

ПРАКТИЧНА КЛІНІЧНА НАСТАНОВА ЕНДОКРИННОГО ТОВАРИСТВА*: ЕНДОКРИННЕ ЛІКУВАННЯ ОСІБ З ГЕНДЕРНОЮ ДИСФОРІЄЮ (ГЕНДЕРНОЮ НЕВІДПОВІДНІСТЮ) (ЧАСТИНА 1)

Wylie C. Hembree¹, Peggy T. Cohen-Kettenis², Louis Gooren³, Sabine E. Hannema⁴, Walter J. Meyer⁵, M. Hassan Murad⁶, Stephen M. Rosenthal⁷, Joshua D. Safer⁸, Vin Tangpricha⁹, and Guy G. T'Sjoen¹⁰

¹New York Presbyterian Hospital, Columbia University Medical Center, New York;

^{2,3}VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands;

⁴Leiden University Medical Center, Netherlands;

⁵University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas;

⁶Mayo Clinic Evidence-Based Practice Center, Rochester, Minnesota;

⁷University of California San Francisco, Benioff Children's Hospital, San Francisco, California;

⁸Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts;

⁹Emory University School of Medicine and the Atlanta VA Medical Center, Atlanta, Georgia;

¹⁰Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

*Асоціації, які приймали участь у створенні настанови: Американська асоціація клінічних ендокринологів, Американське товариство андрології, Європейське товариство педіатричної ендокринології, Європейське товариство ендокринології, Педіатричне ендокринологічне товариство та Всесвітня професійна асоціація зі здоров'я трансгендерів.

Мета: Оновити публікацію Ендокринного товариства 2009 року «Практична клінічна настанова Ендокринного товариства: ендокринне лікування транссексуальних осіб».

Учасники. У створенні чинної настанови брали участь представники Ендокринного товариства: команда з дев'яти експертів, методиста та письменника, що спеціалізується в медичній галузі.

Докази. Чинна настанова базується на практичному клінічному досвіді та була розроблена з використанням низки рекомендацій від робочої групи The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) для підкреслення рівня рекомендацій та якості доказів. (<http://www.gradeworkinggroup.org/>). Робоча група розробила два системних огляди та використала найкращі докази з інших раніше опублікованих оглядів, які наявні на цей час, та окремих досліджень.

Процес узгодження. Зустрічі в групах, конференційні дзвінки та комунікації за допомогою електронної пошти. Комітети, члени та організації-учасники Ендокринного товариства розглянули та надали коментарі в процесі розробки чинної настанови.

Висновки. Узгодження гендеру потребує багатодисциплінарного підходу, в якому лікарі-ендокринологи відіграють важливу роль. Для набуття фізичних характеристик бажаного гендеру особи з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) потребують професійної допомоги з боку лікарів-ендокринологів. Вони потребують безпечної та ефективної схеми гормонального лікування, за якої відбуватиметься: 1) пригнічення виділення ендогенних статевих гормонів, притаманних генетичній (гонадній) статі, та 2) підтримка гормонального рівня в нормальному фізіологічному діапазоні згідно бажаного гендеру особи. У осіб передпубертатного віку з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) проводити гормональну терапію не рекомендується. Лікарі-клініцисти при наданні рекомендацій щодо проведення гормональної терапії для узгодження гендеру (відповідно підготовлені лікарі-діагности обов'язково, психотерапевти та психіатри для підлітків обов'язково, психотерапевти та психіатри для дорослих бажано) мають бути ознайомлені з діагностичними показниками та критеріями для проведення лікування з узгодження гендеру, пройти

відповідну підготовку та мати досвід проведення оцінки порушень психічного стану, а також висловлювати бажання здійснювати постійний догляд у процесі гормонального переходу. Для лікування підлітків з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю), які досягли статевого дозрівання за шкалою Таннера (стадія 2 для чоловіків та жінок), рекомендується застосування агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону (ГнРГ). Після підтвердження багатодисциплінарною групою діагнозу «гендерна дисфорія» (гендерна невідповідність) та за умови достатніх розумових здібностей, щоб надати інформовану згоду на проведення лікування, лікарі-клініцисти можуть надавати пацієнту гормони для узгодження гендеру. Більшість підлітків мають такі здібності, починаючи з 16 років. Ми усвідомлюємо, що у деяких осіб може виникнути потреба почати лікування статевими гормонами до досягнення ними 16-річного віку, але публікацій з досвіду лікування осіб, що не досягли віку 13,5-14 років, на цей час недостатньо. Для проведення лікування осіб передпубертатного віку та старших підлітків рекомендується створення багатодисциплінарної експертної медичної групи, до складу якої також мають входити фахівці з психічного здоров'я. Лікуючий лікар має підтвердити відповідність критеріям для лікування, які використовує фахівець з психічного здоров'я, та тісно співпрацювати разом з ним у процесі прийняття рішень щодо проведення хірургічних втручань з узгодження гендеру для старших підлітків. Лікарі, які беруть участь у проведенні лікування дорослих осіб з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю), мають бути експертами з проведення діагностики трансгендерності, психічного здоров'я, первинної медичної допомоги, гормональної терапії та хірургії. Ми пропонуємо підтримувати рівень гормонів у нормальному фізіологічному стані згідно бажаного гендеру пацієнта та здійснювати контроль можливих ризиків і ускладнень у процесі лікування. У разі потреби введення високих доз статевих стероїдів задля пригнічення ендогенних статевих стероїдів та/або для пацієнтів старшого віку лікарі-клініцисти можуть розглядати необхідність видалення натальних гонад разом зі зниженням доз статевих стероїдів. Лікарі-клініцисти мають контролювати ризики виникнення ракових захворювань статевих органів у разі, якщо гонади в трансгендерних чоловіків та жінок хірургічно не видалені повністю. Лікарі-клініцисти також додатково мають

контролювати несприятливі наслідки для здоров'я від вживання статевих стероїдів. При необхідності проведення хірургічних операцій з узгодження гендеру в дорослих хірург має співпрацювати з лікуючим лікарем щодо підтвердження відповідності критеріям для лікування. Лікарі-клініцисти мають уникати завдання шкоди особам, у яких відсутні ознаки гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) та які не можуть отримати переваги від фізичних змін, пов'язаних з цим лікуванням.

J Clin Endocrinol Metab. 2017 Nov 01; 102(11):3869-3903.

РЕЗЮМЕ РЕКОМЕНДАЦІЙ

1.0 Обстеження молоді та дорослих

1.1. Ми радимо, щоб діагностику гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) у дорослих проводили тільки підготовлені лікарі-психіатри, які відповідають наступним критеріям: (1) компетентність у застосуванні Керівництва з діагностики та статистичного обліку психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM) та/або Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) з метою діагностики; (2) здатність діагностувати гендерну дисфорію (гендерну невідповідність) і розрізнити гендерну дисфорію (гендерну невідповідність) та стани, що мають схожі ознаки (наприклад, дизморфічні розлади тіла); (3) підготовка з питань діагностики психічних захворювань; (4) здатність проводити або направляти на належне лікування; (5) здатність проводити психосоціальну оцінку розуміння особою свого стану, психічного здоров'я та соціальних умов, що можуть впливати на хід гормональної терапії з узгодження гендеру; (6) регулярне відвідування відповідних професійних зустрічей (Твердження належної практики без оцінки).

1.2. Ми радимо, щоб діагностику гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) у дітей та підлітків проводили тільки ті лікарі-психіатри, які відповідають наступним критеріям: (1) відповідна підготовка з дитячої та підліткової психології та психопатології; (2) компетентність у використанні DSM та/або МКХ з метою діагностики; (3) здатність розрізнити гендерну дисфорію (гендерну невідповідність) та стани, що мають схожі ознаки (наприклад, дизморфічні розлади тіла); (4) підготовка з питань діагностики психічних захворювань; (5) здатність проводити або направляти на відповідне лікування; (6) здатність проводити психосоціальну

оцінку розуміння особою свого стану та соціальних умов, що можуть впливати на хід гормональної терапії з узгодження гендеру; (7) регулярне відвідування відповідних професійних зустрічей; (8) знання критеріїв блокування статевого дозрівання та гормональної терапії з узгодження гендеру для підлітків (Твердження належної практики без оцінки).

1.3. Ми радимо, щоб рішення щодо соціального переходу в дітей передпубертатного віку з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) приймалися за допомогою лікаря-психіатра або іншого досвідченого фахівця (Твердження належної практики без оцінки).

1.4. Ми не рекомендуємо проведення блокування статевого дозрівання та гормональної терапії з узгодження гендеру у дітей передпубертатного віку з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) (1/⊕⊕○○).

1.5. Ми рекомендуємо, щоб лікарі-клініцисти надавали особам, які потребують лікування з узгодження статі, необхідну інформацію та консультації щодо варіантів збереження фертильності до початку пригнічення статевого дозрівання у підлітків та до початку надання гормональної терапії з узгодження гендеру як у підлітків, так і у дорослих (1/⊕⊕⊕○).

2.0 Лікування підлітків

2.1. Ми пропонуємо, щоб підлітки, які відповідають діагностичним критеріям гендерної дисфорії (гендерної невідповідності), критеріям для лікування, та бажають пройти лікування, спочатку пройшли курс лікування з пригнічення пубертатного розвитку (2/⊕⊕○○).

2.2. Ми пропонуємо починати гормональне пригнічення статевого дозрівання після того, як у дівчаток та хлопчиків з'являються перші прояви фізичних змін статевого дозрівання (2/⊕⊕○○).

2.3. Ми рекомендуємо, щоб за наявності показань для пригнічення гормонів статевого дозрівання застосовувалися аналоги ГнРГ (1/⊕⊕○○).

2.4. У підлітків, які бажають пройти лікування статевими гормонами (зважаючи на те, що воно частково необоротне), ми рекомендуємо починати лікування шляхом поступового збільшення дози за графіком після того, як багатодисциплінарна комісія з медичних фахівців та лікарів-психіатрів підтвердить стійку гендерну дисфорію (гендерну невідповідність) та достатні розумові здібності

пацієнта для надання інформованої згоди, які більшість підлітків набувають з досягненням 16-річного віку (1/⊕⊕○○).

2.5. Ми визнаємо, що можуть існувати вагомні підстави для початку лікування статевими гормонами у деяких підлітків з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) до досягнення ними 16 років, хоча на цей час опублікованих досліджень щодо призначення гормональної терапії з узгодження гендеру у віці до 13,5-14 років недостатньо. Як і при допомозі підліткам ≥16-річного віку, ми рекомендуємо проводити таке лікування під керівництвом багатопрофільної групи медичних фахівців та лікарів-психіатрів (1/⊕⊕○○).

2.6. Ми пропонуємо під час проходження лікування статевими гормонами контролювати клінічний пубертатний розвиток кожні 36 місяців, а лабораторні показники кожні 6-12 місяців (2/⊕⊕○○).

3.0 Гормональна терапія для дорослих трансгендерів

3.1. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам перед початком лікування підтверджувати відповідність діагностичним критеріям гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) та критеріям для ендокринної фази гендерного переходу (1/⊕⊕⊕○).

3.2. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам перед початком лікування оцінювати та враховувати стан здоров'я пацієнта та можливі загострення внаслідок зниження рівня гормонів та проходження гормональної терапії з узгодження гендеру (1/⊕⊕⊕○).

3.3. Ми пропонуємо лікарям-клініцистам вимірювати рівні гормонів під час лікування, щоб забезпечувати пригнічення ендогенних статевих стероїдів та підтримку призначених статевих стероїдів у нормальному фізіологічному діапазоні відповідно до узгодженого гендеру (2/⊕⊕○○).

3.4. Ми пропонуємо лікарям-ендокринологам інформувати трансгендерних осіб, які проходять лікування, про початок і часовий перебіг фізичних змін, викликаних проходженням лікування статевими гормонами (2/⊕○○○).

4.0 Профілактика несприятливих наслідків та довготривалий догляд

4.1. Ми пропонуємо проводити регулярне клінічне обстеження фізичних змін та потенційних несприятливих змін у відповідь на дію статевих

стероїдних гормонів та лабораторний моніторинг рівня статевих стероїдних гормонів кожні 3 місяці протягом першого року гормональної терапії для трансгендерних чоловіків і жінок, а потім один-два рази на рік (2/⊕⊕○○).

4.2. Ми пропонуємо періодично проводити моніторинг рівня пролактину в трансгендерних жінок, які приймають естрогени (2/⊕⊕○○).

4.3. Ми пропонуємо лікарям-клініцистам проводити обстеження трансгендерних осіб, які лікуються гормонами, на фактори ризику серцево-судинних захворювань з використанням ліпідного профілю, перевірки на діабет та/або інших засобів діагностики (2/⊕⊕○○).

4.4. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам проводити вимірювання мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), коли наявні фактори ризику остеопорозу, особливо у тих, хто припиняють терапію статевими гормонами після гонадектомії (1/⊕⊕○○).

4.5. Ми пропонуємо, щоб трансгендерні жінки, які не мають підвищеного ризику виникнення раку молочної залози, проходили процедури з обстеження грудей, що рекомендуються для людей з приписаною при народженні жіночою статтю (2/⊕⊕○○).

4.6. Ми пропонуємо, щоб трансгендерні жінки, які лікуються естрогенами, проходили індивідуальні обстеження відповідно до особистого ризику виникнення хвороби простати та раку простати. (2/⊕○○○).

4.7. Ми радимо лікарям-клініцистам визначати медичну необхідність включення загальної гістеректомії та оофоректомії до хірургічного втручання з узгодження гендеру (Твердження належної практики без оцінки).

5.0 Хірургічні втручання з корекції статі та підтвердження гендеру

5.1. Ми рекомендуємо пацієнту звертатися за генітальною хірургією з підтвердження гендеру лише після того, як фахівець з психічного здоров'я та лікар-клініцист, відповідальні за ендокринну терапію, погодяться, що операція є необхідним медичним втручанням, і вона буде корисною для загального здоров'я та/або добробуту пацієнта (1/⊕⊕○○).

5.2. Ми рекомендуємо лікарям затверджувати хірургічне втручання з узгодження гендеру лише після завершення щонайменше одного

року послідовного і відповідного до призначень лікування гормонами, за винятком випадків, коли гормональна терапія не є бажаною або медично протипоказана (Твердження належної практики без оцінки).

5.3. Ми радимо, щоб лікар-клініцист, відповідальний за ендокринне лікування, та лікар первинної медичної допомоги забезпечували належне медичне обстеження трансгендерних осіб для проведення операції з узгодження гендеру та співпрацювали з хірургом у питанні вживання гормонів під час та після операції (Твердження належної практики без оцінки).

5.4. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам направляти трансгендерних осіб, що пройшли лікування гормонами, на генітальну хірургію, коли особа: (1) задоволена зміною соціальної ролі, (2) задоволена ефектом гормональної терапії, та (3) бажає остаточних хірургічних змін (1/⊕○○○).

5.5. Ми пропонуємо лікарям відкладати проведення хірургічного втручання з узгодження гендеру, що передбачає гонадектомію та/або гістеректомію, доки пацієнт не досягне 18 років або встановленого законом віку повноліття в своїй країні (2/⊕⊕○○).

5.6. Ми пропонуємо, щоб лікарі-клініцисти визначали час проведення хірургії грудей у трансгендерних чоловіків на основі стану фізичного та психічного здоров'я особи. Доказів, щоб рекомендувати конкретні вікові обмеження, наразі недостатньо (2/⊕○○○).

Зміни відносно попередньої настанови

Ця настанова та настанова 2009 року містять однакові розділи. Нижче перераховано розділи, які містяться в поточній настанові, та відповідна кількість рекомендацій: Вступ, Обстеження молоді та дорослих (5), Лікування підлітків (6), Гормональна терапія для дорослих трансгендерів (4), Профілактика несприятливих наслідків та довготривалий догляд (7) і Хірургічні втручання з корекції статі та підтвердження гендеру (6). В поточній редакції вступу оновлено діагностичну класифікацію «гендерна дисфорія» (гендерна невідповідність). Також переглянуто розвиток «гендерної ідентичності» та зроблено узагальнення щодо її природного розвитку. Розділ про клінічні обстеження молоді та дорослих осіб визначає в деталях, яку кваліфікацію повинні мати спеціалісти, що займаються діагностикою та лікуванням підлітків

та дорослих. Рішення щодо соціального переходу підлітків, які не досягли статевого дозрівання, мають ухвалюватися з допомогою фахівця з психічного здоров'я або лікаря з відповідною кваліфікацією. Ми не рекомендуємо блокування статевого дозрівання та проведення гормональної терапії з узгодження гендеру підліткам, які не досягли статевого дозрівання. Лікарям-клініцистам необхідно інформувати дітей, які досягли статевого дозрівання, підлітків та дорослих, що бажають пройти лікування з узгодження статі, щодо можливості збереження фертильності. Перед початком лікування необхідно провести діагностику щодо можливих ускладнень гормональної терапії. За проведенням лікування має слідувати багатодисциплінарна комісія, до якої мають входити медичні фахівці та фахівці з психічного здоров'я. Перед направленням на проведення гормональної терапії лікар-клініцист має впевнитися у відповідності діагнозу стійкої гендерної дисфорії (гендерної невідповідності). Лікарі мають надавати інформацію трансгендерним особам, що проходять лікування, про часовий перебіг фізичних змін, які будуть викликані гормональною терапією. Лікування має передбачати періодичний моніторинг рівнів гормонів та показників метаболізму, показників мінеральної щільності кісткової тканини та впливу лікування на передміхурову залозу, статеві залози та матку. Ми також надаємо рекомендації для трансгендерних людей, що планують генітальну хірургію з узгодження гендеру.

Методика розробки практичних клінічних настанов, що базуються на доказах

Підкомітет з клінічних рекомендацій (ПКР) Ендокринного товариства визнав діагноз та лікування осіб з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) пріоритетним напрямком для перегляду та створив робочу групу з розробки рекомендацій, що базуються на доказах. Робоча група дотримувалася рекомендацій від групи The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)*, міжнародної групи з досвідом в області розробки і реалізації настанов, що базуються на доказах (1). Детальний опис схеми оцінювання було опубліковано в інших джерелах (2). Робоча група використала для розробки рекомендацій найкращі наявні докази досліджень. Робоча група також використала послідовні мовні та графічні описи як сили рекомендації, так і якості доказів. Що стосується

сили рекомендацій, для сильних рекомендацій використовується фраза «ми рекомендуємо» та номер 1, а для слабких рекомендацій «ми пропонуємо» та номер 2. Перекреслені кола вказують на якість доказів, наприклад, ⊕○○○ означає дуже низьку якість доказів, ⊕⊕○○ – низька якість, ⊕⊕⊕○ – помірна якість і ⊕⊕⊕⊕ – висока якість. Робоча група впевнена у тому, що особи, які отримують догляд відповідно до сильних рекомендацій, в середньому отримують більше користі, ніж шкоди. Для визначення найкращого курсу дій слабкі рекомендації потребують більш ретельного розгляду індивідуальних обставин, цінностей та вподобань конкретної особи. Кожна рекомендація пов'язана з відповідним описом доказів та значенням, передбаченим робочою групою при її створенні. У деяких випадках є зауваження, у яких надано технічні пропозиції щодо умов тестування, дозування та моніторингу. Ці технічні коментарі відображають найкращі наявні докази, що були застосовані під час лікування типової особи. Часто такі докази надходили з несистематичних спостережень робочої групи та її вподобань; отже, слід розглядати ці зауваження в якості пропозицій.

У цій настанові робоча група зробила кілька заяв, щоб підкреслити важливість спільного прийняття рішень, загальних заходів профілактики та основних принципів лікування трансгендерних осіб. Вона позначила їх як «Твердження належної практики без оцінки». Прямі докази цих тверджень були недоступні або не були оцінені та розглянуті систематично поза сферою застосування даної настанови. Мета цих тверджень – привернути увагу до відповідних принципів.

Ендокринне товариство підтримує ретельний процес перегляду конфліктів інтересів під час розробки практичних клінічних настанов. Усі члени робочої групи повинні оголосити про будь-які потенційні конфлікти інтересів, заповнивши форму конфлікту інтересів. Перш ніж Рада Товариства затвердить членів для участі в робочій групі, ПКР розглядає всі конфлікти інтересів та періодично переглядає їх під час розробки настанови. Всі інші учасники, що беруть участь у розробці настанови, також повинні розкривати будь-які конфлікти інтересів у досліджуваному питанні; більшість з цих учасників повинні не мати жодних конфліктів інтересів. ПКР і робоча група переглянули та вирішили всі можливі суперечки та питання,

пов'язані з конфліктами інтересів щодо цієї настанови.

Конфлікт інтересів – це будь-яка винагорода, пов'язана з комерційними інтересами; гранти; підтримка досліджень; консультаційні збори; зарплата; частка власності [наприклад, акції та опціони на акції (за винятком диверсифікованих взаємних фондів)]; гонорари та інші виплати за участь у бюро спікерів, дорадчих радах або радах директорів; та будь-які інші фінансові вигоди. Заповнені форми щодо конфліктів інтересів доступні в офісі Ендокринного товариства.

Ендокринне товариство забезпечило фінансування для створення цієї настанови; робоча група не отримала ніякого фінансування або винагороди від комерційних або інших організацій.

Замовлений систематичний огляд

Для створення цієї настанови робоча група замовила розробку двох систематичних оглядів. Перший було спрямовано на узагальнення наявних доказів про вплив використання статевих стероїдів на ліпідний профіль та серцево-судинну систему трансгендерних осіб. В огляді було зазначено 29 відповідних досліджень з помірним ризиком упередженості. У трансгендерних чоловіків гормональну терапію було пов'язано зі статистично значним збільшенням рівня тригліцеридів у сироватці крові та рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності. Рівні холестерину ліпопротеїдів високої щільності значно знизилися у всіх періодах спостереження. У трансгендерних жінок рівні тригліцеридів у сироватці крові були значно вищими без будь-яких змін інших параметрів. Повідомлялося про декілька випадків інфаркту міокарда, інсульту, венозної тромбоемболії (ВТЕ) та смерті. Такі події частіше спостерігались у трансгендерних жінок. Проте якість доказів була низькою. У другому огляді узагальнено наявні дані про вплив статевих гормонів на здоров'я кісток у трансгендерних людей та зазначено 13 досліджень. У трансгендерних чоловіків не було статистично значущої різниці порівняно з вихідними показниками мінеральної щільності кісток у поперековому відділі хребта, шийці стегнової кістки або загальної МЩКТ протягом 12 та 24 місяців з початку проведення гормональної терапії з маскулінізації. У трансгендерних жінок спостерігалось статистично значуще збільшення МЩКТ поперекового відділу хребта порівняно з початковими показниками протягом 12 та 24

місяців з початку проведення гормональної терапії з фемінізації. Інформація щодо статистики переломів кісток була мінімальною. Якість свідчень також була низькою.

Вступ

Протягом усієї задокументованої історії (за умов відсутності ендокринних розладів) деякі чоловіки та жінки зазнавали сум'яття та страждань, що виникали внаслідок жорсткої, примусової необхідності відповідати статевому диморфізму. В сучасній історії відбувалося чимало дискусій щодо різних аспектів гендерної варіативності у біологічних, психологічних, культурних, політичних та соціологічних сферах. XX століття відзначилося соціальним пробудженням для тих чоловіків і жінок, які були переконані, що їх «замкнено» в неправильному тілі (3). Магнус Хіршфельд і Гаррі Бенджамін, серед інших, були першими, хто запропонували медичну відповідь для тих, хто шукали допомоги та розради в своєму глибокому дискомфорті. Хоча термін «транссексуал» став широко відомим після того, як Бенджамін написав фундаментальну працю «Феномен транссексуальності» (4), саме Хіршфельд у 1923 році винайшов термін «транссексуал» для визначення людей, які хочуть жити життям, що відповідає гендеру, який вони відчувають, а не приписаний статі (5). Магнус Хіршфельд (6) та інші (4, 7) описали й інші види транс-явищ окрім транссексуалізму. Ці ранні дослідники запропонували ідею, що гендерна ідентичність таких людей розташована десь уздовж одновимірного континууму. Цей континуум простягається від усього чоловічого через «щось проміжне» до всього жіночого. Однак така класифікація не враховує те, що люди можуть мати гендерну ідентичність поза межами цього континууму. Наприклад, деякі люди відчувають у собі як чоловічу, так і жіночу гендерну ідентичність, тоді як інші повністю відмовляються від будь-якої гендерної класифікації (8, 9). Є також повідомлення про осіб, що переживають постійні та швидкоплинні періоди неумисного чергування чоловічої та жіночої ідентичності (10), або чоловіків, які не відчувають себе чоловіками, але не хочуть жити як жінки (11, 12). В деяких країнах, (наприклад, Непалі, Бангладеші та Австралії) ці нечоловічі або нежіночі гендери є офіційно визнаними (13). Проте для таких груп ще не розроблено конкретних протоколів лікування.

Замість терміну «транссексуалізм» чинна

система класифікації Американської психіатричної асоціації використовує для діагнозу осіб, які не задоволені своєю біологічною статтю, термін «гендерна дисфорія» (14). Поточна версія МКХ-10 Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) все ще використовує термін транссексуалізм для діагностики підлітків та дорослих. Однак для МКХ-11 ВООЗ запропонувала використовувати термін «гендерна невідповідність» (15).

Лікування осіб з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) (15) раніше обмежувалося відносно неефективними еліксирами або кремами. Проте завдяки появі доступного тестостерону в 1935 році та діетилstilбестролу в 1938 році стало можливим більш ефективне лікування на основі ендокринології. У другій половині ХХ століття в друкованих засобах масової інформації з'явилися повідомлення про осіб з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю), які проходили гормональну терапію та хірургічні втручання з узгодження статі. У вересні 1979 року було засновано Міжнародну асоціацію гендерної дисфорії імені Гаррі Бенджаміна, яка тепер називається Всесвітньою професійною асоціацією зі здоров'я трансгендерів (WPATH). WPATH опублікувала свої перші Стандарти медичної допомоги в 1979 році. З того часу ці стандарти регулярно оновлюються, надаючи рекомендації щодо лікування осіб з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) (16)

До 1975 року було опубліковано лише декілька рецензованих статей, присвячених гормональній терапії для трансгендерних людей. Відтоді з'явилося понад дві тисячі статей щодо різних аспектів надання медичної допомоги трансгендерним людям.

Метою цієї настанови є надання на підставі наявної

медичної літератури та клінічного досвіду вичерпних рекомендацій та пропозицій, що дозволять лікарям збільшити користь та мінімізувати ризики при догляді за особами з діагнозом «гендерна дисфорія» (гендерна невідповідність).

У майбутньому нам потрібні більш ретельні оцінки ефективності та безпеки ендокринологічних та хірургічних протоколів. Зокрема, ендокринологічні протоколи щодо гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) мають включати ретельну оцінку наступного: (1) вплив тривалої затримки статевого дозрівання у підлітків на здоров'я кісток, функції гонад і головного мозку (включаючи вплив на когнітивний, емоційний, соціальний та статевий розвиток); (2) вплив лікування на гормональний рівень у дорослих; (3) необхідність використання та вплив прогестинів та інших засобів, що використовуються для пригнічення ендогенних статевих стероїдів під час лікування; (4) ризики та переваги гормональної терапії з узгодження гендеру для трансгендерних людей літнього віку.

Для успішного встановлення та введення в дію цих протоколів потрібна співпраця дослідників у галузі психічного здоров'я та ендокринології в довгострокових великомасштабних міжнародних дослідженнях з використанням однакових діагностичних критеріїв та критеріїв включення, лікувальних засобів, методів аналізу та інструментів оцінки реакцій (наприклад, Європейська мережа дослідження гендерної невідповідності) (17, 18).

Термінологія та її використання змінюються і продовжують розвиватися. Таблиця 1 містить визначення термінів відповідно до їх використання в цій настанові.

Таблиця 1

Визначення термінів, що використовуються в цій настанові

<i>Біологічна стать, біологічний чоловік або біологічна жінка</i> – ці терміни стосуються фізичних аспектів чоловічої та жіночої статі. Оскільки вони можуть не збігатися один з одним (наприклад, людина з ХУ-хромосомами може мати геніталії, схожі на жіночі), терміни «біологічна стать» та «біологічний чоловік або біологічна жінка» є неточними та їх слід уникати.
<i>Цисгендер</i> означає, що людина не є трансгендером. Альтернативний спосіб опису осіб, які не є трансгендерами – «нетрансгендерні люди».
<i>Гормональна терапія з узгодження гендеру</i> – див. «Корекція гендеру/статі».
<i>Гендерна дисфорія</i> – це дистрес та нездужання, що відчувається, коли гендерна ідентичність та приписана стать не повністю відповідають одна одній (див. табл. 2). У 2013 році Американська психіатрична асоціація випустила п'яте видання DSM-5, де «розлад гендерної ідентичності» замінено на «гендерну дисфорію» та змінено критерії діагностики.

<p><i>Гендерні прояви</i> – цей термін стосується зовнішніх проявів гендеру, що виражаються за допомогою імені, займенників, одягу, зачіски, поведінки, голосу чи тілесних ознак. Як правило, трансгендерні люди прагнуть узгодити свої гендерні прояви зі своєю гендерною ідентичністю, а не приписаною статтю.</p>
<p><i>Гендерна ідентичність / гендер, що відчувається</i> – цей термін стосується внутрішнього, глибинного відчуття гендеру. У трансгендерних осіб їх гендерна ідентичність не відповідає статі, приписаній при народженні. Більшість людей мають гендерну ідентичність чоловіка чи жінки (або хлопчика чи дівчинки). Гендерна ідентичність деяких людей не відповідає жодному з цих варіантів. На відміну від гендерних проявів (див. вище), гендерну ідентичність іншим не видно.</p>
<p><i>Розлад гендерної ідентичності</i> – це термін, який використовувався для гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) у попередніх версіях DSM (див. «Гендерна дисфорія»). У МКХ-10 цей термін досі використовується для діагностики дітей, але в наступному перегляді МКХ-11 пропонується використовувати термін «дитяча гендерна невідповідність».</p>
<p><i>Гендерна невідповідність</i> – це парасольковий термін, який використовується, коли гендерна ідентичність та/або гендерні прояви відрізняються від тих, що зазвичай пов'язані з приписаною статтю. Гендерна невідповідність також є запропонованою назвою діагнозів у МКХ-11, пов'язаних з гендерною ідентичністю. Не всі особи з гендерною невідповідністю мають гендерну дисфору або потребують лікування.</p>
<p><i>Гендерна варіативність</i> – див. «Гендерна невідповідність».</p>
<p><i>Корекція гендеру/статі</i> – цей термін стосується процедури лікування для тих, хто хочуть адаптувати своє тіло до бажаної статі за допомогою гормонів та/або хірургічних операцій. Також це називають лікуванням з підтвердження або узгодження гендеру.</p>
<p><i>Хірургічні втручання з корекції статі (хірургічні втручання з підтвердження/узгодження гендеру)</i> – цей термін стосується хірургічної частини лікування з узгодження гендеру.</p>
<p><i>Гендерна роль</i> – цей термін стосується поведінки, установок та особистих рис, які суспільство (у певній культурі та історичному періоді) визначає як чоловічі чи жіночі, та/або те, що суспільство пов'яже з соціальною роллю чоловіків чи жінок або вважає типовим для неї.</p>
<p><i>Стать, приписана при народженні</i> – цей термін стосується статі, яку особі приписали при народженні, зазвичай на основі анатомії геніталій.</p>
<p><i>Стать</i> – це ознаки, що характеризують біологічну чоловічість та жіночість. Найбільш відомі ознаки включають статеві гени, статеві хромосоми, антиген Н-У, гонади, статеві гормони, внутрішні та зовнішні статеві органи, а також вторинні статеві ознаки.</p>
<p><i>Сексуальна орієнтація</i> – цей термін характеризує тривалий фізичний та емоційний потяг індивідуума до іншої особи. Гендерна ідентичність та сексуальна орієнтація – не одне й те саме. Незалежно від гендерної ідентичності, трансгендерних людей можуть приваблювати жінки (гінефілія), чоловіки (андрофілія), вони можуть бути бісексуальними, асексуальними або квір.</p>
<p><i>Трансгендер</i> – це парасольковий термін для людей, чия гендерна ідентичність та/або гендерні прояви відрізняються від тих, що зазвичай пов'язуються з їх статтю, приписаною при народженні. Не всі трансгендерні особи потребують лікування.</p>
<p><i>Трансгендерний чоловік (також: транс-чоловік, «з жінки на чоловіка», трансгендерний чоловік)</i> – цей термін стосується осіб, яким при народженні була приписана жіноча стать, але які ідентифікують себе та живуть як чоловіки.</p>
<p><i>Трансгендерна жінка (також: транс-жінка, «з чоловіка на жінку», трансгендерна жінка)</i> – цей термін стосується осіб, яким при народженні була приписана чоловіча стать, але які ідентифікують себе та живуть як жінки.</p>
<p><i>Перехід</i> – це процес, в ході якого трансгендерні особи змінюють свої фізичні, соціальні та/або юридичні ознаки відповідно до бажаної гендерної ідентичності. Передпубертатні діти можуть вибирати здійснення соціального переходу.</p>
<p><i>Транссексуал</i> – це раніше вживаний термін, що виник в медичних та психологічних спільнотах для позначення осіб, які здійснили остаточний перехід шляхом медичних втручань або бажають це зробити.</p>

Вирішальні біологічні фактори розвитку гендерної ідентичності

Усвідомлення себе чоловіком чи жінкою поступово змінюється з раннього дитинства. Цей процес

когнітивного та афективного навчання розвивається шляхом взаємодії з батьками, однолітками та середовищем. Існує досить точний графік, в якому вказуються етапи цього процесу (19). Нормативна

психологічна література, однак, не розглядає питання про те, як і коли відбувається становлення гендерної ідентичності, та які фактори сприяють розвитку гендерної ідентичності, що не відповідає гендеру виховання. Результати досліджень з різних біомедичних дисциплін генетики, ендокринології та нейроанатомії підтверджують, що гендерна ідентичність та/або гендерні прояви (20), ймовірно, відображають складну взаємодію факторів біології, навколишнього середовища та культури (21, 22).

Що стосується міркувань з точки зору ендокринології, розбіжностей між трансгендерами та нетрансгендерними особами на рівні циркуляції статевих гормонів в дослідженнях виявити не вдалося (23). Проте дослідження осіб з розладом статевого розвитку визначили розуміння ролі, яку гормони можуть відігравати під час становлення гендерної ідентичності, навіть якщо люди з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) здебільшого не мають розладу статевого розвитку. Наприклад, хоча більшість дорослих осіб каріотипу 46,XX з вірилізувальною вродженою гіперплазією надниркових залоз, викликаною мутаціями гена CYP21A2, повідомляли про жіночу гендерну ідентичність, поширеність гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) була в цій групі набагато більшою, ніж серед загальної популяції без розладів статевого розвитку. Це підтверджує концепцію, що пренатальні/постнатальні андрогени відіграють роль у гендерному розвитку (24-26), хоча деякі дослідження показують, що пренатальні андрогени, швидше за все, впливають на гендерну поведінку та сексуальну орієнтацію, а не на гендерну ідентичність як таку (27, 28).

Дослідники зробили аналогічні спостереження щодо потенційної ролі андрогенів у розвитку гендерної ідентичності в інших осіб з розладами статевого розвитку. Наприклад, в огляді двох груп осіб каріотипу 46,XY, кожна з дефіцитом синтезу андрогену та вихована як жінка, повідомляється, що зміна гендерної ролі, як у трансгендерного чоловіка, відбувається в 56-63% та 39-64% пацієнтів відповідно (29). Також у осіб каріотипу 46,XY з екстрофією клоаки та агенезією пеніса, вихованих як жінки, поява змін, властивих трансгендерним чоловікам, була значно більш поширеною, ніж серед загальної популяції (30, 31). Проте той факт, що високий відсоток осіб в однакових умовах не змінював гендер, свідчить про те, що культуральні чинники також можуть відігравати свою роль.

Що стосується генетики та гендерної ідентичності, в декількох дослідженнях було зроблено припущення про успадкованість гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) (32, 33). Зокрема, дослідження Хейленз та ін. (33) показало коефіцієнт конкордантності 39,1% для розладів гендерної ідентичності (на підставі критеріїв DSM-IV) у 23 парах монозиготних близнят, але також показало відсутність конкордантності в 21 парі дизиготних близнюків однакової статі та в 7 парах різностатевих близнюків. Незважаючи на те, що численні дослідники намагалися ідентифікувати специфічні гени, пов'язані з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю), такі дослідження були суперечливими та не мали сильного статистичного значення (34-38).

Дослідження, в яких увага зосереджена на структурі мозку, свідчать про те, що фенотипи мозку людей з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) відрізняються від фенотипів чоловіків і жінок контрольної групи, але в їхніх структурах головного мозку немає повного обернення статі (39).

У підсумку, хоча щодо гендерної ідентичності та її проявів багато чого залишається невідомим, переконливі дослідження підтверджують те, що біологічні чинники сприяють цьому фундаментальному аспекту розвитку людини вкупі з факторами навколишнього середовища.

Анамнез життя дітей з гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю)

Насучасному рівні знань ми не можемо передбачити психосексуальні наслідки для будь-якої конкретної дитини. Проспективні дослідження з подальшими спостереженнями показують, що дитяча гендерна дисфорія (гендерна невідповідність) не завжди зберігається в підлітковому та дорослому віці (так звані «відмовники»). Об'єднавши всі результати досліджень, які є на цей час, можна побачити, що гендерна дисфорія (гендерна невідповідність), яка виникла у препубертатному періоді, зберігається у меншості дітей, які досягають підліткового віку (20, 40). У підлітковому віці значна кількість таких відмовників визначають себе як гомосексуальні або бісексуальні люди. Можливо, діти, що виявили лише деякі ознаки гендерної невідповідності, були включені в подальші дослідження, оскільки критерії перегляду тексту DSM-IV для діагностики були досить широкими. Проте збереження гендерної дисфорії (гендерної невідповідності) у підлітковому

віці є більш імовірним, якщо в дитинстві вона мала крайні прояви (41, 42). За новими, більш суворими критеріями DSM-5 (табл. 2) показники стійкості в майбутніх дослідженнях можуть виявитися іншими.

Таблиця 2

Критерії DSM-5 для гендерної дисфорії у підлітків та дорослих

A. Виразна невідповідність між гендером, що відчувається/проявляється особою, та гендером від народження тривалістю принаймні 6 місяців, що має прояви хоча б за двома ознаками з наступних:
1. Виразна невідповідність між гендером, що відчувається/проявляється особою, та основними та/або вторинними статевими ознаками (або очікуваними вторинними статевими ознаками у підлітків молодшого віку).
2. Сильне бажання позбутися первинних та/або вторинних статевих ознак через значну невідповідність до гендеру, що відчувається/проявляється особою (або бажання запобігти розвитку очікуваних вторинних статевих ознак у підлітків молодшого віку).
3. Сильне прагнення до набуття первинних та/або вторинних статевих ознак іншого гендеру.
4. Сильне бажання бути іншого гендеру (або певного альтернативного гендеру, відмінного від приписаного особі).
5. Сильне бажання особи, щоб з нею поводитись як з особою іншого гендеру (або певного альтернативного гендеру, відмінного від приписаного особі).
6. Сильне переконання у наявності в особи типових почуттів та реакцій, що притаманні іншому гендеру (або певному альтернативному гендеру, відмінному від приписаного особі).
B. Стан пов'язано зі значним клінічним дистресом або порушеннями у соціальних, професійних та інших важливих сферах функціонування.
Вкажіть, якщо:
1. Стан співіснує з порушенням статевого розвитку.
2. Це стан після переходу, у якому особа повністю перейшла до життя відповідно до бажаного гендеру (з легалізацією зміни гендеру або без неї) і була піддана принаймні одній медичній процедурі або режиму лікування (або готується до цього), пов'язаним зі статтю, а саме регулярному лікуванню статевими гормонами або хірургічній корекції гендеру з підтвердження бажаного гендеру (наприклад, пенектомія, вагінопластика в чоловіків за народженням, мастектомія або фалопластика в жінок за народженням).

Джерело: Американська психіатрична асоціація (14).

(Продовження у наступному номері журналу)

Переклад здійснено за егідою Громадського об'єднання «Інсайт», перекладач – Інна Ірискіна

Дата надходження до редакції 14.05.2018 р.