

Стандарты медицинской помощи при расстройствах гендерной идентичности

http://trans-tema.com/standartyi_medicinskoj_pomoshi.htm

Всемирная профессиональная ассоциация по здоровью трансгендеров (*WPATH*), ранее известная как Международная ассоциация по гендерной дисфории имени Гарри Бенджамина (*HBIGDA*) – это профессиональная организация, посвящённая изучению и лечению расстройств гендерной идентичности. Её миссия как международной междисциплинарной организации – содействовать заботе, просвещению, исследованиям, адвокации, общественной политике и уважению в сфере здоровья трансгендеров.

Стандарты помощи при лечении расстройств гендерной идентичности – это международно признанное руководство, разработанное *WPATH* для того, чтобы способствовать здоровью и благополучию лиц с расстройством гендерной идентичности. Это шестая версия Стандартов, опубликованная в **феврале 2001 года**. Предыдущие пять версий были опубликованы в 1979, 1980, 1981, 1990 и 1998 годах. Полный текст стандартов на английском можно скачать по этой ссылке, здесь же вашему вниманию предлагается сокращённый русский перевод.

Вводные положения

Главная цель стандартов состоит в том, чтобы чётко выразить профессиональную точку зрения международной организации *WPATH* на различные медицинские подходы к расстройствам гендерной идентичности. Важно учитывать, что знания в этой области ограничены, и можно надеяться, что многие неопределённости будут сняты в дальнейшем посредством научных исследований.

Общая цель психотерапевтического, эндокринного и хирургического лечения людей с расстройствами гендерной идентичности – это достижение устойчивого личного комфорта с собственным гендером для максимального общего психологического благополучия и удовлетворённости собой.

Данные стандарты дают гибкие указания по лечению расстройств гендерной идентичности. Их критерии применимости являются минимальными требованиями, из которых в особых случаях могут быть сделаны исключения.

После того как диагноз расстройства поставлен, лечение обычно включает в себя три элемента или фазы (иногда называемые триадической терапией): опыт жизни в желаемой гендерной роли, приём гормонов желаемого пола и хирургическая коррекция гениталий и других половых признаков. Обычно триадическая терапия производится в следующем порядке: гормоны – реальный опыт – хирургия, либо иногда: реальный опыт – гормоны – хирургия. Однако диагноз расстройства гендерной идентичности предусматривает разнообразные варианты лечения, только одним из которых является полная триада. Врачи всё чаще осознают, что не всем людям с расстройствами гендерной идентичности необходимы все три элемента триадической терапии.

Диагностическая номенклатура

Термин *транссексуал* начал использоваться специалистами с 50-х годов для обозначения личности, которая стремится жить или фактически живёт в противоположной анатомическому строению гендерной роли, независимо от того, была ли проведена гормонотерапия или хирургическая операция. В 60-х и 70-х врачи использовали термин *истинный* [в отечественном варианте *ядерный* – прим. И.И.] *транссексуал*. Предполагалось, что истинный транссексуал должен иметь: 1) отождествление с противоположным гендером, которое постоянно проявлялось через особенности поведения в детском, подростковом и взрослом возрасте; 2) минимум или никакого сексуального возбуждения при переодевании; 3) никакого гетеросексуального влечения (относительно его анатомического пола). Вера в концепцию истинных транссексуалов развеялась, когда стало ясно, что такие пациенты встречаются редко, и что некоторые транссексуалы намеренно искажали свои истории, чтобы подогнать их к ранним теориям. Позднее для обозначения гендерных проблем был принят термин синдром гендерной дисфории, он использовался до тех пор, пока психиатрия не разработала официальную номенклатуру.

Диагноз *транссексуализм* был введён в *DSM-III* (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации) для лиц с гендерной дисфорией, которые как минимум два года демонстрировали постоянное желание трансформации их анатомического пола и социального гендерного статуса. Другие варианты гендерной дисфории могли быть диагностированы как "расстройство гендерной идентичности в подростковом или взрослом возрасте нетранссексуального типа" или "расстройство гендерной идентичности неуточнённое". Эти термины обычно игнорировали в СМИ, которые использовали понятие "транссексуал" для всех, кто хотел изменить свой пол и гендер.

С введением *DSM-IV* в 1994 году диагноз "транссексуализм" был заменён на *расстройство гендерной идентичности*. В зависимости от возраста, лица с сильным и постоянным кросс-гендерным отождествлением и постоянным ощущением дискомфорта от своего пола или чувством несоответствия гендерной роли этому полу могли быть диагностированы с "расстройством гендерной идентичности в детстве" (302.6), "в подростковом или взрослом возрасте" (302.85). Для тех, кто не проходил по этим критериям, использовался диагноз "расстройство гендерной идентичности неуточнённое" (*GIDNOS*). Эта категория включала тех, кто желал только кастрации или пенэктомии без желания вырастить грудь; тех, кто желал гормонотерапии и мастэктомии без реконструкции гениталий; тех, у кого тяга к переодеваниям была временной и связанной со снятием стрессов; а также тех, кто проявлял заметную нерешительность к смене своего гендерного статуса.

В период между публикацией *DSM-III* и *DSM-IV* вошёл в обиход термин трансгендер. Его часто использовали для обозначения лиц с любыми необычными особенностями гендерной идентичности. Трансгендер – это не формальный диагноз, однако многие специалисты и представители общественности часто используют его вместо *GIDNOS*, являющегося формальным

диагнозом.

ICD-10 (Международная классификация болезней) определяет пять видов диагноза расстройств гендерной идентичности (F64):

Транссексуализм (F64.0) имеет 3 критерия:

1. Желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, обычно сопровождаемое желанием привести тело путём хирургического и гормонального лечения в соответствие с предпочитаемым полом, насколько это возможно.
2. Транссексуальная идентичность наблюдается устойчиво как минимум два года.
3. Расстройство не является симптомом другого психического расстройства или хромосомной аномалии.

Трансвестизм двойной роли (F64.1) имеет 3 критерия:

1. Личность носит одежду противоположного пола, чтобы ощутить временную принадлежность к противоположному полу.
2. Отсутствует сексуальная мотивация для переодевания.
3. У личности нет желания полностью изменить пол на противоположный.

Расстройство гендерной идентичности в детстве (F64.2) имеет различные критерии для девочек и мальчиков.

Для девочек:

1. Личность ощущает постоянное сильное душевное расстройство из-за того, что является девочкой, и имеет устойчивое желание быть мальчиком (не просто желание каких-либо социокультурных преимуществ в том, чтобы быть мальчиком), или настаивает, что она – мальчик.
2. Должно присутствовать что-либо из следующего:
 - A. Устойчивое отвращение к нормативной женской одежде и настойчивое требование ношения типично мужской одежды;
 - B. Устойчивое отрицание женских анатомических структур, подтвержденное как минимум одним из следующего:
 1. Утверждение, что у неё есть или вырастет пенис;
 2. Отказ мочиться сидя;
 3. Утверждение, что она не хочет роста груди или менструаций.
3. Девочка ещё не достигла половой зрелости.
4. Расстройство должно присутствовать как минимум 6 месяцев.

Для мальчиков:

1. Личность ощущает постоянное сильное душевное расстройство из-за того, что является мальчиком, и имеет устойчивое желание быть девочкой, или, реже, настаивает, что он – девочка.
2. Должно присутствовать что-либо из следующего:
 - A. Занятие типично женскими видами деятельности, проявляемое через переодевания или имитацию женских нарядов, или через сильное желание участвовать в играх и времяпрепровождении с девочками и отрицание типично мужских игрушек, игр и занятий.
 - B. Устойчивое отрицание мужских анатомических структур, подтвержденное как минимум одним из следующих повторяемых утверждений:
 1. Что он вырастет и станет женщиной (не просто будет играть роль);
 2. Что его пенис или яички отвратительны или должны исчезнуть;
 3. Что лучше было бы не иметь пенис или яички.
3. Мальчик ещё не достиг половой зрелости.
4. Расстройство должно присутствовать как минимум 6 месяцев.

Другие расстройства гендерной идентичности (F64.8) не имеют чётких критериев.

Расстройство гендерной идентичности неуточнённое не имеет чётких критериев.

Любой из двух последних диагнозов может быть поставлен интерсексуальным людям.

Ожидается, что разница между системами DSM-IV и ICD-10 будет устранена в дальнейшем.

Определение расстройства гендерной идентичности как психического расстройства не является поводом для стигматизации или лишения гендерных пациентов гражданских прав. Использование формального диагноза часто необходимо для предоставления пособий, которые предлагаются системой медицинского страхования, и стимулирования исследований для обеспечения более эффективных методов лечения в будущем.

Специалисты по психическому здоровью

Специалисты по психическому здоровью, работающие с личностями с расстройствами гендерной идентичности, могут регулярно привлекаться для выполнения следующих обязанностей:

1. Точно диагностировать гендерное расстройство личности.
2. Точно диагностировать любые сопутствующие психические отклонения и позаботиться о соответствующем их лечении.
3. Проконсультировать пациента о возможных вариантах лечения и их последствиях.
4. Проводить психотерапию.

5. Удостовериться в возможности применения и готовности к гормональному и хирургическому лечению.
6. Дать формальные рекомендации коллегам-врачам и хирургам.
7. Описать историю пациента в рекомендательном письме.
8. Быть коллегой в команде специалистов в области расстройств гендерной идентичности.
9. Просвещать членов семьи, работодателей и организации о расстройствах гендерной идентичности.
10. Быть способным продолжать наблюдение за ранее принятыми гендерными пациентами.

Рекомендуются следующие минимальные условия, которым должен удовлетворять специалист по расстройствам гендерной идентичности:

1. Степень магистра или её эквивалент в сфере клинической медицины. Эта или более высокая степень должна быть присвоена учреждением, имеющим национальную или региональную аккредитацию. Специалист по психическому здоровью должен иметь подтверждающие документы от соответствующего учебного заведения и учёного совета.
2. Специализированное образование и компетентность в оценке половых расстройств по DSM-IV/ICD-10 (не только расстройств гендерной идентичности).
3. Документы о профессиональной подготовке и компетентности в психотерапии.
4. Продолжение образования в области лечения расстройств гендерной идентичности, включая присутствие на профессиональных заседаниях, секциях, семинарах, или участие в исследованиях, связанных с проблемами гендерной идентичности.

Документ о назначении специалистом по психическому здоровью гормонотерапии или хирургической операции должен кратко описывать:

1. Общие характеристики, идентифицирующие пациента.
2. Исходные и развившиеся гендерные, сексуальные и другие психиатрические диагнозы.
3. Длительность наблюдения за пациентом, в том числе виды проведенной с ним психотерапии или других обследований.
4. Критерии применимости, которые были достигнуты, и обоснование специалистом по психическому здоровью причин для гормонального или хирургического лечения.
5. Степень, с которой пациент придерживался Стандартов помощи на текущий момент и вероятность дальнейшего соответствия.
6. Является ли автор отчёта участником команды по вопросам гендера.
7. Готовность отправителя подтвердить по телефону, что специалист по психическому здоровью действительно написал письмо, описанное в этом документе.

Полнота таких документов обеспечивает врача, выписывающего гормоны, и хирурга существенной уверенностью в том, что специалист по психическому здоровью компетентен в области расстройств гендерной идентичности.

Для назначения гормонотерапии и операций на груди требуется одно письмо. Для операций на гениталиях обычно требуется два письма: как правило, одно от психотерапевта данного пациента и другое от врача, который только оценивает состояние пациента. Как минимум одно из писем должно содержать подробный отчёт.

Оценка состояния и лечение детей и подростков

Расстройства гендерной идентичности у детей и подростков отличаются от аналогичных у взрослых тем, что происходят в период быстрого и драматичного развития. Это ведёт к большой гибкости и вариативности в итоге: только некоторые подростки с гендерными особенностями оказываются транссексуалами, в то время как у многих развивается гомосексуальная ориентация. Чем младше ребёнок, тем меньше уверенности в том, каким он станет.

Терапия должна фокусироваться на облегчении любых болезненных проблем в жизни ребёнка, на снижении дискомфорта от проблем с гендерной идентичностью и других трудностей. Нужно поддерживать ребёнка и семью в принятии сложных решений о том, до какой степени можно позволить ребёнку принять гендерную роль, совпадающую с гендерной идентичностью. В частности, решать, нужно ли информировать других о ситуации с ребёнком, и как им следует реагировать; например, следует ли ребёнку ходить в школу под именем и в одежде, противоположных его или её врождённому полу. Также следует поддерживать семью в том, чтобы смягчить неопределённость и беспокойство в отношении гендерных проявлений ребёнка и того, как лучше с ними справляться.

Прежде чем будет рассмотрен вариант физического вмешательства, должны быть тщательно исследованы психологические, семейные и социальные факторы. Убеждённость в своей идентичности у подростков может проявляться в твёрдой и сильно выраженной форме, создавая ложное впечатление необратимости, однако становится более гибкой впоследствии. Поэтому необратимое физическое вмешательство должно быть отложено настолько, насколько это оправдано с медицинской точки зрения.

Виды физического вмешательства разделяются на 3 категории или этапа:

1. Полностью обратимые вмешательства. Включают использование агонистов LHRH или медроксипрогестерона, чтобы подавить выработку эстрогена или тестостерона и соответственно задержать физические изменения при половом созревании.
2. Частично обратимые вмешательства. Включают гормональные вмешательства, которые маскулинизируют или феминизируют тело, такие как назначение тестостерона биологическим женщинам и эстрогена биологическим мужчинам. Для

возврата к исходному состоянию может потребоваться хирургическое вмешательство.

3. Необратимые вмешательства. Это хирургические процедуры.

Рекомендуется поэтапный процесс, оставляющий возможность выбора на первых двух этапах. Переход от одного этапа к другому не должен происходить раньше, чем пройдет достаточно времени для подростка и его семьи, чтобы полностью приспособиться к эффектам от предыдущих вмешательств.

Подростки могут начинать принимать гормоны, задерживающие половое развитие, сразу как только начинаются пубертатные изменения. Однако рекомендуется, чтобы подросток получил опыт полового созревания своего биологического пола как минимум до второй стадии Таннера.

Для обеспечения подростка гормонами задержки полового развития должны быть соблюдены следующие критерии:

1. На протяжении детства подросток демонстрировал интенсивное проявление кросс-гендерной идентичности и отвращение к поведению в ожидаемой гендерной роли.

2. Половой и гендерный дискомфорт существенно увеличился с наступлением пубертатного периода.

3. Семья соглашается и принимает участие в терапии.

Подростки могут начинать маскулинизирующую или феминизирующую гормональную терапию в возрасте 16 лет, предпочтительно с согласия родителей. В странах, где 16 лет является возрастом совершеннолетия, согласие родителей не требуется.

Критерием возможности применения триадической терапии у подростков является участие в лечении специалиста по психическому здоровью. Для начала опыта реальной жизни или гормонотерапии он должен взаимодействовать с пациентом и семьей как минимум 6 месяцев.

Любое хирургическое вмешательство не должно осуществляться раньше достижения совершеннолетия, или до как минимум двухлетнего опыта жизни в желаемой гендерной роли. Порог в 18 лет рассматривается как критерий применимости и не является сам по себе признаком необходимости активного вмешательства.

Психотерапия для взрослых

Не всем взрослым гендерным пациентам нужна психотерапия для того, чтобы перейти к гормонотерапии, опыту реальной жизни или хирургической операции. Если специалист по психическому здоровью рекомендует психотерапию, врач должен указать цели лечения, оценочную его частоту и продолжительность. Не существует обязательного минимума психотерапевтических сеансов, предшествующих гормонотерапии, опыту реальной жизни или хирургической операции.

Психотерапия часто просвещает пациента о различных вариантах, которые им ранее серьезно не рассматривались. Она подчеркивает необходимость ставить реальные жизненные цели насчет работы и взаимоотношений, а также пытается выявить и смягчить конфликты пациента, которые могут подрывать его стабильный образ жизни.

Построение надежных доверительных отношений с пациентом является первым шагом к успешной работе психотерапевта. В идеале врач имеет дело с личностью во всех её сложных проявлениях. Цель психотерапии – помочь личности жить в комфорте с её гендерной идентичностью и эффективно справляться с негендерными вопросами. Специалист по психическому здоровью также должен обсудить с пациентом то, что никакая образовательная, психотерапевтическая, медицинская или хирургическая терапия не сможет полностью искоренить все остатки исходного пола личности и предыдущего гендерного опыта.

Терапевт должен объяснить, что пациент имеет право выбирать из многих вариантов и экспериментировать с различными подходами. В идеале психотерапия – это совместная работа. Сотрудничество должно предотвращать патовую ситуацию между терапевтом, который вроде бы без необходимости задерживает рекомендацию, и пациентом, который слишком недоверчив в том, чтобы свободно делиться мыслями, чувствами и происходящим.

Пациенты могут получать выгоду от психотерапии на любом этапе гендерных изменений, включая послеоперационный период, когда анатомические препятствия к гендерному комфорту устранены, однако личность может ощущать недостаток полноценного комфорта и опыта жизни в новой гендерной роли.

Гормонотерапия для взрослых

Критерии применимости:

1. Возраст 18 лет.

2. Доказуемое знание того, чего можно и нельзя достичь с помощью гормонов, социальных выгод и рисков от их применения.

3. Либо документированный опыт реальной жизни как минимум в 3 месяца до приёма гормонов, либо период психотерапии после первоначальной оценки состояния пациента (обычно минимум 3 месяца).

В определённых обстоятельствах допускается назначать гормоны пациентам, которые не удовлетворяют критерию 3 – например, чтобы обеспечить контролируруемую терапию с использованием качественных гормонов как альтернативу покупке гормонов на чёрном рынке и т. п.

Критерии готовности:

1. Дальнейшее укрепление гендерной идентичности пациента в процессе опыта реальной жизни или психотерапии.

2. Пациент продвинулся в овладении другими выявленными проблемами, что привело к улучшению душевного здоровья

(подразумевается удовлетворительный контроль над такими проблемами как социопатия, злоупотребление наркотиками, психоз, склонность к суициду).

3. Пациент склонен ответственно относиться к приёму гормонов.

Если пациент не желает хирургического вмешательства или опыта реальной жизни, гормонотерапия также возможна после прохождения психотерапии у квалифицированного специалиста с учётом минимальных упомянутых выше стандартов.

Если лицо, проходящее лечение расстройства гендерной идентичности, оказывается в заключении, ему должна быть обеспечена возможность продолжения лечения в соответствии с данными стандартами. Размещение трансгендерных заключённых должно производиться с учётом их состояния по ходу транзишена и обеспечения их личной безопасности.

Врач, обеспечивающий гормонотерапию и наблюдение за ходом лечения, не обязан быть специалистом в эндокринологии, но должен быть сведущ в соответствующих медицинских и психологических аспектах лечения лиц с расстройствами гендерной идентичности. После изучения медицинской истории, физического и лабораторного обследования врач должен рассмотреть вероятные и побочные эффекты гормонального лечения, в том числе возможность серьёзной угрозы для жизни. Пациент должен быть способен оценить риски и выгоды от лечения, получить ответы на свои вопросы и дать согласие на медицинское наблюдение за ходом лечения. Медицинская карта должна содержать в письменном виде документ о согласии, отражающий обсуждение рисков и выгод от гормонотерапии.

Врач должен обеспечить пациента справкой, отражающей, что лицо находится под медицинским наблюдением, которое включает кросс-половую гормонотерапию. На начальных стадиях гормонотерапии пациенту следует постоянно носить с собой эту справку, что может помочь избежать трудностей с полицией и другими представителями власти.

Гормонотерапия может быть назначена только тем, кто законно может предоставить информированное согласие. Для подростков оно должно включать одобрение родителей и письменное согласие родителя или легального опекуна. Информированное согласие подразумевает осознание пациентом того, что приём гормонов ограничивает способность к зачатию. Специалист по психическому здоровью и врач, предписывающий гормонотерапию, должны обсудить с пациентом его репродуктивные возможности до начала терапии. Биологические мужчины должны быть проинформированы о возможности сохранения спермы и рассмотреть этот вариант до гормонотерапии. Биологические женщины пока не имеют возможности сохранения гамет, кроме криосохранения оплодотворённого зародыша, однако они тоже должны быть информированы о вопросах репродуктивности, включая этот вариант.

Опыт реальной жизни

Полное принятие новой гендерной роли в повседневной жизни называется опытом реальной жизни. Поскольку изменение гендерного способа представления влечёт за собой немедленные глубокие последствия в личной и социальной сфере, этому должна предшествовать осведомлённость о том, какими могут быть семейные, профессиональные, межличностные, образовательные, экономические и правовые последствия. Специалисты ответственны за то, чтобы обсуждать предсказуемые последствия с пациентами, поскольку они могут существенно отличаться от того, что пациент воображал себе до перехода к реальному опыту.

Когда врачи оценивают качество опыта реальной жизни в желаемом гендере, они рассматривают следующие способности личности:

1. Поддержание полной или частичной занятости.
2. Деятельность в качестве студента.
3. Общественная деятельность в качестве волонтера.
4. Сочетания пунктов 1–3.
5. Получение законного имени в соответствии с гендерной идентичностью.
6. Предоставление документов о том, что и другие лица кроме терапевта знают о жизни пациента в желаемой гендерной роли.

MtF-пациентам обычно рекомендуется сделать электроэпиляцию до начала опыта реальной жизни, потому что борода должна вырастать до видимой длины, чтобы её можно было удалять. Для удаления волос на лице формальное медицинское разрешение не нужно. Многим пациентам требуется 2 года регулярных процедур, чтобы избавиться от растительности на лице.

Хирургические операции

Для лиц с диагнозом "транссексуализм" или "сильное расстройство гендерной идентичности" хирургическая коррекция пола, наряду с гормонотерапией и опытом реальной жизни, доказала свою эффективность как способ лечения. Она не является экспериментальной, исследовательской, избирательной, косметической в любом смысле этих слов.

Очень важно, чтобы специалисты, имеющие дело с пациентами с расстройствами гендерной идентичности, чувствовали себя комфортно, переделывая анатомически нормальные структуры. Чтобы понять, как хирургия может облегчить психологический дискомфорт пациентов, специалисты должны выслушивать истории их жизни и дилеммы, с которыми они сталкиваются. Соппротивление выполнению таких хирургических операций из этических соображений по принципу "прежде всего не навреди" должно быть принято с уважением, обсуждено и сопоставлено с возможностью узнать от самих пациентов о психологических проблемах при сильном расстройстве гендерной идентичности.

Неэтично отказывать в операции по коррекции пола или гормонотерапии исключительно по причине серопозитивности крови из-за инфекций, таких как ВИЧ, гепатит В и т. п.

Хирург – это не просто специалист, нанятый для выполнения процедуры. Он является частью команды врачей, участвующих в длительном процессе лечения. Лучше всего, если хирург входит в междисциплинарную команду профессионалов, специализирующихся на расстройствах гендерной идентичности. Как минимум, хирург должен быть уверен, что специалист по

психическому здоровью и врач, выписывающий гормоны, являются достойными профессионалами, имеющими опыт работы с расстройствами гендерной идентичности.

Выполнение операций на груди возможно при удовлетворении таким же критериям, как и начало гормональной терапии.

Минимальные критерии применимости для операций на гениталиях одинаковы для биологических мужчин и женщин:

1. Совершеннолетний возраст согласно законам страны пациента.
2. Как правило, 12 месяцев непрерывной гормональной терапии (для тех, у кого нет медицинских противопоказаний).
3. 12 месяцев успешного непрерывного постоянного опыта реальной жизни. Периоды возврата к исходному гендеру могут означать неуверенность в своих действиях и обычно не учитываются как удовлетворяющие этому критерию.
4. Если этого требует специалист по психическому здоровью, регулярное ответственное участие в психотерапии на протяжении опыта реальной жизни с частотой сеансов, определяемой совместно пациентом и психотерапевтом. Психотерапия сама по себе не является обязательным условием для возможности хирургического вмешательства.
5. Доказуемое знание стоимости, требуемых периодов госпитализации, вероятных осложнений и требований к послеоперационной реабилитации при различных хирургических подходах.
6. Осведомлённость о различных компетентных хирургах.

Критерии готовности включают в себя:

1. Очевидный прогресс в укреплении гендерной идентичности.
2. Очевидный прогресс в решении рабочих, семейных и межличностных вопросов, выражающийся в существенно лучшем состоянии психического здоровья; это подразумевает удовлетворительный контроль над такими проблемами как социопатия, злоупотребление наркотиками, психоз, склонность к суициду.

Человеку не может быть сделана хирургическая операция на гениталиях без удовлетворения критериям применимости. Генитальная хирургия – это лечение диагностированного расстройства гендерной идентичности, а не право, которое может быть удовлетворено по запросу. Однако, если личность убедительно живёт как представитель предпочитаемого гендера долгое время и признана психологически здоровой после необходимого периода психотерапии, нет существенных причин для того, чтобы она должна была принимать гормоны до операции на гениталиях.

Хирург, делающий генитальную реконструкцию, должен быть урологом, гинекологом, пластическим или общим хирургом, сертифицированным известной и признанной на государственном уровне организацией. Хирург должен быть специализированно компетентным в техниках генитальной реконструкции, что должно быть отмечено посредством документированного обучения у более опытного хирурга. Даже опытные хирурги в этой сфере должны быть открыты для оценки их врачебных умений коллегами. В идеале хирург должен быть осведомлён о более чем одном хирургическом методе генитальной реконструкции, чтобы, советуясь с пациентом, он был способен выбрать идеальный метод индивидуально для пациента. Хирурги, которые имеют навыки работы только с одним методом, должны информировать об этом своих пациентов и направлять тех, кто не желает или не подходит для данной процедуры, к другому хирургу.

Всем пациентам рекомендуется длительное последующее наблюдение у хирурга, чтобы обеспечить оптимальный результат. Хирурги, оперирующие пациентов, прибывших издалека, должны включать персональное последующее наблюдение в план ухода за пациентом и стремиться обеспечить доступный по цене длительный уход в географическом регионе пациента. Послеоперационные пациенты должны проходить регулярные медицинские осмотры в соответствии с рекомендациями для их возраста. Необходимость в последующем наблюдении распространяется и на специалиста по психическому здоровью, который провёл с пациентом больше времени, чем любой другой специалист, и находится в наилучшем положении, чтобы помогать в любых послеоперационных осложнениях.

Перевела и отредактировала: [Ирина И.](#)