.

Obydwa te składniki autonomii składają się na nasze bezpieczeństwo i są one tak samo ważne. Podstawowym błędem w systemie ochrony zdrowia byłoby ważenie ich i próba hierarchizacji. Dlatego należy pamiętać, że na nasz dobrostan składa się zarówno proporcjonalna realizacja potrzeb fizycznych jak i duchowych.

Autonomia pacjenta jest tylko wtedy prawidłowo rozumiana, kiedy obydwie strony w ochronie zdrowia mają wyznaczone swoje granice i ich przestrzegają.

2. Czynienie dobra

Czynienie dobra w leczeniu/terapii pacjenta jest nieodłącznym elementem przestrzegania potrzeb wynikających właśnie z elementów autonomii jak i prawidłowego stosowania najnowszej wiedzy medycznej a także psychospołecznej, dotyczącej danego problemu medycznego, z jakim zgłasza się osoba potrzebująca pomocy.

3. Nie czynienie zła

Nie zawsze co uważamy w zakresie naszej autonomii za dobro podstawowe, a więc na przykład: nadrzędną potrzebę realizacji wszystkiego, co jest związane z potrzebami fizycznymi, a zepchnięciem na drugi plan potrzeb np.: duchowych, czyli ratujemy życie za wszelką cenę z pominięciem w tym momencie wartości duchowych pacjenta.

Brak uwzględnienia duchowych czy społecznych potrzeb osoby w terapii może być przyczyną wielkiej szkody, jaką taka postawa będzie powodować. Najlepszym przykładem w tym miejscu może być przykład Świadka Jehowy, u którego zapomina się o potrzebie duchowej. Czyli trafia pacjent, u którego istnieje nagła potrzeba przetoczenia krwi. W ratowaniu jego życia jest to potrzeba priorytetowa, jednak bezwzględna jej realizacja z pominięciem potrzeb wynikających z jego światopoglądu – czyli zakazu przyjmowania krwi, sprawi, że taki pacjent zostanie uratowany, jednak w rozumieniu pacjenta, wyrządzi się więcej zła niż dobra. Ponieważ jego duchowy świat legnie w gruzach, a to może doprowadzić do diametralnego pogorszenia zdrowia psychicznego – utraty sensu życia.

4. Sprawiedliwa i proporcjonalna terapia.

Najkrócej ujmując ten punkt, sprawiedliwa i proporcjonalna terapia to taka, której stosowanie nie przyniesie więcej szkody

pacjentowi niż dobra – i to jest właśnie miejsce, w którym należy skupić te trzy poprzednie elementy prawidłowej opieki nad pacjentem trans. Od empatycznego przyjęcia do poradni poprzez stosowanie najnowszej wiedzy medycznej w najlepiej pojmowanym dobru pacjenta. Rozumienie i akceptacja jego sfery duchowej a także realizacja potrzeb fizycznych. Warto pamiętać, że korekta płci w przypadku pacjenta trans, czyli z dystrofią płciową, jest realizacją potrzeb zarówno fizycznych i duchowych, które pozwolą osobie trans na nowo poukładać swoją hierarchię celów jak i potrzeb. Bardzo istotnym elementem do tego, jest stosowanie najnowszych algorytmów do opieki nad takim pacjentem oraz bardzo dobre rozumienie potrzeb niematerialnych takiej osoby.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychoterapeutycznego:

Treść zaleceń

I. Cele procesu diagnostycznego:

A. Postawienie diagnozy, z wykorzystaniem rozpoznań z całej klasy F64 według ICD–10 (a nie tylko ograniczonych do kategorii F64.0) tak, aby odzwierciedlić realną i znaną już dzisiaj specjalistom różnorodność zgłaszających się pacjentów/ek, a zarazem możliwie najszerze uwzględnienie ujęcia zaproponowanego w postaci nowych jednostek diagnostycznych dysforii płciowej (DSM–5) i niezgodności płciowej (ICD–11).

B. Stwierdzenie zdolności do świadomej zgody, które uwzględnia:

1. Ocenę i potwierdzenie względnej stabilności stanu psychicznego (wykluczenie dekompensacji stanu psychicznego o takim charakterze i nasileniu, który wpływałby na funkcje poznawcze i intelektualne oraz emocje, uniemożliwiając trafną ocenę trwałości i stabilności poczucia przynależności do danej płci i obecności uporczywej dysforii płciowej).

2. Psychoedukację i ocenę wiedzy pacjenta/ki w zakresie:

a) działania hormonów płciowych (także w odniesieniu do płodności i możliwości jej zachowania),

- b) psychospołecznych następstw tranzycji,
- c) omówienia aspektów prawnych związanych z tranzycją,
- d) urealnienia oczekiwań dotyczących tranzycji,
- e) ujawnienia się (coming-out) i korzyści wynikających z funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością płciową,
- f) możliwości podjęcia psychoterapii wspierającej w procesie tranzycji,
- g) normalizacji doświadczania transpłciowości,
- h) wskazania zasobów społecznościowych i organizacji pozarządowych, mogących udzielić wsparcia.

Ważne: Polskie Towarzystwo Seksuologiczne zaleca, żeby nie przedłużać nadmiernie procesu diagnostycznego. Zazwyczaj spełnienie powyższych celów zajmuje kilka miesięcy regularnych spotkań diagnostycznych i powinno być warunkiem rozpoczęcia medycznych działań afirmujących płeć (MDAP), to jest: substytucji hormonalnej i/lub chirurgicznych zabiegów korygujących.

II. Wymagania do postawienia diagnozy obejmującej kategorię z klasy F64 według ICD-10:

A. Wywiad, którego celem jest:

1. Potwierdzenie występowania uporczywej dysforii/niezgodności płciowej.
2. Wykluczenie wtórnego pochodzenia dysforii płciowej lub objawów, które mogą ją przypominać, np. urojeń. (Uwaga: uporczywa dysforia/ niezgoda płciowa może współwystępować z innymi zaburzeniami, w tym z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami psychotycznymi, co nie wyklucza możliwości jej rozpoznania i rozpoczęcia MDAF.)

Jednak w tym przypadku dopuszczalne jest i nieraz wskazane wydłużenie procesu diagnostycznego oraz zalecenie równoległego leczenia psychiatrycznego i/lub psychoterapii.)

3. Upewnienie się, że sytuacja psychologiczna osoby diagnozowanej jest na tyle stabilna, że umożliwi ocenę i postawienie rozpoznania, a także wdrożenie postępowania leczniczego.

B. W indywidualnych i wspartych wywiadem oraz badaniem fizykalnym przypadkach zasadne jest wykonanie badania kariotypu.

C. W uzasadnionych klinicznie przypadkach zasadne jest także wykonanie badań dodatkowych, w tym badań obrazowych ośrodkowego układu nerwowego.

Ważne: W procesie diagnostycznym zalecana jest współpraca przynajmniej dwóch specjalistów, mogących dokonać oceny lekarsko-psychologicznej. W skład zespołu powinien wchodzić lekarz specjalista psychiatra lub specjalista seksuolog oraz psycholog posiadający certyfikat seksuologa klinicznego (preferencyjnie) albo specjalista psychologii klinicznej, ewentualnie specjalista psychoseksuologii.

Wskazane jest, aby diagnozujący posiadali doświadczenie w opiece nad pacjentami/kami transpłciowymi z dysforią płciową i/lub mieli możliwość konsultacji u takich doświadczonych specjalistów. W uzasadnionych przypadkach (np. braku dostępności odpowiednich ekspertów lub w jednoznacznych sytuacjach klinicznych, jak w przypadku wysoko funkcjonujących pacjentów, bez współwystępujących problemów) dopuszcza się możliwość, aby udział jednego z pary specjalistów był ograniczony do minimum (np. do postawienia formalnej diagnozy przez lekarza), pod warunkiem posiadania przez nich odpowiednich kompetencji i doświadczenia w pracy klinicznej z osobami transpłciowymi (rozwiązanie to dotyczy jedynie kwalifikacji do włączenia substytucji hormonalnej i zabiegów operacyjnych w obrębie klatki piersiowej (mastektomii lub plastyki piersi).

III. Uwagi dotyczące oceny dokonywanej przez psychologa:

A. Głównym narzędziem w ocenie psychologicznej osób transpłciowych jest podmiotowe badanie psychologiczne (wywiad).

B. W uzasadnionych przypadkach może być uzupełnione o diagnostykę testową

IV. Badania poprzedzające rozpoczęcie substytucji hormonalnej:

A. Badania wymagane:

1. Badanie podmiotowe (z uwzględnieniem wywiadu rodzinnego).
2. Badanie fizykalne, w tym pomiary antropometryczne (wzrost, masa ciała i obwód talii) oraz pomiar ciśnienia tętniczego krwi i tętna.
3. Badania laboratoryjne: morfologia krwi obwodowej, lipidogram, glikemia na czczo, profil wątrobowy (ALT, AST, GGTP i bilirubina) oraz stężenie kreatyniny, prolaktyny, LH, FSH, testosteronu i 17β -estradiolu.

B. Badania zalecane (uwaga: jeśli pacjent/ka odmówi poddania się poniższym badaniom, nie stanowi to przeciwwskazania do rozpoczęcia substytucji hormonalnej, jakkolwiek fakt ten należy zapisać w dokumentacji lub/i uzyskać pisemną zgodę na wdrożenie substytucji hormonalnej pomimo niepoddania się badaniu 2):

1. Badanie ginekologiczne u transpłciowych mężczyzn obejmujące USG przezpochwowe (transvaginal, TV) lub przez powłoki brzuszne (transab-dominal, TA), badanie cytologicznego wymazu z szyjki macicy oraz USG piersi.

Ta grupa badań jest ze wszech miar zalecana, oczywiście według stanu faktycznego i potrzeb, jednak należy sobie zdawać sprawę, że u niektórych osób transpłciowych nasilenie dysforii płciowej jest tak skrajne, że uniemożliwia przeprowadzenie niektórych badań, np. badania ginekologicznego czy urologicznego. Jako że nasiloną dysforia płciowa nie jest obojętna dla zdrowia i związana jest z cierpieniem, obniżoną jakością życia, a nawet ze zwiększonym

ryzykiem samobójstwa, wymaga wdrożenia celowanego postępowania.

Możliwość wdrożenia takiego postępowania, pomimo dokonanej przez pacjenta odmowy, ma realizować zasadę minimalizowania szkód (np. poprzez zapobieganie przyjmowania hormonów z „czarnego rynku” poza dozorem lekarskim) i nieść szybką ulgę w cierpieniu. Nie oznacza to wcale, że lekarz nie może i nie powinien podjąć się omówienia zasadności przeprowadzenia takiego badania w przyszłości, po tym, jak nasilenie dysforii osłabnie. Takie sytuacje mają miejsce w praktyce. Należy także podkreślić, że zalecenia mają raczej za zadanie wskazywać pożądany kierunek postępowania oraz stanowić wsparcie dla praktykujących klinicystów, a nie przymuszać ich do działań niezgodnych z rozpoznaniem indywidualnej sytuacji danego pacjenta, z których wynikać może uznanie danego badania za niezbędne do podjęcia przez nich decyzji o rozpoczęciu MDAF.

2. Badanie urologiczne u transpłciowych kobiet, a w przypadku planowania potomstwa także seminogram.

C. Kontrolne badania w trakcie hormonoterapii:

1. Przez pierwszy rok substytucji hormonalnej badania stężenia hormonów płciowych: testosteronu (u transpłciowych mężczyzn) i 17 β -estradiolu (u transpłciowych kobiet) średnio co 3 miesiące. W kolejnych latach substytucji hormonalnej oznaczenia stężeń hormonów płciowych 1–2 razy w roku.

2. W przypadku transpłciowych mężczyzn, poza oznaczeniami stężenia testosteronu, także przede wszystkim ocena morfologii krwi obwodowej ze względu na ryzyko poliglobulii (co 3 miesiące przez pierwszy rok substytucji i 1–2 razy w roku w kolejnych latach). W przypadku transpłciowych kobiet poza oznaczeniami estradiolu także stężenie prolaktyny ze względu na ryzyko hiperprolaktynemii oraz rozwoju guza przysadki produkującego prolaktynę (prolaktynoma) w przebiegu stosowania estrogenów.

Dodatkowo w przypadku stosowania antyandrogenów takich jak octan cyproteronu lub spironolakton, odpowiednio: transaminazy (ryzyko uszkodzenia wątroby) lub stężenie potasu (ryzyko hiperkaliemii).

3. Nie zaleca się wykonywania badań układu krzepnięcia przed ani w trakcie substytucji hormonalnej. Ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych w przypadku stosowania doustnych estrogenów powinno być szacowane na podstawie wywiadu rodzinnego oraz obecności innych czynników ryzyka takich jak otyłość (BMI>30), palenie papierosów oraz wiek powyżej 40 roku życia.

4. W przypadku pojawienia się krwawienia z dróg rodnych (u transpłciowych mężczyzn) konieczne jest wykonanie badania USG TV lub TA celem oceny grubości endometrium oraz badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy.

5. W przypadku transpłciowych kobiet do czasu orchidektomii zalecane jest samobadanie jąder. Dodatkowo w przypadku podejrzenia rozrostu gruczołu krokowego oznaczenie stężenia PSA oraz ultrasonograficzna jego ocena.

V. Badania poprzedzające zabiegi w obrębie klatki piersiowej (mastektomię lub plastykę piersi):

A. Analogicznie jak w przypadku kwalifikacji do substytucji hormonalnej (ocena dokonana przez zespół dwóch specjalistów).

B. Należy zaznaczyć, że przed zabiegami w obrębie klatki piersiowej nie jest wymagana substytucja hormonalna.

VI. Badania poprzedzające panhisterektomię i orchidektomię:

A. Analogicznie jak w przypadku kwalifikacji do substytucji hormonalnej (ocena dokonana przez zespół dwóch specjalistów).

B. Dodatkowe kryteria:

1. Zakończenie postępowania sądowego mającego na celu uzgodnienie płci.

2. 12 miesięcy funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością.

3. Jeśli pacjent/ka zdecydował/a się na rozpoczęcie substytucji hormonalnej, czas trwania kuracji powinien wynosić przynajmniej 12 miesięcy (nie jest to jednak dodatkowe 12 miesięcy względem wymaganego okresu funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością).

Ważne: Postępowanie sądowe o ustalenie płci można rozpocząć od razu po zakończeniu procesu diagnostycznego, tj. po postawieniu formalnej diagnozy obejmującej kategorię z klasy F64 według ICD–10.

VII. Język i komunikacja z pacjentem:

A. Zalecamy poszanowanie tożsamości pacjenta i adekwatne odnoszenie się do pacjenta, niezależnie od etapu tranzycji. Odsyłamy do odpowiednich publikacji, np. organizacji pozarządowych lub uznanych autorytetów, w celu zapoznania się z zasadami „transafirmatywnych” działań (np. Fundacji Trans-Fuzja, Fundacja Akceptacja, Transgender Europe, publikacji Language and trans health).

VIII. Treść skierowań i opinii:

A. Informacja o rozpoznaniu i jego uzasadnienie.

B. Informacja o tożsamości płciowej i jej trwałości oraz o dysforii i jej uporczywości.

C. Informacja o zdolności do wyrażenia świadomej zgody.

Ważne: Zaleca się ograniczenie umieszczania w zaświadczeniach i opiniach (zwłaszcza na potrzeby postępowania sądowego) informacji biograficznych i osobistych pacjentów/tek jedynie do tych, które stanowią przesłankę do formułowanych wniosków. Dotyczy to zwłaszcza informacji na temat funkcjonowania seksualnego (zachowań, fantazji, orientacji i preferencji seksualnych).

Artykuł opracowano na podstawie:

1. Bernard Gert Charles M. Culver K. Danner Clouser: Bioetyka ujęcie systematyczne. Słowo Obraz Terytorium 2019.
2. https://ptsseksuologia.pl/images/ckeditor_photos/Grabski_PsychiatrPolOnlineFirstNr187.pdf_____5f7ad3b021cb6.pdf
3. <https://queer.pl/news/195582/transplciowosc-trans-fuzja-badanie-trans-sluzba-zdrowia>
4. https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja_prawna_raport_ZRT.pdf
5. https://journals.viamedica.pl/sexual_and_mental_health/article/view/JSMH.2022.00
6. Winiewski M, Świder M. Raport za lata 2019-2020. Sytuacja społeczna osób LGTB+ w Polsce. Kampania Przeciw Homofobii; Stowarzyszenie Lambda, Warszawa 2021

Joanna Goldberg MD

Pacjent transpłciowy w gabinecie dermatologicznym

1. Wstęp
2. Pacjent LGBT w gabinecie lekarskim - dane i badania polskie
3. Jak rozmawiać z pacjentem transpłciowym w gabinecie dermatologicznym
4. Transpłciowi mężczyźni - wybrane aspekty dermatologiczne
5. Transpłciowe kobiety - wybrane aspekty dermatologiczne

Wstęp

W Stanach Zjednoczonych żyje obecnie ponad 20 milionów lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych (LGBT).

Zgodnie z najnowszym badaniem Instytutu Gallupa ok. 7% Amerykanów identyfikuje się jako lesbijska, gej lub osoba transseksualna. Wśród osób należących do społeczności LGBT+ ponad połowa (54,6 proc) respondentów stwierdziła, że jest biseksualna.

W najnowszej edycji sondażu z 2023 roku odnotowano najwyższy odsetek osób utożsamiających się jako LGBT+, odsetek ten też wzrasta nieprzerwanie od 2012 roku - czyli od czasu kiedy badanie przeprowadzono po raz pierwszy. Analiza statystyczna wyników badań potwierdza, że na ogólny wzrost liczby osób nieheteronormatywnych przyczyniły się odpowiedzi młodych ludzi urodzonych w latach 1997-2002 (czyli tzw. Generacji Z). Wśród tych respondentów 15,9 % utożsamia się jako LGBT+. Wraz z wiekiem ten odsetek maleje - dla osób urodzonych w latach 1981-1996 wyniósł on 9,1%, dla tzw.

generacji X (osób urodzonych w latach 1965-1980) – spadł on poniżej średniej i ukształtował się na poziomie 3,8 proc. W dwóch najstarszych grupach, czyli wśród tzw. baby boomers (urodzeni w latach 1946-1964) oraz tradycjonalistów (urodzeni przed 1946), odnotowano odpowiednio 2 proc. i 1,3 proc. osób LGBT+.

Poprawa zdrowia osób LGBT stała się przedmiotem zainteresowania sektora zdrowia publicznego.

Przełomowy raport Instytutu Medycyny opublikowany w 2011 roku uwydatnił luki w rozumieniu zdrowia osób LGBT i zasugerował rozszerzenie wysiłków, aby pomóc w wypełnieniu tych luk. Od 2016 r. Waszyngton D.C., przyjął ustawę wymagającą zaliczenia 2 godzin zajęć z zakresu zdrowia osób LGBT w ramach ciągłego kształcenia podyplomowego lekarzy. Dermatologiczne Stowarzyszenie Gejów i Lesbijek (z ang. Gay and Lesbian Dermatology Association) istnieje od 1980 r., a w 2016 r. Amerykańska Akademia Dermatologii (z ang. AAD = American Academy of Dermatology) utworzyła Grupę Ekspercką ds. LGBT / Zdrowia Mniejszości Seksualnych.

W Polsce sektor ochrony zdrowia nadal jest miejscem w którym osoby LGBT doświadczają najwięcej dyskryminacji - ponad 30% osób transpłciowych deklaruje, że spotkało się z dyskryminacją ze strony sektora ochrony zdrowia, zarówno przy próbie kontaktu z lekarzem pierwszego kontaktu, pozyskaniem informacji na temat korekty płci czy w sprawach medycznych nie związanych bezpośrednio z transpłciowością. Nieczęsto w gabinecie lekarskim dochodzi do osądu, krytyki, wyśmiania czy też bagatelizowania dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów trans. Z tych powodów, osoby transpłciowe często ograniczają kontakt z podstawową opieką zdrowotną. Osoby transpłciowe, szczególnie te poddawane zabiegom hormonalnym i chirurgicznym potwierdzającym płeć, mają wyjątkowe potrzeby w zakresie zdrowia i profilaktyki chorób skóry. Dermatolodzy mogą odegrać ważną rolę w utrzymaniu zdrowia osób transpłciowych, pomagając w radzeniu sobie ze skórными skutkami niepożądanymi terapii hormonalnych i chirurgicznych; przeprowadzanie bezpiecznych i skutecznych procedur przyczyniających się do korekty płci; oraz ułatwianie badań przesiewowych i opieki profilaktycznej w przyjaznym środowisku.

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie sytuacji i trudności jakie napotykają osoby transpłciowe w sektorze ochrony zdrowia, propozycja autorskiego narzędzia składającego się z 6 elementów które pomoże w dostosowaniu konsultacji dermatologicznych do

potrzeb pacjenta trans oraz krótkie omówienie wybranych aspektów dermatologicznych trans-kobiet i trans-mężczyzn.

2. Pacjent LGBT w gabinecie lekarskim - dane i badania polskie

Zgodnie z danymi zebranymi przez instytut badań rynkowych Dalia, w Polsce 4.9% osób identyfikuje się jako osoby LGBT; to mniej niż w Niemczech, w których 7.4% osób zadeklarowało przynależność do społeczności LGBT, w Hiszpanii było to 6.9% populacji a w Wielkiej Brytanii - 6.5%. Dane te jednak pochodzą z sierpnia 2016 roku. Brakuje nowszych wiarygodnych danych, a dane przedstawiane przez organizacje pozarządowe, takie jak Kampania Przeciw Homofobii opierają się na danych szacunkowych które zakładają że osoby nieheteronormatywne stanowią około 5% populacji.

W praktyce ta informacja oznacza, że populacja LGBT w Polsce może liczyć około 2 mln osób. Dla polskich lekarzy oznacza to, że mają pod opieką (świadomie lub nieświadomie) 2 mln osób z odmiennymi potrzebami zdrowotnymi, do leczenia których nie zostali przygotowani podczas studiów oraz staży. Istotny jest fakt, że osoby nieheteroseksualne rzadko są reprezentowane w przestrzeni polskiego publicznego sektora ochrony zdrowia, a jeśli tak - ma to zwykle miejsce w kontekście badań profilaktycznych HIV/AIDS.

O społeczności LGBT wśród polskiego personelu medycznego nadal krąży wiele stereotypów, bez żadnych podstaw empirycznych.

Nieliczne badania podjęły się próby oszacowania oraz opisanie doświadczeń osób należących do mniejszości seksualnych i płciowych w kontaktach z sektorem ochrony zdrowia. Raport z badania jakościowego Biostat zrealizowanego na zamówienie Rzecznika Praw Obywatelskich w 2012 roku, zatytułowany: "Wiedza lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie równego traktowania osób nieheteroseksualnych w praktyce lekarskiej" zawiera dogłębną analizę 11 pogłębionych wywiadów z lekarzami. Stwierdzają oni, że zajęcia prowadzone podczas studiów medycznych z komunikacji i psychologii pacjenta nie są wystarczające w kontaktach z osobami ze środowiska LGBT. Co ciekawe - dla większości respondentów termin "orientacja nieheteroseksualna" najczęściej równała się z homoseksualizmem, w szczególności homoseksualnym mężczyznom, co może być przejawem stereotypu który dominuje w przeważającym heteronormatywnym społeczeństwie. Wywiady z lekarzami pokazały, że nadal część pracowników sektora ochrony zdrowia uważa, że populacja LGBT częściej niż osoby heteroseksualne zmienia

partnerów i zapada na choroby zakaźne, zwłaszcza AIDS. Postrzeganie orientacji seksualnej jako czynnika wiążącego się z częstszym występowaniem chorób to przykład lekarskiego stereotypu, który nie odnajduje potwierdzenia w rzeczywistości, gdyż to zachowania, a nie orientacja, warunkują częstsze występowanie chorób i zaburzeń. Fakt, iż w środowisku lekarskim pojawiają się takie opinie nie poparte wiedzą medyczną przyczynia się do jeszcze dotkliwszego odczuwania presji społecznej wśród społeczności LGBT oraz może wpływać negatywnie na realizację potrzeb zdrowotnych tych osób - zarówno somatycznych jak i psychicznych.

W badaniu Biostat, nie uwzględniono opinii i doświadczeń lekarza dermatologa (lekarze którzy uczestniczyli w badaniu byli specjalistami w zakresie lub w czasie specjalizacji z: chorób zakaźnych, chorób wewnętrznych, ginekologii, proktologii i urologii), nie pojawił się także wątek transpłciowości.

W biuletynie rzecznika praw obywatelskich opublikowanym w 2014 roku pod tytułem: "Równe traktowanie pacjentów - osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej" opisano część problemów z jakimi spotykają się osoby nieheteronormatywne w kontaktach z profesjonalistami w sektorze ochrony zdrowia, zdawkowo wspominając jedynie o istnieniu osób transpłciowych.

Raport Fundacji Trans-fuzja, "Zdrowie osób transpłciowych i niebinarnych - podręcznik psychoedukacyjny dla osób i pacjentów oraz ich bliskich" pod redakcją Bartosza Grabskiego opublikowany w 2022 roku przybliżył kwestie dotyczące pacjenta transpłciowego w gabinecie lekarskim - m.in. standardy przeprowadzania rozmowy i badania, hormonalne interwencje afirmujące płeć u dorosłych i młodzieży; nie poświęcono jednak wystarczającej uwagi dolegliwościom skórny w tej wrażliwej grupie pacjentów.

3. Jak rozmawiać z pacjentem transpłciowym w gabinecie dermatologicznym - 6 elementowe narzędzie do pracy

Osoby transpłciowe, szczególnie te poddawane zabiegom hormonalnym i chirurgicznym potwierdzającym płeć, mają wyjątkowe potrzeby w zakresie zdrowia i profilaktyki chorób skóry, tym bardziej istotne jest stworzenie odpowiedniego środowiska oraz relacji z pacjentem aby zmaksymalizować korzyści terapeutyczne i wyeliminować zjawisko dyskryminacji zdrowotnej tej grupy pacjentów.

Zasady rozmawiania z pacjentem transpłciowym w gabinecie dermatologicznym można podsumować w obrębie 6 różnych elementów:



Ryc 1. 6 elementów składających się na konsultację dermatologiczną pacjenta transpłciowego.

1. Szacunek do pacjenta, jego przeżyć, doznań i myśli. Dermatolog powinien używać podanego imienia oraz tytułować osobę (używając zaimków pan/pani) w sposób który jest odpowiedni dla pacjenta; powinien unikać robienia założeń na podstawie widocznych cech definiujących płeć - w razie wątpliwości dotyczących imienia lub form rodzajowych, należy zapytać o to bezpośrednio pacjenta.
2. Dermatolog nie może kwestionować tożsamości płciowej pacjenta, w szczególności jeśli konsultacja dotyczy na przykład wypełniaczy używanych w medycynie estetycznej; niedopuszczalne są stwierdzenia wartościujące i szufladkujące pacjenta na przykład: "Pani twarz nie jest kobieca"; zamiast tego należy zadawać otwarte pytania i starać się zrozumieć ideę estetyki i piękna pacjenta, na przykład: "Co chciałaby Pani zmienić w swojej twarzy?". U transpłciowych mężczyzn występowanie łysienia androgenowego może być pożądane ('maskulinizacja' wyglądu) lub nie - to zależy od przekonań estetycznych. Warto o to zapytać w sposób bezpośredni pacjenta i traktować go jako eksperta w kontekście własnych doświadczeń.

3. Najważniejsza jest szczerą i bezpośrednią rozmowa. W celu zrozumienia pacjenta należącego do mniejszości seksualnych lub płciowych ważne są otwarte pytania, które pozwolą na określenie potrzeb medycznych pacjenta. np. "Czy potrzebuje Pani antykoncepcji?". Aktywne słuchanie. Jeśli dermatolog nie miał do czynienia wcześniej z pacjentem trans płciowym lub pacjentem odczuwającym dysfориę płciową, najważniejsza będzie umiejętność aktywnego słuchania.

4. Zaufanie. Relacja między pacjentem a dermatologiem musi być oparta na zaufaniu. Rolą lekarza jest stworzenie w gabinecie atmosfery pełnej zrozumienia oraz akceptacji.

5. Poufność. Wszyscy pracownicy sektora ochrony zdrowia powinni być zaznajomieni z przepisami dotyczącymi ochrony danych i ujawniać orientację seksualną pacjenta innym pracownikom, pacjentom bądź krewnym tylko w przypadku, gdy orientacja ma związek ze świadczoną opieką. Żarty, bagatelizowanie dysfориi płciowej pacjenta stanowią pogwałcenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności. Dermatolog powinien zachowywać się profesjonalnie i etycznie, zapewniając najwyższe standardy swoich usług.

6. Informacja o możliwości zajścia w ciążę jest bardzo istotna w gabinecie dermatologicznym ze względu na duży przekrój leków, stosowanych w dermatologii, które nie mogą być stosowane u osób które mogą zajść w ciążę (biologicznych kobiet). Ważne jest podkreślenie, że mężczyźni transpłciowi mogą mieć możliwość zajścia w ciążę. Dla lekarza powinno być szczególnie istotne, aby ustalić czy pacjent ma możliwości fizjologiczne aby w tą ciążę zajść; dlatego zebranie dokładnego wywiadu odnośnie przebytych terapii hormonalnych i zabiegów operacyjnych ma istotne znaczenie np. w kontekście stosowania izotretynoiny, która ma działanie teratogenne u rozwijającego się płodu. Informacja o płci biologicznej może wpływać na zachorowalność na różne choroby dermatologiczne. Liczne przeglądy literatury wskazują na to, że czynnik płci jest istotny np. w przypadku zachorowania na toczeń układowy (ang. systemic lupus erythematosus, SLE), przy przewadze kobiet 5:1 – 25:1, w porównaniu do męskich pacjentów z SLE. Cis-kobiety chorujące na przewlekłe choroby zapalne częściej niż cis-mężczyźni odczuwają przygnębienie, depresję, ciężiej im osiągnąć sukces w sferze zawodowej i prywatnej. Trudno określić na ile te korelacje są widoczne w populacji trans; brakuje randomizowanych badań na dużej grupie pacjentów. Dermatolodzy ponadto powinni zdawać sobie sprawę z potencjalnych powikłań leczenia korygującego płęć i oferować odpowiednie porady

pacjentom poszukującym takiego leczenia. Skóra kobiety, której przy urodzeniu przypisano płeć męską może charakteryzować się intensywniejszym wydzielaniem sebum, jest szacunkowo grubsza o około 25% od skóry cis-kobiet i bardziej podatna na tworzenie zmarszczek.

4. Transpłciowi mężczyźni - wybrane aspekty dermatologiczne

Transpłciowi mężczyźni poddawani terapii hormonalnej mogą otrzymywać testosteron w zastrzykach domięśniowych lub podskórnych albo w postaci plastra przezskórnego, żelu lub kremu . Pożądane skutki mogą obejmować zwiększenie ilości owłosienia na twarzy i ciele, redystrybucję tłuszczu podskórnego, zmiany w składzie potu i jego zapachu, pogłębienie głosu, ustanie miesiączki, zmniejszenie rozmiaru piersi, powiększenie łechtaczki .

Do częstych skórnych skutków ubocznych leczenia testosteronem zalicza się trądzik pospolity oraz łysienie androgenowe. Testosteron znacznie zwiększa wytwarzanie sebum, a trądzik na twarzy, plecach lub klatce piersiowej rozwija się u 88–94% pacjentów w ciągu 4–6 miesięcy od rozpoczęcia stosowania testosteronu. W większości przypadków nasilenie zmniejsza się po 12 miesiącach terapii i ustępuje po wdrożeniu miejscowych retinoidów oraz doustnych antybiotyków .

Trądzik guzkowy, skupiony lub z ryzykiem powstania trwałych blizn, oporny na odpowiednio przeprowadzone standardowe leczenie działającymi ogólnie lekami przeciwbakteryjnymi i lekami stosowanymi miejscowo, leczy się u transpłciowych mężczyzn skutecznie izotretynoiną .

Amerykańska FDA - Agencja ds. Żywności i Leków, wymaga od pacjentek rozpoczynających leczenie izotretynoiną na terenie Stanów Zjednoczonych włączenia się do programu iPLEDGE – mającego na celu zminimalizowanie narażenia płodu na izotretynoinę – substancję teratogenną. iPLEDGE wymaga klasyfikacji pacjentów według płci przypisanej przy urodzeniu. Wiele środowisk wskazywało na trudności jakie ta procedura niesie dla osób transpłciowych i proponowano aby zmienić klasyfikację na podstawie potencjału zajścia w ciążę, a nie płci . Zgłaszano przypadki ciąż u mężczyzn transpłciowych, którzy otrzymywali testosteron i nie miesiączkowali .

W Polsce nie ma systemu który można by przyrównać do amerykańskiego iPLEDGE. Do wypisania elektronicznej recepty potrzebny jest nr PESEL, który jest przypisany każdemu kto zamelduje się na terenie Polski na pobyt powyżej 30 dni, niezależnie od faktu

posiadania obywatelstwa polskiego. Przedostatnia cyfra z numeru PESEL określa płeć nadaną przy urodzeniu.

Nie ma natomiast odgórnej blokady na wypisanie izotretynoiny; można ją wypisać dla każdej osoby z dowolnym nr PESEL - tym bardziej ważne jest dokładne zebranie wywiadu z osobą trans płciową.

Lekarze powinni omówić metody antykoncepcji i testy ciążowe w oparciu o indywidualną anatomię, potencjał zajścia w ciążę oraz zachowania seksualne pacjenta.

Łysienie androgenowe może być pożądane u niektórych transpłciowych mężczyzn, którzy uważają je za cechę męską, a dla innych może być objawem niepożądanym - to wszystko zależy od indywidualnych preferencji estetycznych.

Występowanie łysienia androgenowego wykazuje pozytywną korelację z czasem leczenia testosteronem . U 33% mężczyzn transpłciowych po średnio 10 latach leczenia sterydowego rozwija się łysienie o stopniu łagodnym, a u 31% – umiarkowane do ciężkiego.

Niektórzy transpłciowi mężczyźni poddawani są zindywidualizowanym operacjom korygującym płeć „od góry” i „od dołu”. „Najlepsza” operacja obejmuje rekonstrukcję klatki piersiowej (mastektomia, redukcja i repozycja kompleksu sutek-otoczka brodawki sutkowej i/lub modelowanie klatki piersiowej). Przed taką operacją wielu transpłciowych mężczyzn wiąże klatkę piersiową [ang. bonding], co spłaszcza jej wygląd, ale często może również powodować dermatologiczne działania niepożądane, w tym ból, obrzęk, swędzenie, uszkodzenie skóry, trądzik, prosaki, infekcje grzybicze, kontaktowe zapalenie skóry oraz blizny . Chirurgia „od dołu” może obejmować metoidioplastykę (która zmienia wygląd łechtaczki), falloplastykę, plastykę cewki moczowej, histerektomię, wycięcie jajników, i waginektomię . Blizny chirurgiczne, szczególnie bliznowce powstałe po rekonstrukcji klatki piersiowej, mogą być widoczne i niepokojące; ich leczenie nie odbiega od standardowego leczenia bliznowców i obejmuje miejscowo stosowane kortykosteroidy, urządzenia o częstotliwości radiowej oraz lasery.

5. Transpłciowe kobiety - wybrane aspekty dermatologiczne

Kobiety transpłciowe otrzymujące terapię hormonalną ze względu na płeć mogą otrzymywać estrogen we wstrzyknięciach domięśniowych, plastrach przezskórnych, doustnie lub podjęzykowo. Nie zaleca się stosowania etynyloestradiolu, powszechnie stosowanego w doustnych środkach antykoncepcyjnych, ze względu na wysokie ryzyko żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Antyandrogeny, takie jak stosowany domięśniowo octan medroksyprogesteronu, progesteron podawany

doustnie, spironolakton, finasteryd lub dutasteryd można stosować z estrogenem lub bez. Pożądane skutki terapii hormonalnej obejmują rozwój piersi, redukcję owłosienia na ciele i twarzy, redystrybucję tłuszczu podskórnego, zmiany w składzie potu i jego zapachu, zatrzymanie lub odwrócenie wypadania włosów, zmniejszenie produkcji sebum oraz złagodzenie trądziku. Może wystąpić melasma spowodowana dostarczaniem egzogennych estrogenów. Zarost jest często oporny na terapię hormonalną, a zabiegi usuwania włosów są najczęściej wykonywanym zabiegiem na twarz wśród kobiet transpłciowych. Elektroliza, fotoepilacja lub depilacja laserowa mogą zmniejszyć potrzebę golenia lub stosowania depilacji.

Niektóre kobiety transpłciowe mogą również poddawać się operacjom potwierdzającym płeć. „Operacja górna” może obejmować powiększenie piersi. Terapia mowy i/lub operacja strun głosowych może zwiększyć wysokość głosu, zmniejszyć uwypuklenie chrząstki tarczowatej. „Operacja dolnej części ciała” może obejmować plastykę pochwy (rekonstrukcja neopochwy) z penektomią lub bez niej i orchidektomią. Transpłciowi mężczyźni i kobiety poddawani niektórym rodzajom „operacji dolnej części ciała” mogą wymagać przedoperacyjnej depilacji laserowej; u kobiet transpłciowych wzrost włosów w pochwie może powodować podrażnienie, infekcję oraz mniejsze zadowolenie z wyników operacji. Brak odrostu włosów należy potwierdzić 3 miesiące po ostatniej sesji laserowej, przed przystąpieniem do zabiegu chirurgicznego.

W literaturze opisywano przypadki kłykcin kończystych i nowotworów neo-pochwy, ; zatem konieczna jest regularna kontrola ginekologiczna.

Kobiety transpłciowe często poszukują feminizujących zabiegów modelujących twarz i ciało, poprawiających jakość życia. Wiele kobiet transpłciowych otrzymywało nielegalne zastrzyki „silikonowe” lub „wypełniacze” w pośladki, biodra, piersi, twarz lub łydki od osób, często nie posiadających wykształcenia medycznego, nazywających siebie „injektorami”.

Wstrzykiwane substancje obejmują silikon spożywczy lub przemysłowy, parafinę, wazelinę, lanolinę, воск pszczeli, różne oleje, uszczelniacz do opon, klej cementowy. Poważne powikłania, w tym ziarniniaki, zakażenia bakteryjne, mykobakteriozy powodowane przez atypowe prątki, krwawienie, ból, bliznowacenie, owrzodzenia, tworzenie przetok, zniekształcenia, obrzęk limfatyczny, migracja silikonu lub zatorowość płucna, posocznica, zapalenie płuc, a nawet śmierć opisywano po kilku godzinach lub wielu latach od zabiegów. Osoby, którym wstrzyknięto

ww. i inne „wypełniacze”, powinny zostać poddane badaniom przesiewowym pod kątem zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C.

Dermatolodzy mogą zaproponować feminizujące terapie modelujące za pomocą wypełniaczy i toksyny botulinowej. Zastrzyki z toksyny botulinowej mogą unieść, ukształtować lub spłaszczyć czoło i brwi, zmniejszyć widoczność zmarszczek okołoooczodołowych lub zmniejszyć przerost żwaczy w celu wymodelowania dolnej części twarzy . Powiększanie i modelowanie tkanek miękkich policzków oraz ust może pomóc osiągnąć pożądane efekty. Wysokie koszty i brak dostępu do kompetentnych kulturowo pracowników sektora ochrony zdrowia stanowią główne bariery w opiece .

Kobiety transpłciowe są narażone na ryzyko zakażeniem wirusem HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową, dlatego powinny zostać poddane badaniom przesiewowym i profilaktyce w oparciu o zachowania seksualne specyficzne dla anatomii. Warto zauważyć, że w Stanach Zjednoczonych w sumie 28% kobiet transpłciowych ogółem i 56% czarnych kobiet transpłciowych uzyskało wynik pozytywny na obecność wirusa HIV w 1990–2003 .

Bibliografia:

1. Jones JM. U.S. LGBT identification steady at 7.2% Gallup . Published February 22, 2023. Accessed Dec 4, 2023. <https://news.gallup.com/poll/470708/lgbt-identification-steady.aspx>.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/> doi: 10.17226/13128
3. Yu, H., Flores, D.D., Bonett, S. et al. LGBTQ + cultural competency training for health professionals: a systematic review. BMC Med Educ 23, 558 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04373-3>
4. Mansh MD, Dommasch E, Peebles JK, Sternhell-Blackwell K, Yeung H. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity and Disclosure Among Dermatologists in the US. JAMA Dermatol. 2021;157(12):1512–1514. doi:10.1001/jamadermatol.2021.4544
5. Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej, pod redakcją: dr Robert Kowalczyk, Marcin Rodzinka, dr hab. Marek Krzystanek, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2016.
6. Deutsch, MB, editor Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. 2. 2016.

7. Irwig MS. Testosterone therapy for transgender men. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017 Apr; 5(4):301–311.
8. Wierckx K, Van de Peer F, Verhaeghe E, Dedeker D, Van Caenegem E, Toye K, et al. Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *J Sex Med.* 2014; 11:222–9.
9. Nakamura A, Watanabe M, Sugimoto M, Sako T, Mahmood S, Kaku H, et al. Dose-response analysis of testosterone replacement therapy in patients with female to male gender identity disorder. *Endocr J.* 2013; 60:275–81. [
10. Turrion-Merino L, Urech-Garcia-de-la-Vega M, Miguel-Gomez L, Harto-Castano A, Jaen-Olasolo P. Severe Acne in Female-to-Male Transgender Patients. *JAMA Dermatol.* 2015 Nov; 151(11):1260–1.
11. Katz KA. Transgender Patients, Isotretinoin, and US Food and Drug Administration-Mandated Risk Evaluation and Mitigation Strategies: A Prescription for Inclusion. *JAMA dermatology.* 2016; 152:513–4.
12. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol.* 2014; 124:1120–7.
13. Ginsberg BA. Dermatologic care of the transgender patient. *Int J Womens Dermatol.* 2017; 3:65–7.
14. Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Cult Health Sex.* 2017; 19:64–75.
15. Frey JD, Poudrier G, Chiodo MV, Hazen A. An Update on Genital Reconstruction Options for the Female-to-Male Transgender Patient: A Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg.* 2017; 139:728–37.
16. Yeung H, Luk KM, Chen SC, Ginsberg BA, Katz KA. Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Epidemiology, screening, and disease prevention. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Mar;80(3):591-602. doi: 10.1016/j.jaad.2018.02.045. PMID: 30744875; PMCID: PMC6375301.
17. Ginsberg BA. Dermatologic care of the transgender patient. *Int J Womens Dermatol.* 2017; 3:65–7.
18. Lawrence AA. Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* 2006; 35:717–27.
19. Zhang WR, Garrett GL, Arron ST, Garcia MM. Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Transl Androl Urol.* 2016; 5:381–7.
20. Wasef W, Sugunendran H, Alawattegama A. Genital warts in a transsexual. *Int J STD AIDS.* 2005; 16:388–9.
21. Fernandes HM, Manolitsas TP, Jobling TW. Carcinoma of the neovagina after male-to-female reassignment. *J Low Genit Tract Dis.* 2014; 18:E43–5.
22. Bollo J, Balla A, Rodriguez Luppi C, Martinez C, Quaresima S, Targarona EM. HPV-related squamous cell carcinoma in a neovagina after male-to-female gender confirmation surgery. *Int J STD AIDS.* 2017
23. Ainsworth TA, Spiegel JH. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Qual Life Res.* 2010; 19:1019–24.
24. Benotsch EG, Zimmerman RS, Cathers L, Pierce J, McNulty S, Heck T, et al. Non-medical use of prescription drugs and HIV risk behaviour in transgender

- women in the Mid-Atlantic region of the United States. *Int J STD AIDS*. 2016; 27:776–82.
25. Wilson E, Rapues J, Jin H, Raymond HF. The use and correlates of illicit silicone or •fillers• in a population-based sample of transwomen, San Francisco, 2013. *J Sex Med*. 2014; 11:1717–24.
 26. Ginsberg, BA. Dermatology. In: Eckstrand, KL, Ehrenfeld, JM, editors *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare: A Clinical Guide to Preventive, Primary, and Specialist Care*. Springer; 2016.
 27. Yeung H, Luk KM, Chen SC, Ginsberg BA, Katz KA. Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Epidemiology, screening, and disease prevention. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Mar;80(3):591-602. doi: 10.1016/j.jaad.2018.02.045. PMID: 30744875; PMCID: PMC6375301.
 28. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008; 12:1–17.

Autorzy

- Dr Andrzej Guzowski, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
- Lek. Joanna Przybyszewska-Goldberg, Klinika Dermatologiczna, Uniwersytet Medyczny w Grazu, Austria oraz Klinika Dermatologiczna, Emek Medical Center, Afula, Izrael
- Anna Maria Szymkowiak, Fundacja Akceptacja, Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu

ANNA MARIA SZYMKOWIAK

TRANSPŁCIOWA KOBIETA, KTÓRA NAUCZYŁA SIĘ GODZIĆ W SOBIE
DWA BIEGUNY I CZERPAĆ Z TEGO, CO DAJĄ OBA. SPOLECNICZKA,
RATOWNICZKA I AKTYWISTKA, KTÓRA ZNALAZŁA WŁASNY SPOSÓB
NA TO, BY PRZELAMYWAĆ UPREDZENIA I OBALAĆ STEREOTYPY.
PRAGNIE WŁĄCZAĆ, A NIE WYKLUCZAĆ. INICJATORKA,
FUNDATORKA I PREZESKA FUNDACJI „AKCEPTACJA, AUTORKA SERII
KSIĄŻEK AUTOBIOGRAFICZNYCH, WSPÓLAUTORKA PUBLIKACJI
NAUKOWYCH. BOHATERKA KILKU FILMÓW DOKUMENTALNYCH I
REPORTAŻY. PASJONATKA DOBREJ MUZYKI I HISTORII. NIE
WYOBRAŻA SOBIE ŻYCIA BEZ KSIĄŻEK. HUMANISTKA. AKTYWNE
WSPÓLPRACUJE Z SAMORZĄDEM, CHCĄC W TEN SPOSÓB MIEĆ
WPŁYW NA TO, CO SIĘ DZIEJE W NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU.

JOANNA PRZYBYSZEWSKA - GOLDBERG

LEKARZ, W TRAKCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO Z
DERMATOLOGII I WENEROLOGII. STUDIOWAŁA NA UNIWERSYTECIE
MEDYCZNYM W WARSZAWIE ORAZ UNIWERSYTECIE HEBRAJSKIM W
JEROZOLIMIE. PRACOWAŁA JAKO LEKARZ W POLSCE, IZRAELU
ORAZ STANACH ZJEDNOCZONYCH. OD CZASOW STUDENCKICH
ZAANGAZOWANA W WOLONTARIAT MEDYCZNY, UDZIELAJAC POMOCY
PACJENTOM ODMIENNIM KULTUROWO.

ANDRZEJ GUZOWSKI

DOKTOR NAUK O ZDROWIU, ASYSTENT W ZAKŁADZIE
ZINTEGROWANEJ OPIEKI MEDYCZNEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W BIAŁYMSTOKU. BYSTRY OBSERWATOR ŚWIATA, DZIENNIKARZ,
REPORTAŻYSTA RADIOWY; W 2007 R. REPREZENTOWAŁ POLSKĄ
RADIOFONIEŃ NA PRESTIŻOWYM KONKURSIE RADIOWO
TELEWIZYJNYM W BARCELONIE PREMIOŚ ONDOS. WYGRAŁ TAKŻE
STYPENDIUM IM. JACKA STWORY DLA MŁODYCH REPORTAŻYSTÓW -
FUNDOWANE PRZEZ PREZESA POLSKIEGO RADIA. OD ZAWSZE SZUKA
TEGO, CO ŁĄCZY, A NIE DZIELI.

Iceland 
Liechtenstein
Norway **Active
citizens fund**

ISBN 978-83-67454-86-5



**AK
CEP
TVC
JA**