

Soubory WPATH

PSEUDOVĚDECKÉ CHIRURGICKÉ A HORMONÁLNÍ
EXPERIMENTY NA DĚTECH,
DOSPÍVAJÍCÍ A ZRANITELNÉ DOSPĚLÉ OSOBY

Autor: Mia Hughes



ENVIRONMENTAL
PROGRESS

NATURE, PEACE & FREEDOM FOR ALL

OBSAH

SHRNUTÍ	3
PŘEDMLUVA K SOUBORŮM WPATH	4
ÚVOD	5
PODĚKOVÁNÍ	5
STRUČNÁ HISTORIE TRANSGENDEROVÉ MEDICÍNY A POČÁTKY WPATH	6
WPATH UVEDLA VEŘEJNOST V OMYL	10
WPATH ví, že děti nechápu účinky hormonální terapie	10
WPATH ví, že děti nemohou souhlasit s iatrogenní ztrátou plodnosti	11
WPATH NENÍ VĚDECKÁ SKUPINA	16
Slabá důkazní základna pro potlačení puberty	16
Důkazy ve spisech o nerespektování vědeckého procesu ze strany WPATH	18
WPATH NENÍ LÉKAŘSKÁ SKUPINA	22
WPATH se vzdala Hippokratovy přísahy	22
Důkazy o škodlivých účincích nesprávných pohlavních hormonů	22
Lékaři improvizují a experimentují	25
Členové WPATH způsobující chirurgické poškození	27
Demontáž ochranných zábradlí	30
Členové WPATH banalizují příběhy poškozených detektivů	31
Podezřele nízká míra lítosti	32
Trvalá medikalizace přechodných identit	33
WPATH přerušila řetěz důvěry v medicínu	35
WPATH NERESPEKTUJE LÉKAŘSKOU ETIKU	37
Etika informovaného souhlasu	37
Nezletilí nemohou dát souhlas k zákroku úpravy pohlavních znaků	38
Špatně informovaní rodiče nemohou dát informovaný souhlas	39
Mýtus o přechodu nebo sebevraždě	41
Povolení souhlasu těžce duševně nemocných pacientů s lékařskými zákroky, které jim mohou změnit život	44
Stres menšin	47
Realistická očekávání	47
Ztělesnění genderu řízené spotřebitelem	49
Ocenění autonomie pacienta před averzí k riziku	50
Odvážný nový svět	50
PŘÍPADY PSEUDOVĚDECKÝCH HORMONÁLNÍCH A CHIRURGICKÝCH EXPERIMENTŮ Z MINULOSTI.	
O DĚTECH A ZRANITELNÝCH DOSPĚLÝCH	53
Lobotomie	53
Ovariectomie	57
Apotemnophilia	61
Inženýrství výšky dětí pomocí hormonů	65
ZÁVĚR	70
SOUBORY WPATH - KOMPLETNÍ A LEHCE REDIGOVANÉ	72

SHRNUTÍ

Světová odborná asociace pro transgender zdraví (WPATH) má pověst přední vědecké a lékařské organizace zabývající se zdravotní péčí o transgender osoby. WPATH je celosvětově uznávána jako přední organizace v oblasti genderové medicíny.

V této zprávě však ukážeme, že opak je pravdou. Nově zveřejněné soubory z interního fóra WPATH pro zasílání zpráv, stejně jako uniklá interní panelová diskuse, ukazují, že tato přední světová skupina pro transgenderovou zdravotní péči není ani vědecká, ani se nezasazuje o etickou lékařskou péči. Tato interní sdělení odhalují, že WPATH obhájí mnoho svévolných lékařských praktik, včetně hormonálních a chirurgických experimentů na nezletilých a zranitelných dospělých. Její přístup k medicíně je orientován na spotřebitele a je pseudovědecký a zdá se, že její členové se zabývají politickým aktivismem, nikoli vědou.

V medicíně sice existuje místo pro riskantní experimenty, ty však mohou být opodstatněné pouze tehdy, pokud existuje spolehlivá a objektivní diagnóza, nejsou k dispozici jiné možnosti léčby a výsledek pro pacienta nebo skupinu pacientů je hrozivý.¹ Genderová medicína však do této kategorie v rozporu s tvrzením WPATH nespadá. Psychiatrický stav genderové dysforie není fatální onemocnění a nejlepší dostupné studie ukazují, že v případě nezletilých z něj většina z nich při pozorném vyčkávání a soucitné podpoře buď vyroste, nebo se naučí zvládat své potíže způsobem, který méně poškozuje jejich zdraví.^{2,3,4}

Tato zpráva tak prokáže, že pohlavní rysy

modifikační postupy na nezletilých a osobách s duševními poruchami, známé jako "péče o potvrzení pohlaví", jsou neetické lékařské experimenty. Tento experiment způsobuje neoprávněnou újmu a jeho oběťmi jsou jedni z nejzranitelnějších lidí ve společnosti. Jejich zranění jsou bolestivá a mění život. Poskytovatelé zdravotní péče spříznění s WPATH prosazují zničení zdravého reprodukčního systému, amputaci zdravých prsů a chirurgické odstranění zdravých genitálií jako první a jedinou linii léčby nezletilých a duševně nemocných lidí s genderovou dysforií, přičemž se vyhýbají jakýmkoli pokusům o smíření pacienta s jeho přirozeným pohlavím. Tato zpráva ukáže, že se jedná o porušení lékařské etiky, a jak odhaluje její vlastní interní komunikace, WPATH nesplňuje standardy medicíny založené na důkazech. Dále ukáže, že je porušován etický požadavek na získání informovaného souhlasu, přičemž členové přiznávají, že děti a dospívající nemohou pochopit celoživotní důsledky zákroků na změnu pohlaví a v některých případech to kvůli nízké zdravotní gramotnosti nemohou pochopit ani jejich rodiče.

Vzhledem k rozsahu lékařského pochybení, které WPATH schvaluje, bude naše zpráva zakončena výzvou vládě USA, aby dohlédla na dvoustranné národní vyšetřování, které by prošetřilo, jak se aktivisté s malou úctou k Hippokratově přísaze mohli dostat na tak významnou pozici, že stanovili standardy péče pro celý obor medicíny, což vedlo k lékařskému zneužívání nezletilých a zranitelných dospělých.

1 Earl, J. "Inovativní praxe, klinický výzkum a etický rozvoj medicíny". [In eng]. Am J Bioeth 19, č. 6 (červen 2019): 7-18. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1602175>.

2 Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder [Původní výzkum]. Frontiers in Psychiatry, 12, 287. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>

3 Steensma, T., & Cohen-Kettenis, P. "Gender Transitioning before Puberty?". Archives of sexual behavior 40 (03/01 2011): 649-50. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>.

4 Green, R. Syndrom slabošského chlapce a vývoj homosexuality. Yale University Press, 1987. doi:10.2307/j.ctt1ww3v4c. <http://www.jstor.org/>

stable/j.ctt1ww3v4c.

PŘEDMLUVA K SOUBORŮM WPATH

Michael Shellenberger, zakladatel a prezident Environmental Progress

Čtenáři se mohou oprávněně divit, proč ekologická organizace vydává zprávu o tzv. "genderové medicíně". Stručná odpověď zní, že jsme a naším posláním je podporovat myšlenky, vůdce a hnutí za přírodu, mír a svobodu pro všechny. Zabýváme se tedy širokou škálou otázek, od změny klimatu přes bezdomovectví až po svobodu slova, které všechny představují důležité aspekty našeho "životního prostředí".

Delší odpověď je, že jsem cítil, že je třeba analyzovat soubory WPATH a zasadit je do širšího historického kontextu, než je možné prostřednictvím série zpravodajských článků. Akta WPATH jsem získal od zdroje nebo zdrojů, které mě kontaktovaly, protože viděly mou práci na Aktech Twitter.

Zveřejňujeme všechny neupravené soubory přesně tak, jak jsem je obdržel. Náš tým nic neodstranil ani nepřidal, ale soubory jsme uspořádali tak, aby byly lépe přístupné. Tam, kde je to možné, jsme do souborů zahrnuli data. Všechny diskuse v souborech proběhly v posledních čtyřech letech. Ponecháváme pouze jména prezidenta WPATH, většiny chirurgů a dalších významných členů bez úprav. Ačkoli každý, kdo si je vědom informací odhalených v souborech WPATH, je do jisté míry zodpovědný, neměli jsme pocit, že je nutné jmenovat všechny účastníky rozhovorů. Spisům předchází

zprávou, která shrnuje, analyzuje a vyvozuje důsledky z informací v nich obsažených.

Akta WPATH jsou polosoukromé rozhovory uvnitř interního online fóra WPATH, kde se diskutuje o konkrétních lékařských případech. Toto fórum funguje na softwaru poskytovaném společností DocMatter. Zdroji nebo zdrojům jsem jasně sdělil, že ačkoli vítám všechny nebo jakékoliv informace, které se rozhodnou sdílet, nebudu nikoho žádat ani vybízet k získání jakýchkoliv informací od WPATH nebo jiné organizace. Všechny informace jsem obdržel nevyžádané.

Na zveřejnění souborů WPATH máme plné právo. Jako každý vydavatel se i Environmental Progress řídí tzv. principem Pentagon Papers, který v roce 1971 stanovil Nejvyšší soud. Podle rozhodnutí soudu, který vykládá první dodatek Ústavy Spojených států, mohou Američané zveřejňovat informace, i když byly získány nezákonně, pokud nikoho nenabádáme k tomu, aby při získávání těchto informací porušoval zákon.

Z morálního hlediska cítíme povinnost zveřejnit soubory WPATH a udělat vše, co je v našich silách, abychom k nim přiměli co nejširší publikum. Věříme, že ukazují, že WPATH není ani vědecká, ani lékařská organizace a nemělo by se s ní tak zacházet.

PODĚKOVÁNÍ

Autor by chtěl především ocenit zdroj nebo zdroje souborů WPATH. Zachovali se ušlechtilě ve své snaze chránit děti a zranitelné dospělé před újmou.

Za druhé by ráda ocenila Alexe Gutentaga a Michaela Shellenbergera; jejich příspěvek k této zprávě zdaleka přesáhl rámec redakce.

Za třetí by ráda poděkovala Lily Markleové a Phoebe Smithové za kontrolu faktů, korektury a celkovou pomoc. V

neposlední řadě by autorka ráda poděkovala správní radě Environmental Progress a finančním podporovatelům.

Děkujeme vám, že se snažíte myslet mimo rámec "životního prostředí" a rozšířit svůj zájem na zranitelné lidi všude na světě.

ÚVOD

V posledním desetiletí došlo k obrovskému nárůstu počtu mladých lidí, kteří se identifikují jako transgender a jsou odesíláni na dětské a dospělé genderové kliniky. Důkladná analýza všech možných vysvětlení této změny přesahuje rámec této zprávy, ale existují dva protichůdné názory, které stojí za to stručně popsat. Na jedné straně aktivisté tvrdí, že náhlý nárůst je způsoben změnou společenských postojů a větším přijetím transgenderové komunity, což transgenderovým osobám usnadňuje vyjít ze skříně a žít jako jejich pravé, autentické já. Na druhé straně kritici péče o nezletilé s potvrzením pohlaví upřednostňují hypotézu rychlého nástupu genderové dysforie, která tvrdí, že na přijetí transgenderové identity se podílí silný vliv vrstevníků a internetu a také maladaptivní mechanismy zvládnání.

Tento argument "sociální geneze" nebo "sociální nákazy" je podpořen skutečností, že na genderové poradny se nyní obracejí převážně dospívající dívky a mladé ženy, zatímco v minulosti to byli převážně mladí chlapci a dospělí muži. Dospívající dívky a mladé ženy stály v čele téměř všech sociálních nákaz v zaznamenané historii, včetně nákaz hysterie, poruch příjmu potravy, řezání a disociativní poruchy identity. Argument o sociální nákaze podporuje také vysoký výskyt duševních a neurokognitivních poruch u transsexuálně identifikované mládeže a skutečnost, že tyto problémy obvykle předcházejí vzniku genderových problémů.

Navzdory kritice ze strany aktivistů byla teorie rychlého nástupu genderové dysforie podpořena genderovými lékaři na Západě.^{5,6,7}

Tato zpráva se však nezabývá kulturními faktory, které jsou příčinou tohoto nárůstu. Místo toho se zaměříme na chování členů WPATH a na typ lékařské péče, kterou tato přední transgenderová zdravotní skupina podporuje. Předmětem této zprávy je potenciální újma způsobená dospívajícím a zranitelným dospělým v rámci klinik potvrzujících pohlaví.

WPATH je považována za přední autoritu v oblasti péče a léčby osob, které trpí genderovou dysforií a/nebo se identifikují jako transgender. WPATH vydává mezinárodně uznávané standardy péče, které podle ní představují odborný konsenzus ohledně psychiatrické, psychologické, lékařské a chirurgické léčby genderové dysforie. Lékaři a odborníci v oblasti duševního zdraví na celém světě se na tyto pokyny obracejí jako na nejlepší dostupný zdroj, který jim pomáhá v péči o transgenderové pacienty a pacienty s odlišným pohlavím.

Soubory WPATH však ukazují něco zcela jiného. Než začneme diskutovat o tom, co ukazují, doporučujeme čtenáři, aby si soubory přečetl celé. Jsou kompletní z toho, co nám zdroj nebo zdroje poskytly.

Nyní zasadíme soubory WPATH do širšího historického a etického kontextu.

- 5 Hutchinson, A., Midgen, M., & Spiliadis, A. (2019). In Support of Research Into Rapid-Onset Gender Dysphoria (Na podporu výzkumu genderové dysforie s rychlým nástupem). *Archives of Sexual Behavior*, 49. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01517-9>
- 6 Kaltiala, R. (2023). 'Genderově potvrzující péče je nebezpečná. Víím to, protože jsem ji pomáhal prosazovat.'. The Free Press. <https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>.
- 7 Levine, S. B. (2019). Informovaný souhlas pro transgenderové pacienty. *J Sex Marital Ther*, 45(3), 218-229. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2018.1518885>

STRUŽNÁ HISTORIE TRANSGENDEROVÉ MEDICÍNY A POČÁTKY WPATH

Pokusy o úpravu pohlavních znaků lidí trpících psychickou poruchou zvanou genderová dysforie začaly na počátku 20. století průkopnickou prací německého sexuologa Magnuse Hirschfelda. Hirschfeld, homosexuál, který se zabýval převlékáním, ve své knize *Die Transvestiten* z roku 1910 vytvořil termín transvestita a homosexuály i transvestity považoval za "sexuální zprostředkovatele".^{8,9}

Hirschfeld dohlížel na první pokus o operaci "změny pohlaví" na světě, který byl proveden v roce 1906 u Marthy/Karla Baera. Ačkoli se o přesné povaze operace ví jen málo, protože záznamy se ztratily během pálení Hirschfeldových výzkumů nacisty v roce 1933,^{10,11} předpokládá se, že šlo o metoidioplastiku, což je vytvoření pseudofallu ze zvětšeného klitorisu. Předpokládá se, že Baer trpěl poruchou sexuálního vývoje (DSD) a byl údajně geneticky mužského pohlaví.^{12,13}

V roce 1919 otevřel Hirschfeld v Berlíně Institut pro sexuální vědu, což byla první klinika svého druhu, která poskytovala poradenství a léčbu "fyzických a psychických sexuálních poruch" a zejména léčbu "sexuálních poruch".

"sexuální přechody".¹⁴ Zejména Einar Wegener neboli Lili Elbe, jejíž příběh byl zpopularizován ve filmu *Dánská dívka*, podstoupil v roce 1930 v Berlíně pod Hirschfeldovým dohledem chirurgickou kastraci.^{15,16} Byla to první ze série operací, která vyvrcholila transplantací dělohy v roce 1931. Elbe zemřela tři měsíce po poslední operaci na selhání srdce, pravděpodobně v důsledku odmítnutí orgánu.^{17,18}

V témže roce podstoupila Dora Richterová vaginoplastiku, rovněž v péči Hirschfelda.¹⁹ Erwin Gohrbandt provedl Richterové operaci, která je považována za první úspěšnou změnu pohlaví z muže na ženu na světě.^{20,21} Gohrbandt poté nastoupil k Luftwaffe a účastnil se pokusů s podchlazením v koncentračním táboře Dachau.²²

Navzdory pokrokům v medicíně, jako byl vývoj antibiotik a možnost výroby syntetických hormonů, zájem o zákroky na změnu pohlaví v následujících desetiletích opadl, aby se znovu oživil v 50. letech 20. století díky senzačnímu případu Christine Jorgensenové.

1. prosince 1952 vyšel na titulní straně deníku New York Daily News článek s titulkem "Bývalý generál se stává

- 8 Matte, N. "Mezinárodní sexuální reforma a sexuologie v Evropě v letech 1897-1933." *Canadian Bulletin of Medical History* 22, č. 2 (2005): 253-70. <https://doi.org/10.3138/cbmh.22.2.253>.
- 9 Hill, Darryl B. "Sexuality and Gender in Hirschfeld's *Die Transvestiten*: A Case of the Elusive Evidence of the Ordinary." *Journal of the History of Sexuality* 14, no. 3 (2005): 316-32. <https://muse.jhu.edu/article/195723>.
- 10 "6. května 1933: Vyloupení Sexuologického ústavu." Holocaust Memorial Day Trust, <https://www.hmd.org.uk/resource/6-may-1933-looting-of-the-institute-of-sexology/>.
- 11 "Karl M Baer: Baer: první transgender osoba, která podstoupila operaci přeměny ženy na muže (Ftm)." *Let Her Fly*, 2022, <https://letherfly.org/karl-m-baer-the-first-person-in-the-world-to-undergo-sex-change-surgery/>.
- 12 Funke, J. "Případ Karla M. [Artha] Baera: vyprávění o 'nejistém' sexu." *In Sex, Gender and Time in Fiction and Culture*, 132-53: Springer, 2011.
- 13 "Vzpomínka na první operaci změny pohlaví v historii: Německo-izraelský pojišťovací agent." *Haaretz*, 2015, <https://www.haaretz.com/israel-news/2015-12-05/ty-article/.premium/the-first-sex-change-surgery-in-history/0000017f-f3fd-d5bd-a17f-f7fa4970000?ts=1698264422989>.
- 14 "První institut pro sexuální vědu (1919-1933)." *Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft*, <https://magnus-hirschfeld.de/ausstellungen/institute/>.
- 15 "Historie publikací." *Digitální archiv Lili Elbe*, <http://lilielbe.org/narrative/publicationHistory.html>.
- 16 "Knihy doby; radikální změna a trvalá láska." *The New York Times*, 2000, <https://www.nytimes.com/2000/02/14/books/books-of-the-times-radical-change-and-enduring-love.html>.
- 17 "Lili Elbe (Einar Wegener), 1882-1931." *Danmarks Historien*, <https://danmarkshistorien.dk/vis/materiale/lili-elbe-einar-wegener-1882-1931/>.
- 18 "Lili Elbe." *Biografie* 2022, <https://www.biography.com/artists/lili-elbe>.
- 19 Hirschfeld, https://www.hirschfeld.in-berlin.de/institut/en/personen/pers_34.html.
- 20 Abraham, F. "Změna pohlavních orgánů u dvou mužských transvestitů." *International Journal of Transgenderism* 2 (1998): 223-26. <https://editions-ismael.com/wp-content/uploads/2017/10/1931-Felix-Abraham-Genital-Reassignment-on-Two-Male-Transvestites.pdf>.

- 21 "Průkopníci chirurgie změny pohlaví." LGBT Health and Wellbeing, <https://www.lgbthealth.org.uk/blog/pioneers-gender-reassignment-surgery/#:~:text=it%20was%20Dora%20Richter%20in,region%20to%20a%20poor%20family>.
- 22 "Nacističtí lékaři a Norimberský kodex." Oxford University Press, 36. <http://www.columbia.edu/itc/history/rothman/COL47611854.pdf>.

Jorgensenová rok předtím odcestovala do Dánska a v péči doktora Christiana Hamburgera podstoupila sérii operací zahrnujících kastraci a vytvoření zdání vnějších ženských pohlavních orgánů.^{24,25,26}

V roce 1953, po návratu domů do USA, se Jorgensen stal pacientem Dr. Harryho Benjamina, německého endokrinologa, který se zajímal o transsexualismus, jak se tehdy říkalo.²⁷ Benjaminova lékařská kariéra měla neslavný začátek, když v roce 1913 přijel do New Yorku jako asistent šarlatána, který prodával "želví léčbu", falešnou vakcínu proti tuberkulóze.²⁸ Benjamin neměl žádné formální sexuologické vzdělání, ale jako celoživotní přítel Hirschfelda byl tímto tématem fascinován a v padesátých letech se ve své praxi věnoval téměř výhradně transsexualismu.²⁹

Zatímco Jorgensen přinesl Benjaminovu obskurnímu zájmu o transsexualismus slávu a pozornost, byl to jiný pacient, který přinesl další podstatný prvek: peníze. V roce 1963 se Benjaminovou pacientkou stala Reed (Rita) Ericksonová, žena, která se změnila a žila jako muž. Ericksonova filantropická organizace Erickson Educational Foundation (EEF), dědička bohatství, financovala první tři mezinárodní sympozia o pohlavní identitě a také nově založenou nadaci Harryho Benjamina.³⁰ To posílilo Benjaminův odborný status a dodalo jeho experimentu se změnou pohlaví na důvěryhodnosti. Benjamin vymyslel

a zpopularizoval pojem "transsexuál" svou knihou *The Transsexual Phenomenon* z roku 1966.

Dalším Ericksonovým filantropickým počinem bylo financování první severoamerické genderové kliniky v nemocnici Johna Hopkinse v Baltimoru.³¹ Právě na této klinice prováděl Dr. John Money své neetické experimenty na dětech narozených s poruchami pohlavního vývoje, z nichž nejznámějším případem byla dvojčata Reimerova. David Reimer se jako miminko stal obětí katastrofální lékařské nehody, když mu při obřízce selhalo kauterizační zařízení a amputovalo mu penis. Peníze přesvědčily Davidovy rodiče, aby ho vychovávali jako dívku, což byl experiment, který se nezdařil³² a nakonec vedl k tomu, že David ve svých 38 letech spáchal sebevraždu. Jeho bratr-dvojče Brian zemřel dva roky předtím na předávkování.

Money však neexperimentoval jen na dětech. Ve stejném období se pokoušel provádět změny pohlaví i na dospělých a tvrdil, že s velkým úspěchem. Když se však Dr. Paul McHugh stal v roce 1975 šéfem psychiatrie na Johns Hopkins, nechal provést následnou studii dospělých, kteří tyto zákroky podstoupili, a zjistil, že ačkoli většina pacientů tvrdila, že jsou spokojeni a nepocítují žádnou lítost, jejich psychické fungování se změnilo jen málo. McHugh dospěl k závěru, že Johns Hopkins proto plýtvá vědeckými a technickými prostředky, když spolupracuje s duševní chorobou, místo aby se jí snažil studovat, léčit a předcházet jí.³³ Klinika byla uzavřena v roce

- 23 "Bývalý Gi se stal blondatou kráskou." Noviny podle Ancestry, <https://www.newspapers.com/article/daily-news-ex-gi-becomes-blonde-beauty/25375703/>.
- 24 Hamburger, C., Sturup, G. K., & Dahl-Iversen, E. "Transvestismus; hormonální, psychiatrická a chirurgická léčba". [In eng]. *J Am Med Assoc* 152, no. 5 (30. května 1953): 391-6. <https://doi.org/10.1001/jama.1953.03690050015006>.
- 25 "V roce 1952 zachvátila Ameriku operace potvrzující pohlaví: "Jsem tvá dcera". The Washington Post, 2023, <https://www.washingtonpost.com/history/2023/06/12/first-transgender-surgery-christine-jorgensen/>.
- 26 Hadjimatheou, C. "Christine Jorgensen: 60 let operací na změnu pohlaví." *BBC News* 30 (2012). <https://www.bbc.com/news/magazine-20544095>.
- 27 Schaefer, L. C., & Wheeler, C. C. "Harry Benjamin's First Ten Cases (1938-1953): A Clinical Historical Note." *Archives of Sexual Behavior* 24, č. 1 (1995/02/01 1995): 73-93. <https://doi.org/10.1007/BF01541990>.
- 28 Noviny podle Ancestry, <https://www.newspapers.com/article/altoona-tribune/3750641/>.
- 29 "Trans lékařská péče v ordinaci Dr. Harryho Benjamina." NYC LGBT Historic Sites Project, 2023, <https://www.nyclgbsites.org/site/trans-medical-care-at-the-office-of-dr-harry-benjamin/>.
- 30 "Reed Erickson a Ericksonova vzdělávací nadace." University of Victoria, <https://www.uvic.ca/transgenderarchives/collections/reed-erickson/index.php>.
- 31 Tamtéž (č. 30)
- 32 Diamond, M., & Sigmundson, H. K. "Sex Reassignment at Birth: Dlouhodobý přehled a klinické důsledky." (Long-Term Review and Clinical Implications). *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 151, no. 3 (1997): 298-304. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170400084015>.
- 33 "Chirurgický sex." First Things, 2004, <https://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex?s=04&fbclid=IwAR2ULI9vuPZZQAJVMDFQub4PZ9S78mVmtDf6ssJoHdl8qRnuJS0myHEVbzA>.

1979.

Dokonce ani Ericksonův vlastní příběh není šťastný až do smrti, což dodává McHughovým závěrům váhu. Po zahájení hormonálních a chirurgických zákroků na změnu pohlaví v péči Benjamina se u Ericksona vyvinula drogová závislost a podstoupil celoživotní boj se zneužíváním návykových látek. Následovala čtyři neúspěšná manželství a život plný zmatků. Ericksonova EEF se v roce 1977 rozpadla a v roce 1978 vznikla Mezinárodní asociace Harryho Benjamina pro genderovou dysforii (HBIGDA), z níž se později stala WPATH.

HBIGDA vydala své první standardy péče (SOC) v roce 1979, po nichž následovaly SOC2 v roce 1980, SOC3 v roce 1981 a SOC4 v roce 1990.³⁴ V počátcích své činnosti se členové HBIGDA alespoň snažili o vědecké poznání a pochopení této komplexní psychiatrické poruchy a různých psychologických, hormonálních a chirurgických zákroků, které jsou k dispozici jako forma léčby. Zhruba koncem devadesátých let však skupina nabrala směr.

Dr. Stephen B. Levine byl v roce 1998 předsedou výboru SOC5 a doporučil, aby pokyny vyžadovaly, aby pacienti před zahájením hormonální léčby získali dva dopisy od odborníků na duševní zdraví.³⁵ Dr. Richard Green, tehdejší prezident HBIGDA, nebyl s tímto požadavkem spokojen, a proto okamžitě zadal vypracování SOC6, který byl zveřejněn o pouhé tři roky později a byl téměř totožný, ale doporučoval pouze jeden dopis od odborníka na duševní zdraví.³⁶

V následujících letech začali HBIGDA předbíhat aktivisté a v roce 2002 Dr. Levine rezignoval na své členství, protože "s lítostí došel k závěru, že se HBIGDA

organizace a její doporučení se stala dominantní pro politiku a ideologii, nikoli pro vědecký proces, jak tomu bylo před lety." ³⁷ V roce 2007 se organizace přejmenovala na Světovou odbornou asociaci pro transgender zdraví. Tato změna byla významná. Jedním tahem štetce se volné sdružení lidí jmenovalo přední mezinárodní autoritou v oblasti genderové medicíny.

Po vydání SOC7 v roce 2012 byl ideologický posun, který Levine identifikoval, zřejmý. SOC7 doporučovala blokátory puberty jako plně reverzibilní pauzu pro adolescenty, přestože experiment byl teprve v počátečních fázích a nebylo možné vyvodit takový závěr. Také zatímco na jedné straně SOC7 nabádala k opatrnosti a psychoterapii, která potvrzuje transgenderovou identitu, na straně druhé pokyny podporovaly "model péče na základě informovaného souhlasu",³⁸ který opomíjí potřebu psychoterapie a umožňuje zdravotníkům poskytovat hormony na vyžádání.³⁹ Stalo se tak dva roky poté, co WPATH vydala prohlášení vyzývající k "de-psychoopatologizaci genderové variability na celém světě", které transgenderovou orientaci rámovalo jako normální, zdravou variantu lidské existence.⁴⁰ Na to navázala SOC7, která naznačovala, že jakýkoli problém s duševním zdravím u osoby identifikující se jako transgender je způsoben "menšinovým stresem", který je důsledkem předsudků a diskriminace ve společnosti.⁴¹

Rok po vydání SOC7 vydala Americká psychiatrická asociace (APA) v souladu s WPATH páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), v němž byla "porucha pohlavní identity" přejmenována na "poruchu pohlaví".

34 "Historie a účel." WPATH, <https://www.wpath.org/soc8/history>.

35 Levine, S., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Joris Hage, J., Maasdam, J., Petersen, M., Pfäfflin, F., & Schaefer, L. "The Hbighda Standards of Care for Gender Identity Disorders". *Journal of Psychology & Human Sexuality* 11 (12/06 1999). https://doi.org/10.1300/J056v11n02_01.

36 O'Malley, S. & Ayad, S. Pioneers Series: Se Stephenem Levinem: We Contain Multitudes. Zvukový podcast. Gender: Podcast2022. <https://gender-a-wider-lens.captivate.fm/episode/60-pioneers-series-we-contain-multitudes-with-stephen-levine>, 40:00.

37 "Dekker V Weida, Et. Al." 34-35. https://ahca.myflorida.com/content/download/21427/file/Dekker_v_Weida_Levine_Report.pdf.

38 "Standardy péče - sedmá verze." WPATH, 35. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20v7_English.pdf.

39 Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., et al. "Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health". *Journal of Urban Health* 92, no. 3 (2015): 584-92. <https://doi.org/10.1007/s11524->

015-9947-2.

40 "Veřejná prohlášení Wpath / Uspath." WPATH, 2023, <https://www.wpath.org/policies>.

41 Tamtéž (č. 38, s. 4).

dysforie." Tato nová definice přesunula těžiště diagnózy od samotné identity k trápení a obtížím v sociálním fungování, které vyplývají z nesouladu mezi myslí a tělem.

V desetiletí, které uplynulo mezi vydáním SOC7 a SOC8 v roce 2022, se WPATH vydala na novou půdu. Pouhé dva dny po zveřejnění SOC8 v září 2022 skupina z dokumentu narychlo odstranila téměř všechny požadavky na nižší věk,⁴² ve snaze vyhnout se žalobám za nesprávný postup.⁴³ SOC8 také obsahuje kapitolu o nebinárních lékařských zákrocích, která zahrnuje doporučení týkající se nulových zákroků k vytvoření hladkého, bezpohlavního vzhledu pro osoby, které se neidentifikují ani jako muži, ani jako ženy, a vaginoplastiky zachovávající penis pro ty pacienty, kteří touží po obou sadách pohlavních orgánů.

Za zmínku stojí, že dřívější návrh SOC8 obsahoval kapitolu o etice, která však byla z konečné verze vyškrtána. Avšak právě zařazení celé kapitoly o eunuchovi jako platné pohlavní identity, která je způsobilá pro hormonální a chirurgickou kastraci, vyvolalo šok v lékařské profesi a stalo se katalyzátorem pro vznik

Za prohlášením WPATH, které nyní podepsalo více než 2000 zainteresovaných osob, z nichž mnozí jsou lékaři pracující s mladými lidmi s odlišným pohlavím.⁴⁴ V prohlášení se uvádí, že WPATH se zdiskreditovala svým SOC8 a nelze ji již považovat za důvěryhodný zdroj klinických pokynů v oblasti genderové medicíny.

V Environmental Progress se k této výzvě připojujeme a jdeme ještě o krok dál: vyzýváme renomované lékařské organizace, jako je Americká pediatrická akademie (AAP), Americká psychiatrická asociace (APA) a Americká lékařská asociace (AMA), aby s ní přerušily spolupráci a opustily její pokyny ve prospěch etické medicíny založené na důkazech.

Autor této zprávy kontaktoval všechny členy, kteří se objevují ve spisech a v uniklé panelové diskusi, s žádostí o vyjádření. Navzdory tomuto úsilí však odpověděl pouze jeden člen WPATH, a to s právními výhrůžkami. Zdroj nebo zdroje rovněž sdílely interní e-mail, který ukazuje, že WPATH nedoporučuje odpovídat a informuje příjemce, že WPATH hledá právního poradce.

42 "Vysvětlení cesty Wpath." Genspect, 2022, <https://genspect.org/wpath-explained/>.

43 "Wpath vysvětluje, proč zrušil minimální věkovou hranici pro přístup dětí k transgenderové léčbě: "Důvody: aby lékaři nebyli žalováni." The Daily Wire, 2022, <https://www.dailywire.com/news/wpath-explains-why-they-removed-minimum-age-guidelines-for-children-to-access-transgender-medical-treatments-so-doctors-wont-get-sued>.

44 "Beyond Wpath." Beyond WPATH, 2022, <https://beyondwpath.org/>.

WPATH UVEDL VEŘEJNOST V OMYL

WPATH se zasazuje o to, aby nezletilí měli přístup k péči potvrzující pohlaví, což je léčebná cesta zahrnující blokátory puberty, hormony křížící pohlaví a operace, jejichž cílem je sladit tělo mladého člověka s jeho vlastní deklarovanou transgender identitou. V tomto souhlasu je implicitně obsažena skutečnost, že dospívající mohou dostatečně pochopit všechny důsledky těchto léčebných postupů a jejich rodiče mohou poskytnout zákonný informovaný souhlas.

Organizace, která stojí v čele transgenderové zdravotní péče, tvrdí, že klinické pokyny pro mladé lidi s vlastní deklarovanou transgenderovou identitou "podporují používání intervencí u vhodně vyhodnocených nezletilých".⁴⁵

WPATH doporučuje poskytovatelům zdravotní péče používat klasifikaci "genderové inkongruence" podle Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11) Světové zdravotnické organizace namísto "genderové dysforie" podle DSM-5. Toto doporučení je motivováno skutečností, že diagnóza ICD-11 je klasifikována jako "stav související se sexuálním zdravím", a nikoli jako duševní porucha, což má za cíl dále destigmatizovat transgenderové identity.

Diagnózu genderové inkongruence je ještě snazší získat než diagnózu genderové dysforie, protože stačí, aby pacient pociťoval výrazný nesoulad mezi svým vnitřním pocitem sebe sama a svým biologickým pohlavím. Jako kritérium není vyžadována přítomnost tísně, což znamená, že "ztělesněné cíle" pacienta mohou být považovány za lékařsky nezbytnou péči.

Zatímco však WPATH veřejně podporuje souhlas nezletilých a jejich rodin s těmito hormonálními a chirurgickými zákroky na základě mlhavého vnitřního pocitu, v soukromí někteří členové přiznávají, že souhlas není možný. Za zavřenými dveřmi zdravotníci přidružení k WPATH přiznávají, že jejich postupy jsou založeny na

improvizace, že je děti nemohou pochopit a že proces souhlasu není etický. WPATH je tedy vůči veřejnosti nepoctivá a vědomě funguje netransparentně.

WPATH ví, že děti nechápu účinky hormonální terapie

Standardy péče WPATH 8 doporučují, aby dospívající, kteří obdrželi diagnózu "genderové inkongruence", měli přístup k blokátorům puberty, cross-sex hormonům a operacím, pokud mladý člověk "prokáže emocionální a kognitivní zralost potřebnou k poskytnutí informovaného souhlasu s léčbou".

Na videozáznamu, který získal Environmental Progress z interního panelu WPATH s názvem Identity Evolution Workshop konaného 6. května 2022, však členové panelu přiznávají nemožnost získat od svých mladých pacientů řádný informovaný souhlas s hormonálními zákroky.⁴⁶

Dr. Daniel Metzger, kanadský endokrinolog, během panelu hovořil o problémech, kterým čelí mladiství, kteří se snaží získat souhlas s touto léčbou. Metzger shromážděným připomněl, že genderoví lékaři "často vysvětlují tyto druhy věcí lidem, kteří ještě ani neměli biologii na střední škole", a dodal, že i dospělí pacienti mají často velmi malé medicínské znalosti o účincích těchto zákroků.

Metzger popisuje, že mladí pacienti se snaží vybrat si fyzické účinky hormonální léčby, někteří chtějí mít hlubší hlas bez ochlupení na obličeji nebo užívat estrogen, aniž by se jim vytvořila prsa. To naznačuje velmi špatné pochopení fungování lidského těla a způsobu léčby ze strany dospívajících.

45 Leibowitz, S., Green, J., Massey, R., Boleware, A. M., Ehrensaft, D., Francis, W., Keo-Meier, C., et al. "Statement in Response to Calls for Banning Evidence-Based Supportive Health Interventions for Transgender and Gender Diverse Youth" (Prohlášení v reakci na výzvy k zákazu podpůrných zdravotních intervencí pro transgender a genderově odlišnou mládež). International Journal of Transgender Health 21, č. 1 (2020/01/02 2020): 111-12.

<https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1703652>. <https://shorturl.at/bDGUZ>.

46 Massey, R., Berg, D., Ferrando, C., Green, J., & Metzger, D. (2022, 6. května) WPATH GEI Identity Evolution Workshop [interní panel].

pacientů, na což upozornil odborník WPATH.

"Je těžké vybrat si efekty, které chcete," uzavírá Metzger. "To je něco, co děti obvykle nechápou, protože ještě nemají biologii, ale myslím, že i mnoho dospělých doufá, že budou moci získat X, aniž by získali Y, a to není vždy možné."

Metzger svým mladým pacientům říká, že možná "nejsou binární, ale hormony jsou binární". Popisuje, že musí dětem a dokonce i dospělým vysvětlovat, že "nemůžete získat hlubší hlas, aniž byste pravděpodobně měli trochu vousů", a "nemůžete získat estrogen, abyste se cítili více žensky, aniž by se vám trochu vyvinula prsa".

Odborná skupina se shodla na tom, že děti nejsou schopny pochopit silné a život měnící účinky hormonální léčby, o kterou usilují. Další významná členka WPATH, Dianne Bergová, dětská psychologka a spoluautorka dětské kapitoly SOC8, se přidala s tím, že by neočekávali, že děti a mladí dospívající pochopí účinky léčby, protože je "mimo jejich vývojový rozsah, aby pochopili, do jaké míry na ně některé z těchto lékařských zásahů působí".

Nedospělost těchto pacientů se dále projevila, když Berg řekl: "Řeknou, že to chápou, ale pak řeknou něco jiného, co vás přiměje myslet si, aha, oni opravdu nepochopili, že budou mít vousy."

Přesto WPATH o ničem z toho veřejně nehovoří. Při vzácných příležitostech, kdy WPATH učiní veřejná prohlášení, jsou intervence zaměřené na změnu pohlaví prezentovány jako základní lékařskou péči přiměřenou věku a jakýkoli nesouhlas s takovými zákroky je označován za transfobii.

"Legislativa proti transgenderové zdravotní péči není o ochraně dětí, ale o eliminaci transgenderových osob v mikro i makro měřítku," uvedla prezidentka WPATH Dr. Marci Bowersová v prohlášení z května 2023.

proti zákazu péče o nezletilé s potvrzením pohlaví v USA.

"Jde o chabě zastřený pokus o prosazení pojmu genderové binárnosti."⁴⁷

Je povinností rodičů poskytnout zákonný souhlas předtím, než lékař zablokuje pubertu dítěte nebo podá nevratné hormony pro různé pohlaví, ale Bergová během panelu poskytla důkazy, že ani někteří rodiče nemají dostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti, aby pochopili účinky tohoto léčebného protokolu, a připustila, že současná praxe není etická.

"Opravdu mě znepokojuje, když mi rodiče nedokážou říct, co potřebují vědět o lékařském zákroku, který zřejmě podepsali," řekl Berg. Jako řešení navrhuje "normalizovat", že je v pořádku, když tomu hned nerozumí, a povzbuzovat pacienty, aby se ptali. Tímto způsobem mohou poskytovatelé zdravotní péče, kteří potvrzují pohlaví, provádět "skutečný proces informovaného souhlasu", a ne to, co se děje v současné době, což podle Bergové "není to, co bychom měli dělat z etického hlediska".

WPATH ví, že děti nemohou souhlasit s iatrogenní ztrátou plodnosti

Dalším zásadním aspektem procesu informovaného souhlasu, který je podle těchto členů WPATH porušován, je otázka souhlasu nezletilých s léčebným postupem, který by mohl vést ke sterilitě. SOC8 WPATH stanoví, že lékaři musí mladého člověka informovat o "možné ztrátě plodnosti a dostupných možnostech jejího zachování". Tím, že přední světová skupina pro zdraví transsexuálů obhajuje, aby mladiství v rané pubertě měli přístup k hormonálním zákrokům, které by je mohly učinit neplodnými, naznačuje, že nezletilí mají kognitivní schopnost učinit takové rozhodnutí o své budoucnosti.

Uvnitř však významní členové WPATH přiznávají, že pro dospívající je nemožné pochopit závažnost rozhodnutí. Dr. Ren Masseyová, psychologka a spoluautorka kapitoly o dospívajících v nejnovější knize

47 "Prohlášení proti legislativě zakazující přístup ke zdravotní péči potvrzující pohlaví v USA." WPATH, 2023, https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2023/USPATH_WPATH%20Statement%20re_%20GAHC%20march%208%202023.pdf.

standardů péče, řekl panelu, že podle SOC8 "je povzbuzující a etické hovořit o možnostech zachování plodnosti", a zdůraznil, že je to "důležité i pro mladé lidi, kteří začínají užívat blokátory puberty, protože mnoho z nich přejde přímo na afirmační hormonální terapii, která eliminuje vývoj jejich gonád produkujících spermie nebo vajíčka," což je funkce, kterou si mladí pacienti mohou přát, "pokud chtějí být později partnery někoho jiného a přispívat genetickým materiálem k reprodukci."

Metzgerová odpověděla, že "je to vždycky dobrá teorie, že se čtrnáctiletými dětmi mluvíte o zachování plodnosti, ale vím, že mluvím do prázdné zdi," a dodala: "Byly by jako, fuj, děti, děti, hnus."

"Nebo obvyklá odpověď zní: 'Prostě si to adoptuju. A pak se jich zeptáte, co to obnáší? Třeba kolik to stojí? 'Aha, já myslel, že jsi prostě šla do dětského domova a oni ti dali dítě'."

Tato poznámka se setkala s úsměvem a přitakáním poroty. Tyto komentáře dokazují, že členové WPATH si uvědomují, že mladí pacienti, kteří v důsledku léčby potvrzující pohlaví přijdou o plodnost, ještě nechápou, co obětují. Nechápou, jak mohou jednoho dne zatoužit po vlastních biologických dětech, a dokonce ani nechápou, jak funguje adopce nebo jak náročné může být počít dítě prostřednictvím oplodnění in vitro.

Tyto soukromé komentáře jsou v příkrém rozporu s veřejným postojem WPATH. V nedávném prohlášení, v němž se WPATH postavila proti zákazu intervencí pro úpravu pohlavních znaků u nezletilých v USA, uvedla, že "přínosy, které tyto lékařsky nezbytné intervence mají pro drtivou většinu mladých lidí, jsou pro ně velmi důležité. ... jsou dobře zdokumentovány. Poskytovatelé, kteří ve spolupráci s mladými lidmi posuzují jejich chápání sebe sama, jejich genderovou identitu a jejich schopnost činit informovaná rozhodnutí týkající se lékařských/chirurgických zákroků (které se nenabízejí před pubertou a nikdy bez souhlasu mladého člověka), jsou schopni se

souhlas) hrají velmi důležitou roli při minimalizaci budoucí lítosti." Členové WPATH však vědí, že taková úroveň porozumění prostě není možná, což činí prohlášení WPATH nečestným.

Členové jsou si navíc vědomi, že již existuje výzkum, který prokázal významnou reprodukční lítost u skupiny nizozemských pacientů, kteří jako jedni z prvních podstoupili potlačení časné puberty.

Metzger informoval členy panelu o údajích, které prezentovali nizozemští vědci na nedávném zasedání Pediatrické endokrinologické společnosti. "Někteří z nizozemských výzkumníků uvedli údaje o mladých dospělých, kteří prošli přechodem a [měli] reprodukční lítost, jako je lítost, a ta tam je," řekl, "a nemyslím si, že nás něco z toho překvapuje."

Jedním z důvodů, proč Metzger není překvapen, je to, že pozoroval lítost u svých vlastních pacientů.

"Myslím, že teď, když sleduji spoustu dětí do jejich v polovině dvacátých let, říkám si: 'Ach, ten pes to pro tebe nedělá, že ne? A oni na to: 'Ne, právě jsem si našla úžasného partnera a teď chci děti' a da da da. Takže si myslím, víte, že mě to nepřekvapuje," řekl Metzger.

Předběžné výsledky výzkumu, na který Metzger zřejmě odkazuje, byly ve skutečnosti prezentovány o několik měsíců později na mezinárodním sympoziu WPATH v Montrealu v září 2022.⁴⁸ Tým nizozemských vědců prezentoval výsledky první dlouhodobé studie mladých lidí, u nichž byla potlačena puberta, a jak Metzger naznačil, výsledky nebyly zdaleka tak povzbudivé.

V části nazvané "Úvahy o významu budování rodiny a zachování plodnosti" Dr. Joyce Asselerová odhalila, že 27 % mladých lidí, kteří podstoupili časné potlačení puberty, následované hormonálními preparáty a chirurgickým odstraněním varlat nebo vaječníků, nyní, v průměrném věku 32 let, lituje, že obětovali svou plodnost, nebo jak to formulovali nizozemští výzkumníci, "považuje svou neplodnost za problematickou". Dalších 11 % si není jisto, zda

48 Steensma, T. D., de Rooy, F. B. B., van der Meulen, I. S., Asseler, J. D., & van der Miesen, A. I. R. (2022, 16.-20. září). Transgenderová péče v průběhu let: První dlouhodobé následné studie a zkoumání poměru pohlaví na amsterdamské genderové klinice pro děti a dospívající [prezentace na konferenci].

zatímco nikdo z nich se nerozhodl pro uchování plodnosti v podobě zmrazení vajíček nebo spermií předtím, než se jako dospívající rozhodl pro lékařský přechod, 44 % natalitních žen a 35 % natalitních mužů by se nyní rozhodlo pro uchování plodnosti, kdyby se mohli vrátit v čase. Většina, 56 %, účastníků studie buď touží po dětech, nebo si tuto touhu již "splnila", pravděpodobně adopcí.

27% míra lítosti je také velmi pravděpodobně podhodnocená. Asseler cituje jednu účastnici, která svou neplodnost nepovažovala za "obtěžující" a která odpověděla: "Může mi to připadat obtěžující, ale je to příliš málo a příliš pozdě. Bohužel to nemohu změnit, i když bych chtěla". Stejně jako většina ostatních studií v této oblasti i tato trpí vysokou ztrátou sledovaných osob, když se jí neúčastnilo 50,7 % způsobilých účastníků, takže nemůžeme znát skutečnou míru lítosti v této kohortě mladých lidí.

Bergová poznamenala, že otázka devítiletých dětí, které se potýkají s pochopením celoživotní sterility, ji "zarazila", a Metzgerová připustila, že "většina dětí není v takovém mozgovém rozpoložení, aby o tom mohla vážně mluvit". To trápí odborníci WPATH, která si jen přeje, aby "děti byly šťastné, spokojenější, v přítomnosti".

Zatímco upřednostňování zmírnění trápení dítěte v přítomném okamžiku na úkor jeho budoucí plodnosti je hluboce zavádějící, Metzger uvádí další komentáře, které naznačují, že péče WPATH o potvrzení pohlaví nedosahuje ani tohoto pochybného cíle. Metzger říká, že nasazení blokátorů puberty devítiletým dětem předtím, než se dostanou do věku, kdy se u nich začne rozvíjet sexuální identita, "nemůže být skvělé", a připouští, že lékaři potvrzující pohlaví "do jisté míry okrádají tyto děti o takový ten druh sexuálních záležitostí v raném až středním pubertálním věku, které se dějí u jejich cisgenderových vrstevníků".

Dospívání je pro každého mladého člověka obtížným obdobím, protože touží po přijetí mezi vrstevníky. Erik Erikson, dětský psychoanalytik, uvedl, že hlavním cílem dospívání je vytvoření identity.⁴⁹ Dospívání vnímal jako

jako období zmatku a experimentování. Na základě Eriksonovy práce vytvořil kanadský vývojový psycholog James Marcia termín "moratorium na identitu", který popisuje fázi dospívání jako období zkoumání, nikoliv jako dobu, kdy se mladý člověk musí zavázat k jedinému důvodu nebo identitě.⁵⁰

Vývoj identity v této klíčové fázi je do značné míry závislý na sociálních interakcích a zkušenost izolace a osamělosti je pro mladého člověka, který se teprve hledá ve světě, obzvláště nepříjemná. Metzgerovy komentáře proto ukazují, že WPATH vědomě propaguje léčbu, která může sociální problémy dospívajících spíše zhoršit než zmírnit, což znamená, že tento lékařský zákrok, který je spojen s tak obrovskými náklady, nedosahuje ani Metzgerova zavádějícího cíle, kterým je učinit děti "šťastnějšími v daném okamžiku".

Vlákno na interním fóru WPATH navíc poskytuje důkaz, že některým dospívajícím s vývojovým opožděním jsou nasazovány léky blokující pubertu. Asistentka lékaře a profesorka na Yale School of Medicine ve skupině požádala o radu ohledně třináctiletého chlapce s vývojovým opožděním, který již užíval blokátory puberty, ale který možná nedosáhne "emoční a kognitivní vývojové latky stanovené [SOC8] v typickém časovém horizontu pro dospívající, pokud vůbec", aby mohl dát kognitivní souhlas s hormony pro různé pohlaví. Profesor z Yale a praktický lékař chtěl vědět, kdy by bylo etické umožnit mladému pacientovi přejít na "hormonální terapii potvrzující pohlaví".

Psychiatr z Nového Skotska odpověděl, že "hlavní zásadou by bylo zvážení škodlivosti jednání a nejednání". Tento člen WPATH definoval "újmu" jako zastavení potlačování puberty a doporučil, že v podávání blokátorů puberty nelze pokračovat donekonečna, pokud se zároveň nepodává pohlavní steroidní hormon. Jeden pensylvánský terapeut odpověděl, že "[d]ěti s mentálním postižením jsou schopny souhlasit s jinými operacemi", a zajímalo ho, zda existuje

- 49 Erikson, E. H. (1968). Identita: mládí a krize. Norton & Co.
- 50 Kroger, J., & Marcia, J. (2011). The Identity Statuses: J. a J. H.: Statusy: původ, významy a interpretace. In (s. 31-53). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_2

v původním příspěvku chybí důležitý kontext.

Aktivista a profesor práva na univerzitě v Albertě se podělil o článek, který má pomoci profesorovi z Yale vyřešit tuto etickou hádanku. "Bez ohledu na schopnosti pacientů není obvykle nikdo v lepší pozici pro přijímání lékařských rozhodnutí, která se dotýkají podstaty pacientovy identity, než pacienti sami," uvádí se v dokumentu a dodává, že vzhledem k tomu, že "pohlaví se jedinečným způsobem týká osobní identity a seberealizace, rodiče... jsou zřídka v lepší pozici pro přijímání složitých lékařských rozhodnutí."⁵¹

Protože rodiče jsou obvykle "cisgender", tedy nejsou transgender, "zřídka mají důvěrný vztah k transgenderu nebo genderové dysforii a nikdy nemají důvěrný vztah k genderové subjektivitě pacienta," uvádí se v článku. Naproti tomu pacienti, dokonce i vývojově opoždění adolescenti, mají "intimní porozumění vlastní genderové subjektivitě" a téměř vždy budou mít "podstatné, i když omezené, porozumění" riziku poškození a neplodnosti.

Podle této logiky tedy nezletilí, kteří se identifikují jako transsexuálové, a to i ti, kteří mají vážné problémy s duševním zdravím nebo opožděný vývoj, mohou "ocení obě strany rovnice", což znamená, že jsou lépe než jejich rodiče schopni přijímat složitá lékařská rozhodnutí, která budou mít celoživotní důsledky.

Tento politický aktivista, který nemá lékařské vzdělání, často přispívá do rozhovorů na fóru WPATH. Tento názor je však ve skutečnosti v souladu s oficiálním postojem WPATH k povolení adolescentům s vývojovým opožděním dávat kognitivní souhlas s experimentálními zásahy modifikujícími pohlavní znaky. Ve veřejném prohlášení z roku 2022 WPATH označila odložení nebo neposkytnutí blokátorů puberty a hormonů křížících pohlaví za "neúčinné".

adolescenty s koexistujícím autismem, jinými vývojovými odlišnostmi nebo problémy s duševním zdravím "nespravedlivé, diskriminační a zavádějící"⁵².

Oloupení dospívajících o jejich rozvíjející se sexuální identitu představuje pro skupinu odborníků WPATH další problém. Jak poznamenává Metzger, sexuální pudy této kohorty jsou potlačeny, což znamená, že se "neučí masturbovat". Stejní poskytovatelé zdravotní péče však mají za úkol diskutovat o možnostech zachování plodnosti se svými pacienty, kteří nejsou vývojově vybaveni k tomu, aby tomuto procesu porozuměli. V případě natálních mužů je pro zmrazení spermatu nutné, aby dospívající dosáhl této zásadní vývojové fáze. Zejména u chlapců logika včasného zásahu velí, aby byla puberta potlačena co nejdříve, tedy dříve, než endogenní hormony stihnou tělo učinit plodným.

Berg si je tohoto problému vědom a řekl skupině: "V některých ohledech mohou být věci, které je třeba udělat, abyste si mohli zachovat plodnost, za hranicí toho, kde se mladí lidé nacházejí z hlediska svého sexuálního vývoje, a přesto je to něco, co se musí stát."

V tradiční pediatrii by se tento typ rozhovoru objevil pouze v onkologii. Zachování plodnosti je nabízeno dětem s některými poruchami pohlavního vývoje (DSD) a dalšími vzácnými zdravotními stavy,⁵³ ale pouze léčba rakoviny a medicína potvrzující pohlaví způsobují iatrogenní neplodnost, což znamená, že je to léčebný protokol, který ničí plodnost mladého člověka. Před nástupem genderově potvrzující péče byla jediným ospravedlnitelným důvodem pro sterilizaci nezletilého potenciálně život ohrožující diagnóza rakoviny.

Ve veřejném prohlášení WPATH z roku 2020, jehož spoluautory byli dva členové semináře o vývoji identity

51 Ashley, F. (2023). Mládež by měla rozhodovat: zásada subsidiarity v pediatrické transgenderové zdravotní péči. *J Med Ethics*, 49(2), 110-114. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107820> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35131805/>.

52 WPATH, ASIAPATH, EPATH, PATHA a USPATH Reakce na NHS England ve Spojeném království (UK). (2022). <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2022/25.11.22%20AUSPATH%20Statement%20reworked%20for%20WPATH%20Final%20ASIAPATH.EPATH.PATHA.USPATH.pdf?t=1669428978>

53 Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Sergouniotis, F., Wångren, K., Ekengren, J., Lind, T., & Borgström, B. (2019). Perspektivní studie žen a dívek podstupujících zachování plodnosti z onkologických a neonkologických indikací ve Švédsku-Trendy ve volbě pacientek a přínos zvolených metod po dlouhodobém sledování. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 98(5), 604-615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>

Přední skupina pro zdraví transsexuálů tvrdí, že "obecně odborníci na duševní zdraví a lékaři provádějí hodnocení každého mladého člověka/rodiny, aby zajistili, že intervence používané na podporu emočního a psychologického zdraví u těchto mladých lidí jsou vhodné a odpovídají specifickým potřebám mladého člověka v oblasti duševního zdraví a zdravotnictví."⁵⁴

"Odborníci se zkušenostmi a výcvikem, kteří rozumí vývoji dospívajících a rodinné dynamice, jsou tak připraveni pochopit základní faktory, které stojí za konkrétním klinickým projevem," uvedla WPATH. "Nejlepší zájem dítěte je pro každého odpovědného licencovaného poskytovatele vždy prvořadý."

Porovnejte to s tím, co říkají členové WPATH, když si myslí, že je veřejnost neposlouchá. Jamison Green, aktivista za práva transsexuálů, bývalý prezident WPATH a jeden ze spoluautorů prohlášení, řekl panelu, že mnoho pacientů možná ani nikdy nenavštíví endokrinologa a místo toho si nechávají předepisovat "hormony prostřednictvím svého poskytovatele primární péče, který o trans péči neví nutně všechno".

Greenová se domnívá, že tito poskytovatelé primární péče se pouze "snaží být nápomocni", ale vysvětluje, že vzhledem k tomu, že oblast genderové medicíny je "nová" a "sporná", pacienti, dokonce i dobře vzdělaní dospělí, kteří se k péči dostávají poprvé, se narychlo podívají na formulář informovaného souhlasu, nevnímají žádné informace a řeknou: "Ukažte mi, kde to mám podepsat. Protože tohle je moje chvíle, musím se toho chopit."

Tento komentář je v naprostém rozporu s oficiálním prohlášením WPATH, které tvrdí, že tým lékařů a odborníků na duševní zdraví pečlivě vyhodnocuje mladé pacienty. A to se neděje jen v případě přístupu k hormonům. Stejně poznámky Green uvádí i v souvislosti s pacienty, kteří souhlasí se zákroky měnicími jejich život.

"Lidé se také mnohokrát bojí operace, a tak si mohou přečíst popis operace od jiných lidí, a uniknou jim detaily nebo jim unikne pro ně nejdůležitější informace jen proto, že se bojí ji přečíst," vysvětlil Green.

54 Tamtéž (č. 45)

WPATH NENÍ VĚDECKÁ SKUPINA

WPATH se světu prezentuje jako vědecká organizace. Skupina popisuje své "standardy péče" jako "založené na nejlepších dostupných vědeckých poznatcích a odborném profesním konsenzu".

V projevu v Texasu v roce 2022 řekla náměstkyně ministra zdravotnictví USA admirálka Rachel Levineová, že přístup WPATH k medicíně "neobsahuje žádnou jinou agendu než zajištění toho, aby lékařská rozhodnutí byla podložena vědeckými poznatky".⁵⁵ V článku v New York Times z dubna 2023 prezident WPATH Bowers tvrdil, že "obor transgenderové medicíny se rychle vyvíjí, ale je stejně objektivní a zaměřený na výsledky jako jakákoli jiná specializace v medicíně".⁵⁶

"Nechte zbývající vědecké otázky zodpovědět kompetentní vědce bez vlivu politiky a ideologie," vyzval Bowers.

Vědecká metoda však představuje systematický přístup ke zjišťování faktů pomocí důkladného testování a experimentování. V oblasti lékařského výzkumu tento proces zahrnuje pozorování zdravotního stavu, který vyžaduje zásah, a formulování hypotézy o potenciálně účinné léčbě. Tato hypotéza je pak testována prostřednictvím přísně kontrolovaných studií, nejlépe randomizovaných a dvojitě zaslepených, což znamená, že účastníci jsou náhodně rozděleni do různých skupin a ani účastníci, ani výzkumníci nevědí, která skupina dostává léčbu a která placebo nebo alternativní zásah. Posledním klíčovým krokem v procesu je následné sledování, což znamená, že všichni účastníci musí být po dostatečně dlouhou dobu sledováni a výsledky pečlivě analyzovány, aby bylo možné posoudit účinnost léčby.

účinnost a bezpečnost.

Spisy WPATH obsahují řadu důkazů o tom, že tato přední světová skupina pro zdraví transsexuálů nerespektuje zavedené vědecké postupy.

Dokonce i termín "standardy péče" je nesprávný, pokud se použije na SOC7 a SOC8 WPATH. "Standard péče" je právní, nikoli lékařský termín a představuje "měřítko, které určuje, zda byly splněny profesní povinnosti vůči pacientům".⁵⁷ Nedodržení standardu péče je lékařskou nedbalostí, která může mít pro poskytovatele zdravotní péče závažné důsledky.

Od SOC7 společnosti WPATH však žádné "standardy" neexistují. Systematický přehled klinických pokynů v genderové medicíně z roku 2021 nejenže hodnotil SOC7 jako nekvalitní, ale také jako "nedoporučovat".⁵⁸ Přehled byl uzavřen s nadějí, že připravovaný SOC8 zlepší četné nedostatky SOC7, ale místo toho se SOC8 ještě více vzdálil od splnění definice standardu péče.

SOC8 WPATH dává poskytovatelům zdravotní péče, kteří potvrzují pohlaví, povolení udělat cokoli, co si pacient přeje, bez vědeckých důkazů, s jistotou, že pojišťovny nabídnou úhradu, protože každý zákrok je definován jako "lékařsky nezbytný". Současně se tyto poskytovatelé domnívají, že jsou chráněni před žalobami za zanedbání péče, protože dodržují tyto schválené "standardy péče", které ve skutečnosti žádné skutečné "standardy" neobsahují, protože všechna kritéria jsou volitelná.

Slabá důkazní základna pro potlačení puberty

WPATH nikde nezohledňuje vědecké poznatky.

55 Levine, R. (2022). Poznámky náměstkyně ministra zdravotnictví HHS pro zdravotnictví ADM Rachel Levine na konferenci Out For Health 2022. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/about/news/2022/04/30/remarks-by-hhs-assistant-secretary-for-health-adm-rachel-levine-for-the-2022-out-for-health-conference.html>.

56 "Co mě naučila desetiletí poskytování trans zdravotní péče." The New York Times, 2023, <https://www.nytimes.com/2023/04/01/opinion/trans-healthcare-law.html>.

57 Vanderpool, D. (2021). Standard péče. *Innov Clin Neurosci*, 18(7-9), 50-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8667701/#:~:text=The%20standard%20of%20care%20is%20a%20legal%20term%2C%20not%20a,legal%20standard%20varies%20by%20state.>

58 Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment [Mezinárodní pokyny pro klinickou praxi pro osoby z genderových menšin/trans: systematický

přehled a hodnocení kvality]. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>

proces více zřejmý než v jeho podpoře dospívajícího modifikace pohlavních znaků zahrnující blokátory puberty, hormony pro různá pohlaví a operace pro nezletilé trpící genderovou dysforií. Nejvýznamnější světová skupina pro transgenderovou zdravotní péči tento kontroverzní léčebný protokol podporuje a ve spisech WPATH jsou obsaženy četné důkazy, které ukazují, jak málo je o těchto léčích a jejich dlouhodobých účincích známo.

V článku Mýtus spolehlivého výzkumu z roku 2023⁵⁹ Abbruzzese a spol. tvrdí, že praxe provádění úprav pohlavních znaků u nezletilých pomocí blokátorů puberty, hormonů pro křížence pohlaví a operací je experimentem, který "utekl z laboratoře" dříve, než pro něj existovaly silné vědecké důkazy.

Abbruzzese a spol. vysvětlují, že modifikace pohlavních znaků u dětí není "založena na důkazech", jak tvrdí WPATH, ale že se jedná o "inovativní postup", který zavedli výzkumníci na nizozemské klinice na přelomu 80. a 90. let 20. století. Rámec "inovativní praxe" umožňuje lékařům provádět neověřené, ale povzbudivé intervence v případech, kdy by ponechání stavu bez léčby mohlo mít neblahé následky, kdy se zavedené léčebné postupy zdají být neúčinné a kdy je populace pacientů malá.

Inovativní postupy jsou dvousečnou zbraní, protože mají potenciál rychle rozvíjet medicínu, ale mohou také způsobit škody. Proto je etickým požadavkem, aby po inovativních experimentech následovaly přísné klinické studie, které prokáží, že výhody léčby převažují nad souvisejícími riziky.

Fáze klinického hodnocení je nezbytná, aby se zabránilo

fenomén zvaný runaway diffusion, "kdy lékařská komunita považuje malý inovativní experiment za osvědčený postup a potenciálně neprospěšný nebo škodlivý postup "unikne z laboratoře" a rychle se rozšíří do běžného klinického prostředí."⁶⁰

V pediatrické genderové medicíně se stalo to, co se stalo s uprchlickým šířením. Na základě studijní skupiny pouhých 55 účastníků, která trpěla vysokou výběrovou chybou, a metodologicky tak chybného designu studie, že její výsledky měly být zcela znehodnoceny, začala mezinárodní lékařská komunita potlačovat pubertu dospívajících trpících genderovou dysforií. Zásadní krok spočívající v provedení kontrolovaného výzkumu zaměřeného na ověření předpokládaných podstatných a trvalých psychologických výhod byl zcela vynechán.

Již v roce 2001 WPATH, tehdy HBGDA, léčbu schválila ve svých Standardech péče 6, přestože v té době vědecké důkazy pro protokol sestávaly pouze z jediné případové studie zahrnující jednoho mladého pacienta.^{61,62,63} Ještě před dokončením druhé fáze hluboce chybného nizozemského experimentu pak WPATH v roce 2012 léčbu opět schválila ve svých Standardech péče 7, čímž ovlivnila lékařskou komunitu a vedla k širokému přijetí protokolu.⁶⁴

Rychlost šíření se dramaticky zvýšila, když se tento inovativní lékařský experiment střetl s náhlým nárůstem počtu dospívajících, kteří se v polovině roku 2010 identifikovali jako transsexuálové.

Ačkoli Mýtus spolehlivého výzkumu výslovně kritizuje experiment s modifikací pohlavních znaků u dospívajících, nikdy nebyly provedeny žádné řádně kontrolované studie v této oblasti.

59 Abbruzzese, E., Levine, S. B., & Mason, J. W. "The Myth of 'Reliable Research' in Pediatric Gender Medicine": A Critical Evaluation of the Dutch Studies and Research That Has Followed." (Kritické zhodnocení nizozemských studií - a následného výzkumu). *Journal of Sex & Marital Therapy* 49, č. 6 (2023): 673-99. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2150346>.

60 Tamtéž (č. 59)

61 Biggs, M. "Nizozemský protokol pro mladistvé transsexuály: Původ a důkazy." *Journal of Sex & Marital Therapy* 49, no. 4 (2023): 348-68. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2121238>.

62 Meyer III, W., Bockting, W.O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H., Gooren, L., et al. "The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version" (Standardy péče o poruchy pohlavní identity Mezinárodní asociace Harryho Benjamina, šestá verze). *Journal of Psychology & Human Sexuality* 13, č. 1 (2002): 1-30. <https://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/WPATHsocv6.pdf>.

63 Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. "Pubertální opožďení jako pomoc při diagnostice a léčbě transsexuálního adolescenta." [In eng]. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 7, no. 4 (prosinec 1998): 246-8. <https://doi.org/10.1007/s007870050073>.

64 Tamtéž (č. 38, s. 18).

širší oblast genderové medicíny, o níž také trvale chybí dlouhodobé údaje. Studie, které prokazují pozitivní výsledky zákroků zaměřených na změnu pohlaví, mají velmi krátkou dobu sledování a studie, které se snaží sledovat, jak se pacientům daří po letech od podstoupení hormonálních a chirurgických zákroků, jsou ohroženy vysokým procentem účastníků studie, kteří se ztratili ze sledování. Několik málo pokusů o dlouhodobé sledování dospělých, kteří podstoupili intervence zaměřené na modifikaci pohlaví nevykazují pozitivní výsledky, u jedinců se projevují sociální potíže a výrazně zvýšená míra dokonaných sebevražd a psychických problémů.^{65,66,67,68} Ačkoli každá z těchto studií má svá metodologická omezení, zjištění vážně zpochybňují tvrzení, že intervence zaměřené na modifikaci pohlaví vedou k převážně pozitivním výsledkům pro pacienty. Není překvapivé, že systematické přehledy výzkumu týkajícího se modifikace pohlavních znaků u nezletilých osob důsledně shledávají "nízkou" nebo "velmi nízkou" kvalitu důkazů o prospěšnosti.

Důkazy ve spisech o nerespektování vědeckého procesu ze strany WPATH

Diskuze ve WPATH Files, které se účastní prezidentka WPATH, Dr. Marci Bowersová, ukazuje pseudovědeckou, experimentální povahu dětské hormonální a chirurgické modifikace pohlavních znaků. Bowersová dává jasně najevo, že léčebný protokol není nijak vědecky přísný, když diskutuje o tom, jak málo je známo o vlivu blokátorů puberty na budoucí sexuální funkce natálních mužů.

V lednu 2022 prezident WPATH Bowers na fóru připustil, že vliv blokátorů puberty na plodnost a "nástup orgasmické reakce" není dosud zcela objasněn. Rovněž Bowers připustil, že existují "problematické výsledky chirurgických zákroků" u natálních mužů, kteří mají

jejich puberta zablokována brzy.

Téměř vše, čím Bowersová přispěla na diskusní fórum o plodnosti, blokátorech puberty a sexuální intimitě, je důkazem toho, že tato přední transgenderová zdravotní skupina obhájí neregulovaný experiment na mladých lidech.

Bowers řekl skupině, že "otázka plodnosti nemá žádný výzkum", a doporučil, že "pokud není předpubertální dysforie obrovská, mohlo by být z dlouhodobého hlediska vhodnější nechat před blokátory malé množství puberty".

V tomto kontextu použití slova "možná" naznačuje, že tito lékaři improvizují, experimentují bez strukturovaného rámce, a vzhledem k nedostatečným následné sledování, přičemž se jim nepodařilo sledovat výsledek svého experimentu. Tento typ odhadu je přijatelný v případě malého experimentu, ale neetický, když každá významná americká lékařská asociace tuto léčbu doporučuje a širší lékařská komunita ji již přijala.

Bowers pak uvedl, že otázka, zda tito mladí muži budou schopni dosáhnout orgasmu v pozdějším věku, je "palčivější", přičemž prezident WPATH připustil, že všechny dosavadní osobní klinické zkušenosti ukazují, že chlapci, u nichž byla puberta zablokována ve 2. Tannerově stadiu, tedy na počátku pubertálního vývoje, jsou zcela neschopni orgasmu. "Je zřejmé, že toto číslo je třeba zdokumentovat a sledovat dlouhodobé sexuální zdraví těchto jedinců," řekl Bowers.

Jinými slovy, Bowers si je vědom toho, že poskytovatelé zdravotní péče, kteří potvrzují pohlaví, připravují mladé natální muže o schopnost dosáhnout orgasmu, a tím i o budoucí schopnost navázat dlouhodobý intimní vztah, který je pro většinu lidí nezbytnou součástí plnohodnotného a šťastného života. A co víc, gender potvrzující lékaři se rozhodují pro tuto drastickou lékařskou

65 "Chybná identita." The Guardian, 2004, <https://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.

66 Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. "Long-Term Follow-up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden." PLoS ONE 6, č. 2 (2011): e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

67 Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. "Quality of Life 15 Years after Sex Reassignment Surgery for Transsexualism". Fertility and Sterility 92, no. 5 (2009): 1685-89.e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>.

68 "Část 3: Genderová identita." Sexualita a gender: The New Atlantis, 2016, <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-three-gender-identity-sexuality->

and-gender.

intervence jako první linie léčby této zranitelné skupiny mladých lidí, přičemž ignoruje vědeckou literaturu, která ukazuje, že většina dětí by svou dysforii překonala, kdyby jim bylo umožněno přirozeně růst a vyvíjet se bez lékařských zásahů.^{69,70,71} Ačkoli tato literatura vznikla před nově objevenou skupinou dospívajících, všechny stávající poznatky o vývoji identity dospívajících silně podporují to, aby se těmto mladým pacientům poskytla možnost růst a dospět předtím, než učiní drastická, život měnící rozhodnutí.⁷²

Pokud by WPATH, jak Bowers tvrdí v New York Times, byla stejně objektivní a orientovaná na výsledky jako jakákoli jiná specializace v medicíně, byly by tyto otázky zodpovězeny dříve, než by skupina doporučila zavedení léčebného protokolu do širší lékařské praxe.

Bowers se rovněž zmínil o "problematičtějších výsledcích operací", s nimiž se tito pacienti potýkají. Prezident WPATH zde naráží na skutečnost, že natální muži, kteří mají potlačenou pubertu na 2. Tannerově stupni, obvykle vyžadují složitější vaginoplastiku než standardní inverzi penisu.

U plně vyvinutého dospělého muže spočívá vaginoplastika v inverzi penisu, při níž se kůže penisu použije k lemování chirurgické dutiny, která má připomínat vagínu. U natálních mužů, kteří mají zablokovanou pubertu, však penis zůstává v dětském stavu, což znamená, že při zákroku není k dispozici dostatečné množství penilní tkáně, kterou by bylo možné použít. Chirurg proto musí odebrat tkáň z jiné části těla. Při nejběžnější technice se používá kousek pacientova tlustého střeva, méně často chirurgové použijí

peritoneum, což je výstelka břišní dutiny. Někteří genderoví chirurgové dokonce experimentují s použitím kůže z ryby tilapie.⁷³

Existují dva pozoruhodné příklady "problematičtějších chirurgických výsledků", které mohou být důsledkem těchto rizikovějších operací. Prvním je tragické úmrtí 18letého natálního muže, který se účastnil průkopnické nizozemské studie a zemřel na nekrotizující fasciitidu.⁷⁴ Tento ničivý výsledek byl důsledkem toho, že se chirurgové rozhodli použít část střeva dospívajícího muže ke konstrukci pseudovagíny, což bylo nutné kvůli tomu, že pacient nebyl v mužské pubertě. Toto jedno úmrtí představuje téměř 2% úmrtnost spojenou s operací v nizozemské studii. V každém jiném oboru medicíny by tak vysoká úmrtnost vedla k okamžitému zastavení experimentu a pečlivému zkoumání, co se pokazilo.

Pak je tu příběh Jazze Jenningse, transidentifikované mužské hvězdy televizní reality show I Am Jazz. Jennings byl také jedním z prvních dětí, které se zúčastnily experimentu s potlačením puberty, a když přišel čas na vaginoplastiku, Jazz měl také nedostatečnou tkáň penisu, takže bylo nutné použít část Jazzovy výstelky pobřišnice a část kůže stehna. Operaci prováděl Bowers. Několik dní po operaci se pseudovagína rozpadla, což Jazze způsobilo silné bolesti a vyžádalo si tři korekční operace.

Jedna studie zjistila, že 71 % natalitních mužů, kteří podstoupili potlačení puberty v Tannerových stádiích 2-3, vyžadovalo rizikovější formu vaginoplastiky střeva.⁷⁵ Jiná studie zjistila, že čtvrtina mužů, kteří podstoupili

69 Tamtéž (č. 2)

70 Tamtéž (č. 4).

71 Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. "Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children". [In eng]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 47, č. 12 (prosinec 2008): 1413-23. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>.

72 Tamtéž (č. 49); tamtéž (č. 50).

73 Slongo, H., Ricetto, C. L. Z., Junior, M. M., Brito, L. G. O., & Bezerra, L. "Tilapiová kůže pro neovaginoplastiku po operaci změny pohlaví." [In eng]. J Minim Invasive Gynecol 27, č. 6 (září-říjen 2020): 1260. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.12.004>.

74 Negenborn, V. L., van der Sluis, W. B., Meijerink, W., & Bouman, M. B. "Letální nekrotizující celulitida způsobená E. Coli produkující Esbl po laparoskopické vaginoplastice střeva". [In eng]. J Pediatr Adolesc Gynecol 30, no. 1 (Feb 2017): e19-e21. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.09.005>.

75 van der Sluis, W. B., de Nie, I., Steensma, T. D., van Mello, N. M., Lissenberg-Witte, B. I., & Bouman, M. B. "Surgical and Demographic Trends in Genital Gender-Affirming Surgery in Transgender Women: 40 Years of Experience in Amsterdam" (Chirurgické a demografické trendy v oblasti chirurgie pohlaví u

transgender žen: 40 let zkušeností v Amsterdamu). [In eng]. Br J Surg 109, č. 1 (17. prosince 2021): 8-11. <https://doi.org/10.1093/bjs/zxab213>.

tento typ vaginoplastiky vyžaduje následnou korekční operaci.⁷⁶

Další důkazy o nejistotě ohledně experimentu s potlačením puberty jsou obsaženy ve spisech WPATH. V únoru 2022 požádala psychologka ze Seattlu fórum o informace o vlivu blokátorů puberty na výšku mladého člověka. Psycholog byl po přečtení a vyslechnutí "některých protichůdných informací" zmaten. Pacientkou, která dotaz vyvolala, byla desetiletá "premenarche" natálka, která se identifikovala jako chlapec. Dítě se obávalo, že užívání léků blokujících pubertu zbrzdí růst, a tak se psycholog na fóru zeptal, zda by nasazení léků v tak mladém věku mohlo mít negativní dopad.

Odpověď dětského endokrinologa ukazuje, že celý experiment je založen na odhadech. Vysvětluje, že blokátory potlačují pubertu, aby růstové ploténky zůstaly déle otevřené, takže mladší dospívající mají více času na růst, ale typický růstový spurt dospívajících je také blokován. Endokrinoložka říká, že aby to napravila, podává těmto mladým dospívajícím dívkám nízkou dávku testosteronu a postupně dávku zvyšuje v naději, že se růstové ploténky neuzavřou.

Na tomto místě je důležité poznamenat, že experiment s potlačením puberty začal proto, že transgender dospělí muži nebyli spokojeni s výsledky své lékařské transformace, protože se kvůli "nikdy nemizícímu mužskému vzhledu" nedokázali dobře "vydávat" za ženy.⁷⁷ Nizozemští vědci proto přišli s nápadem použít agonisty hormonu uvolňujícího gonadotropin (GnRHa), aby zablokovali nárůst testosteronu v období mužské puberty v naději, že v dospělosti dosáhnou ženštějšího vzhledu. Na

bylo zaznamenáno zvýšené riziko falešně pozitivních výsledků v důsledku včasného zásahu, ale kosmetické výhody pro dospělé muže, kteří se identifikují jako ženy, byly považovány za důležitější.⁷⁸

V roce 2014 Delemarre-van de Waal zhodnotil experiment s potlačením puberty a uvedl, že "včasný zásah u transsexuála z muže na ženu může vést k přijatelnější konečné výšce ženy". Slovo výška bylo v článku zmíněno ne méně než 23krát.⁷⁹ Pouze jednou byla zmíněna ztráta plodnosti. Jak později poznamenal jeden z výzkumníků, "slova orgasmus, libido a sexualita se neobjevila" ani jednou.⁸⁰

Výše zmíněná výměna informací v souborech WPATH však naznačuje, že u natálních žen může mít zablokování puberty horší výsledky.

Užívání testosteronu obvykle vyvolává u žen, které se identifikují jako muži, přesvědčivé kosmetické změny, a proto je výška největší výzvou, které transidentifikované ženy čelí, když se snaží vydávat za muže. Vzhledem k tomu, že natální ženy tvoří většinu pacientů, kteří se obracejí na dětské genderové kliniky, pokud je skutečně pravda, že tyto léky negativně ovlivňují výšku pacientek, zpochybňuje to platnost původní hypotézy o jejich užívání.

Povrchní zaměření na "vydávání se" za příslušníka opačného pohlaví navíc ignoruje realitu lidské sexuality. Transgenderová osoba, která se na veřejnosti vydává za někoho jiného, bude mít stále potíže s hledáním romantického partnera kvůli omezením zásahů zaměřených na změnu pohlavních znaků. Pro ty, kteří se nerozhodnou pro operaci pohlavních orgánů, je jejich vnější vzhled neslučitelný s jejich genitáliemi, a pro ty, kteří se rozhodnou pro úplnou chirurgickou změnu, existují omezení, která taková změna

76 Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., Buncamper, M. E., Özer, M., Mullender, M. G., & Meijerink, W. "Primary Total Laparoscopic Sigmoid Vaginoplasty in Transgender Women with Penoscrotal Hypoplasia: A Prospective Cohort Study of Surgical Outcomes and Follow-up of 42 Patients" (Primární totální laparoskopická plastika vagíny u transgender žen s hypoplazií penisu: prospektivní kohortová studie chirurgických výsledků a sledování 42 pacientek). [In eng]. *Plast Reconstr Surg* 138, no. 4 (říjen 2016): 614e-23e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000002549>.

77 Waal, H., & Cohen-Kettenis, P. "Clinical Management of Gender Identity Disorder in Adolescents: A Protocol on Psychological and Paediatric Endocrinology Aspects." (Protokol o psychologických a pediatrických endokrinologických aspektech). *European Journal of Endocrinology - EUR J ENDOCRINOLOGY* 155 (30. 10. 2006). <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.

78 Tamtéž (č. 77)

79 Delemarre-van de Waal, H. A. "Časná lékařská intervence u dospívajících s genderovou dysforií". In *Genderová dysforie a poruchy vývoje pohlaví: C.*

Kreukels, Thomas D. Steensma a Annelou L. C. de Vries, 193-203. Boston, MA: Springer US, 2014.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-7441-8_10#citeas

80 Tamtéž (č. 61)

operace mohou dosáhnout. V obou případech je schopnost navazovat dlouhodobé sexuální vztahy drasticky narušena.

Pokud by WPATH byla skutečně vědeckou organizací, jejímž cílem je zajistit, aby její členové poskytovali co nejlepší péči pacientům trpícím genderovou dysforií, včetně nezletilých a pacientů se závažnými psychiatrickými komorbiditami, financovala by řádné klinické studie, které by hodnotily.

bezpečnost, účinnost, rizika a přínosy léčebného protokolu, který tak usilovně obhájí. Nezbytnou součástí těchto studií by bylo dlouhodobé sledování, které by změřilo dopad toho, že dospívající mohou v tak mladém věku ohrozit své zdraví, plodnost a sexuální funkce.

WPATH NENÍ LÉKAŘSKÁ SKUPINA

WPATH se vzdala Hippokratovy přísahy

Již více než 2500 let se lékaři řídí Hippokratovou přísahou, podle níž mají především neškodit. Ačkoli se toto přísloví v původním textu z 5. století př. n. l. v Řecku přesně nevyskytuje, je tento slib destilátem zastřešujícího poselství přísahy, že je třeba brát ohled na prospěch pacientů a "zdržet se všeho, co je škodlivé a škodlivé".

Fráze "Především neškodit" nebo její latinský překlad "Primum non nocere" je základním kamenem, na němž jsou postaveny standardy lékařské etiky, a po tisíce let představuje pro lékaře morální a etický kompas. Ačkoli medicína a technologie od dob Hippokrata pokročily k nepoznání, hlavní zásada přísahy zůstala vždy stejná: přínosy lékařské léčby musí vždy převážit nad případnými škodami.

Lékaři se po celé věky snažili najít rovnováhu mezi riskováním a bezpečností pacientů a dodnes to může být náročné, zejména v oblastech medicíny s vysokými riziky, jako je léčba rakoviny. Ve skutečnosti je vhodné přirovnat péči WPATH o potvrzení pohlaví k léčbě rakoviny, protože oba protokoly zahrnují použití silných léků, které mají zásadní vliv na budoucí zdraví a reprodukční funkce, a v mnoha případech také chirurgické odstranění částí těla.

Zatímco většina lidí by souhlasila s tím, že lékaři jsou oprávněni provádět léčbu, jako je chemoterapie, která by mohla vést ke sterilitě, nebo amputovat části těla, pokud má dítě nebo mladý člověk rakovinu a zákrok by mu mohl zachránit život, etika sterilizace mladého člověka trpícího špatně definovanou psychickou poruchou zvanou genderová dysforie nebo amputace zdravých částí těla je mnohem spornější.

Důkazy o škodlivých účincích hormonů nesprávného pohlaví

Členové WPATH zastávají názor, že snaha pomoci pacientovi překonat jeho pocit genderové inkongruence a smířit se s jeho přirozeným pohlavím se rovná konverzní terapii.⁸¹ Proto duševní a lékařští odborníci uvnitř této přední transgenderové zdravotní skupiny obhajují afirmaci vedle invazivních a škodlivých hormonálních a chirurgických zákroků jako první a jedinou linii léčby pacientů, včetně nezletilých a těžce duševně nemocných, a to navzdory vědomí škodlivých účinků.

Na fóru WPATH se hojně diskutovalo o vlivu hormonů na sexuální funkce natálních žen i natálních mužů, kterým bylo umožněno projít pubertou, a proto byli schopni orgasmu.

Například v diskusním vlákně z 24. března 2022 se praktická sestra ptala na "mladou pacientku", u které se po třech letech užívání testosteronu vyvinulo pánevní zánětlivé onemocnění. Porodní asistentka "má atrofii s přetrvávajícím žlutým výtokem, který v důsledku toho často vidáme", napsala sestra. Vaginální atrofie je ztenčení, vysušení a zánět poševních stěn, ke kterému dochází, když má žena méně estrogenu, obvykle po menopauze. Pro mnoho žen je vaginální atrofie nejen bolestivá při pohlavním styku, ale vede také k obtěžujícím močovým příznakům.

Pánevní zánětlivé onemocnění (PID) je závažné onemocnění, které může vést k závažným a potenciálně život ohrožujícím zdravotním problémům, včetně rozšíření infekce do dalších částí těla a abscesů vaječníků a vejcovodů. Významně zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství, které může být rovněž život ohrožující. PID může také negativně ovlivnit plodnost. Čím déle zůstává PID neléčen, tím vyšší je pravděpodobnost, že bude trvat

závažné dlouhodobé zdravotní problémy a neplodnost a dlouhodobé infekce PID mohou vést k trvalému zjizvení reprodukčních orgánů. Tento stav může vést až k nutnosti hysterektomie.

V odpovědích se jedna členka WPATH podělila o příběh mladých rodiček, u kterých se objevila "dysfunkce pánevního dna, a dokonce i bolest při orgasmu". Právníčka a prominentní trans aktivistka, která se identifikovala jako trans natální žena, se podělila o osobní příběh o tom, jak se u ní po letech užívání testosteronu vyvinul stav, který způsoboval "trhliny v kůži, které krvácely a byly nesnesitelné". A další trans-identifikovaná natální členka popsala "krvácení po penetračním sexu", bolestivé orgasmy a atrofovanou dělohu.

Natální muži na tom nejsou s estrogenem o nic lépe. Když jeden z lékařů napsal dotaz na "jakýkoli náhled na to, proč mohou některé transženy po hormonální léčbě pociťovat výrazné bolesti při erekci", odpovědi naznačovaly, že se nejedná o neobvyklý problém.

Transidentifikovaný natální poradce potvrdil, že během užívání estradiolu zažíval bolestivé erekce, a popsal, že "se jim kvůli tomu snažil vyhnout", a vysvětlil, že i když erekce nebyly bolestivé, "byly fyzicky nepříjemné a nebyly příjemné". Registrovaná zdravotní sestra vyprávěla o natálních mužských pacientech, kteří popisovali erekce jako "pocit jako rozbité sklo".

Tento způsob léčby WPATH podporuje u dospívajících. Tyto výměny názorů naznačují, že poskytovatelé zdravotní péče, kteří potvrzují gender, vědomě umožňují mladým pacientům ohrozit jejich sexuální funkce, i když nejsou dostatečně zralí nebo zkušení, aby pochopili důsledky takového rozhodnutí v kontextu dlouhodobého vztahu. Těmto mladým lidem je umožněno obětovat klíčovou složku jejich sexuální identity ještě předtím, než pochopí, jaký dopad bude mít tato ztráta na jejich dospělý život.

Lékaři na fóru také zjistili, že křížové pohlaví

hormony měly na některé mladé lidi závažné nepříznivé účinky. V prosinci 2021 lékař popsal případ šestnáctileté pacientky, u níž se po několikaletém užívání norethindronu acetátu k potlačení menstruace a ročním užíváním testosteronu objevily velké nádory jater. "U Pt byly zjištěny dva jaterní útvary (jaterní adenomy) - 11x11 cm a 7x7 cm - a onkolog i chirurg uvedli, že pravděpodobným původcem (původci) jsou hormony," napsal lékař.

Jiný lékař na to reagoval anekdotou o své kolegyni, u níž se asi po 8-10 letech užívání testosteronu objevil hepatokarcinom. "Pokud vím, souviselo to s jeho hormonální léčbou," řekla lékařka, která neměla žádné další podrobnosti, protože rakovina byla tak pokročilá, že její kolega po několika měsících zemřel.

Riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu u pacientek užívajících testosteron bylo zaznamenáno již dříve. V roce 2020 byla v časopise The Lancet publikována případová studie 17leté transidentifikované ženy s rozsáhlým hepatocelulárním karcinomem (HCC), nejčastějším typem primárního karcinomu jater, který se nejčastěji vyskytuje u mužů a lidí s chronickými jaterními onemocněními, jako je cirhóza způsobená infekcí hepatitidou B nebo hepatitidou C. Sedmnáctiletá dívka užívala 14 měsíců testosteron, ale její tým jí doporučil, aby s užíváním hormonu přestala kvůli "možným účinkům, které by mohl mít na nádor". Výsledek léčby pacientky není znám, ale v závěru případové studie se uvádí, že "vztah mezi exogenním testosteronem a vznikem a progresí HCC u peripubertálních transsexuálních pacientů není znám."⁸²

Vědci také zdokumentovali druhý neobvyklý případ rakoviny jater u trans-identifikované natální ženy. Této pacientce bylo v době stanovení diagnózy 47 let a byl u ní zjištěn cholangiokarcinom, vzácné nádorové onemocnění žlučových cest, které se obvykle vyskytuje pouze u starších lidí.⁸³

82 Lin, A. J., Baranski, T., Chaterjee, D., Chapman, W., Foltz, G., & Kim, H. "Androgen-Receptor-Positive Hepatocellular Carcinoma in a Transgender Teenager Taking Exogenous Testosterone". The Lancet 396, č. 10245 (2020): 198. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)31538-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)31538-5/fulltext)

83 Pothuri, V. S., Anzelmo, M., Gallaher, E., Ogunlana, Y., Aliabadi-Wahle, S., Tan, B., Crippin, J. S., & Hammill, C. H. "Transgender Males on Gender-Affirming Hormone Therapy and Hepatobiliary Neoplasms: Systematický přehled." Endocrine Practice 29, č. 10 (2023/10/01/ 2023): 822-29. <https://>

pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37286102/.

Poměrně neočekávaný věk těchto dvou případů, absence rizikových faktorů a známá souvislost mezi exogenním testosteronem a nádory jater podnítily zkoumání existující literatury o vztahu mezi hormonální terapií podporující pohlaví a rakovinou jater. Systematický přehled však nebyl jednoznačný kvůli nedostatku dostupných důkazů: "Dostupné důkazy jsou omezeny vzácností těchto typů nádorů [a] historickým nedostatkem přístupu k [hormonální terapii podporující pohlaví]." ⁸⁴

U žen užívajících exogenní testosteron se nejedná pouze o rakovinu jater. Kohortová studie z roku 2022 prokázala vysoké procento abnormálních Pap testů u natálních žen užívajících testosteron. Výzkumníci dospěli k závěru, že "[t]estosteron zřejmě vyvolává změny v dlaždicových buňkách a posuny ve vaginální flóře". ⁸⁵ Jiné studie naznačují souvislosti mezi užíváním testosteronu a zvýšeným rizikem srdečních příhod. ^{86,87}

Vzhledem k výraznému nárůstu počtu dospívajících dívek a mladých žen, které se v posledních letech identifikují jako transgenderové a vyhledávají testosteronovou terapii, a v souvislosti s modelem péče WPATH, který potvrzuje pohlaví, je naléhavě nutné prozkoumat všechny možné život ohrožující souvislosti. Navíc "model péče s informovaným souhlasem", který WPATH podporuje, zjednodušil přístup k tomuto silnému a potenciálně smrtelnému hormonu. V některých státech je to pro ženy ve věku 18 let stejně jednoduché jako podepsání souhlasu v plánovaném rodičovství. ⁸⁸

Také studie z roku 2018 provedená společností Kaiser Permanente

zjistila, že u natálních mužů užívajících estrogeny je 5,2% riziko vzniku krevní sraženiny v plicích nebo nohách, srdečního infarktu nebo mozkové mrtvice v průměru 4 roky po zahájení užívání estrogenů (zvýšené riziko však začíná již po jednom roce) a riziko se zvyšuje, čím déle trans-identifikovaní natální muži estrogeny užívají. ⁸⁹

Nedostatek kvalitních výzkumů v oblasti genderové medicíny odhalil systematický přehled vědecké literatury o bezpečnosti a účinnosti hormonální terapie pro muže s křížením pohlaví, který provedla Cochrane Library v roce 2020. ⁹⁰ Přehled odhalil, že ani jedna ze studií v rámci celého souboru literatury nedosáhla ani klasifikace velmi nízké kvality, a v důsledku toho ani jedna studie nesplnila kritéria pro zařazení stanovená v přehledu.

"Navzdory více než čtyřicetiletému úsilí o zlepšení kvality hormonální léčby [natálních mužů] v přechodu jsme zjistili, že dosud nebyly provedeny žádné RCT nebo vhodné kohortové studie, které by zkoumaly účinnost a bezpečnost hormonálních léčebných postupů pro [natální muže] v přechodu," napsali výzkumníci. "Důkazy jsou velmi neúplné, což ukazuje na mezeru mezi současnou klinickou praxí a klinickým výzkumem."

Vzhledem k nedostatku vědecké literatury, která by naznačovala, že hormonální terapie zaměřená na obě pohlaví je bezpečná a účinná, stejně jako vzhledem k množství známých negativních vedlejších účinků a možným závažným negativním důsledkům, je neetické, aby WPATH obhajovala obcházení psychoterapie u nezletilých a těžce duševně nemocných osob a umožňovala jim okamžitý přístup k těmto silným lékům.

84 Tamtéž (č. 83)

85 Lin, L. H., Zhou, F., Elishaev, E., Khader, S., Hernandez, A., Marcus, A., & Adler, E. "Cervikovaginální cytologie, Hpv testování a vaginální flóra u transmaskulinních osob užívajících testosteron." [In eng]. *Diagn Cytopathol* 50, č. 11 (listopad 2022): 518-24. <https://doi.org/10.1002/dc.25030>.

86 Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgiione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a infarktu myokardu u transgenderové populace. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4). <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.119.005597>

87 Nota, N. M., Wiepjes, C. M., De Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & Den Heijer, M. (2019). Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy [Výskyt akutních kardiovaskulárních příhod u transgender osob užívajících hormonální terapii]. *Circulation*, 139(11), 1461-1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>

88 "Chci přejít. Kolik ti musí být let, abys mohla dostat antikoncepci?" *Planned Parenthood*, 2023, <https://www.plannedparenthood.org/blog/i-want-to-transition-how-old-do-you-have-to-be-to-get-hrt>.

89 Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in

Transgender Persons (Hormony napříč pohlavím a akutní kardiovaskulární příhody u transgenderových osob): A Cohort Study. *Ann Intern Med*, 169(4), 205-213. <https://doi.org/10.7326/m17-2785n>

- 90 Haupt, C., Henke, M., Kutschmar, A., Hauser, B., Baldinger, S., Saenz, S. R., & Schreiber, G. (2020). Antiandrogenní nebo estradiolová léčba nebo obojí během hormonální terapie u přecházejících transgender žen. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013138.pub2>.

Lékaři improvizují a experimentují

Jak již bylo ukázáno, WPATH obhájí provádění neregulovaného experimentu na nezletilých, kteří zažívají genderové potíže. Neexistují žádné spolehlivé důkazy, které by potvrzovaly bezpečnost a účinnost potlačování puberty u transsexuálně identifikovaných dospívajících.

Ve spisech jsou však další důkazy o tom, že členové WPATH se zabývají spíše improvizací a experimentováním než přísnou vědou.

Například v diskusních vláknech týkajících se vysilujících bolestí reprodukčních orgánů, které pociťují pacienti i pacientky v důsledku hormonální terapie, jsou rady neustále anekdotické a jsou pouhými dohady. Ve vlákně o mladé rodiče, která po třech letech užívání testosteronu vyžadovala péči na pohotovosti kvůli pánevnímu zánětlivému onemocnění (PID), sdělila newyorská zdravotní sestra skupině, že estrogenový krém "zřejmě přestal účinkovat" a pacientka má přetrvávající žlutý výtok. "Měl někdo štěstí s tabletami estrace vs. krémem?" zeptala se sestra, zjevně místo toho, aby konzultovala odbornou literaturu.

Odpovědi obsahují neurčitá anekdotická doporučení, že lokální krémy mohou několika pacientům pomoci, a několik trans-identifikovaných natálních žen vypráví o prostředcích, které jim pomohly zmírnit některé příznaky. Michiganská rodinná lékařka vypráví na fóru o úspěchu, který zaznamenala při léčbě dvou natálních žen lékem proti křečím, který zmírnil jejich bolestivé orgasmy, a upřesňuje, že lék by se měl užívat 30-60 minut před orgasmem.

Nicméně anekdoty nejsou věda a nikdo na fóru neposkytl odkazy na skutečnou vědeckou literaturu, která by poskytovala na důkazech založená doporučení pro zvládání těchto bolestivých iatrogenních příznaků.

Důvodem je to, že neexistuje žádná spolehlivá vědecká informace, kterou by bylo možné konzultovat. Přehled příslušné literatury z roku 2021 uvádí, že

"obor transgenderové medicíny je relativně nový a o účincích testosteronové terapie se ví jen málo", ale poznamenal, že natální ženy na testosteronové terapii často pociťují příznaky vaginální atrofie podobné těm, které se vyskytují po menopauze, včetně suchosti, podráždění, krvácení při vaginální penetraci (sex nebo lékařské vyšetření) a dyspareunie (bolest při pohlavním styku). Autoři uznávají, že tyto příznaky mohou mít "značný dopad na kvalitu života" a mohou vyžadovat lokální terapii na bázi estrogenů, ale "účinnost tohoto přístupu nebyla zdokumentována" u transsexuálních natalitních žen.⁹¹

Studie z roku 2023 zjistila, že užívání testosteronu zvyšuje libido natálních žen a zároveň zvyšuje bolest při pohlavním styku, přičemž více než 60 % účastníků hlásilo bolest nebo nepohodlí genitálií během sexuální aktivity. Výzkumníci uvedli, že většina transsexuálních natalitních žen pociťuje při sexuální aktivitě "vulvovaginální" bolest, a dospěli k závěru, že "[p]ohledem na tuto vysokou zátěž je naléhavě nutné identifikovat účinné a přijatelné intervence pro tuto populaci"⁹².

Ve vlákně, kde se diskutovalo o otázce endokrinologa, proč někteří transidentifikovaní natální muži pociťují "výraznou bolest při erekci po hormonální terapii" a zda tato bolest může přetrvávat i po vaginoplastice, byly odpovědi opět vágní a anekdotické, přičemž členové WPATH spekulovali o tom, že nepříjemné pocity mohou souviset s faktory, jako je atrofie tkáně a ztenčení kůže penisu a zřídka erekce.

Někteří členové dokonce přiznali, že se touto otázkou u svých pacientů nikdy nezabývali. Poradce pro trans-identifikované natální muže se podělil o osobní anekdotu o zkušenosti s tímto symptomem a uvedl, že byl vyřešen amputací penisu.

"Podle mého odhadu (a je to jen odhad, nejsem lékař)

91 Krakowsky, Y., Potter, E., Hallarn, J., Monari, B., Wilcox, H., Bauer, G., Ravel, J., & Prodger, J. L. "The Effect of Gender-Affirming Medical Care on the Vaginal

and Neovaginal Microbiomes of Transgender and Gender-Diverse People" (Vliv lékařské péče potvrzující pohlaví na vaginální a neovaginální mikrobiomy transgenderových a genderově odlišných osob). [In eng]. *Front Cell Infect Microbiol* 11 (2021): 769950. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.769950>.

- 92 Tordoff, D. M., Lunn, M. R., Chen, B., Flentje, A., Dastur, Z., Lubensky, M. E., Capriotti, M., & Obedin-Maliver, J. "Testosterone Use and Sexual Function among Transgender Men and Gender Diverse People Assigned Female at Birth." (Užívání testosteronu a sexuální funkce u transgender mužů a genderově odlišných osob, kterým byla při narození přiřazena žena). [In eng]. *Am J Obstet Gynecol* (9. září 2023). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.08.035>.

osoba) by bylo, že bolest souvisí s erektilní tkání v penisu a že odstranění této tkáně během vaginoplastiky tento problém řeší," řekl poradce.

V jiném vlákně praktická sestra vyprávěla skupině o pacientce, která se označila za nebinární a žádala o "maskulinní hormonální terapii". Pacientka se ptala na užívání finasteridu, inhibitoru 5 α -reduktázy, který se používá k léčbě hyperplazie prostaty (BPH) a vypadávání vlasů u mužů, aby se zabránilo "růstu spodiny".

Bottom growth je termín používaný k popisu trvalého zvětšení klitorisů v důsledku užívání testosteronu. To může způsobovat značnou bolest a citlivost.⁹³ Odpovědi jsou opět sborem spekulací, přičemž nikdo nepředkládá žádnou vědeckou literaturu, která by experimentální použití léku za tímto účelem potvrzovala. Jedna lékařka z Massachusetts uvedla, že by ji "zajímalo, zda se ostatní pokoušeli použít jej k blokování růstu klitorisů", a rodinný lékař z Manchesteru, který měl také pacientku žádající o tento lék, nebyl schopen najít žádné důkazy, které by podporovaly jeho použití z tohoto důvodu. "Uvítali bychom jakékoli zdroje, důkazy nebo rady," uzavřel.

Finasterid je v dokumentu SOC8 zmíněn jako možná léčba nežádoucího ochlupení u pacientek užívajících testosteron, ale autoři upozorňují, že "může narušit růst klitorisů a vývoj ochlupení na obličeji a na těle".

Příkladů improvizace bylo mnoho i v naší uniklé panelové diskusi, kde chirurgka Dr. Cecile Ferrando sdělila shromážděným členům WPATH, že experimentuje s "poddávkováním" natálních žen testosteronem. Vysvětluje, že tyto ženy si přejí "zastavení menses", ale ne virilizaci. Ferrando dodává, že tyto mladé ženy ve věku kolem dvaceti let "chybují na mužské straně spektra, ale nechtějí být plně maskulinizovány". Genderová lékařka skupině sdělila, že její experimentální užívání kontrolované látky zařazené do seznamu III zlepšuje u mladých žen "stav bytí" a "pocit

blahobytu."

Experimentuje se nejen na dospělých. Massey sdílí příběh zmateného mladého pacienta, s nímž jednají stejně zmatení zdravotníci. Dítě užívá blokátory puberty asi dva roky a její dětský endokrinolog chce, aby na nich zůstalo o něco déle. "Dítě váhá, opravdu nechce mít vousy," ale není si jisté, že má menstruační cyklus, "a tak trochu váhá, zda mu vadí vývoj prsou, vývoj hrudníku, nebo ne a jaká záměna používá," vysvětluje Massey.

"Takže je větší výhodou zůstat na blokátorech, nebo nechat dítě přejít zpět na endogenní estrogen? Nebo je lepší přejít na nízké dávky testosteronu, nebo jak? Víte, a v jakém okamžiku?" ptá se zmatený terapeut.

"Takže pokud dítě nechce mít vousy, ale třeba mu nevádí, že mu roste hrudník, a stejně plánuje operaci hrudníku. Takže možná budeme chtít být kreativní v tom, jak lidem pomoci přistupovat k těmto složitým situacím," uzavírá Massey. Dá se říci, že většina rodičů nechce, aby zmatení lékaři byli "kreativní", pokud jde o provádění lékařských zákroků, které jejich dětem mění život.

Metzger popisuje nasazení hormonů u třináctiletých dětí "jako cestu", na které se "podílí i dětský lékař". Vysvětluje, že své dospívající pacienty nechává vést, pokud jde o jejich dávky hormonů, a ptá se jich pokaždé, když se dostaví na schůzku, co chtějí se svými hormony dělat. Poznamenal, že "děti se časem mění, zejména nebinární děti", které často nakonec nechtějí být tak mužské, jak si původně myslely. "Zjistí, že existuje šťastná dávka, která je zbavila menstruace nebo čehokoli jiného, a že jsou na této dávce šťastné," dodal. Ačkoli se může zdát divné, že by se dítě takto posadilo na sedadlo řidiče, je to zcela v souladu s afirmativním přístupem WPATH.

93 Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-Sex Hormone Therapy in Trans Persons Is Safe and Effective at Short-Time Follow-Up (Hormonální terapie u transsexuálů je bezpečná a účinná při krátkodobém sledování): Výsledky Evropské sítě pro zkoumání genderové inkongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999-2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>.

model péče, který se snaží pomoci pacientům dosáhnout jejich jedinečných a často proměnlivých "cílů ztělesnění".

Navzdory jasným důkazům, že poskytovatelé zdravotní péče, kteří potvrzují pohlaví, experimentují na pacientech ve své péči, však WPATH oficiálně tvrdí, že tato léčba je založena na důkazech. Zajímavé je, že WPATH se ve svém SOC8 záměrně zdržuje používání termínu "experimentální", a přitom uznává absenci důkazů na podporu svých doporučení.

Naříklad v kapitole o dospívajících, kde se autoři zabývají všemi nejasnostmi ohledně toho, zda je genderová identita pevně daná od narození, nebo je součástí "vývojového procesu", připouštějí, že "[p]ři budoucím výzkumu by se vývoj pohlavní identity více objasnil, kdyby se prováděl po delší dobu s různými kohortními skupinami. ⁹⁴ Jinými slovy, neexistuje žádný vědecký poznatek, který by podporoval myšlenku, že pohlavní identita je pevně daná, nebo ospravedlňoval trvalou změnu těla mladého člověka pomocí léků a operací. Proto je celý léčebný protokol "experimentální", až na to, že nesplňuje ani tuto nízkou latku, protože skutečný experiment zahrnuje kontrolní skupiny a pečlivé sledování, přičemž ani jedno z toho se v oblasti genderově potvrzující medicíny WPATH nevyskytuje. Za zmínku stojí, že všechny dosavadní evropské systematické přehledy důkazů o intervencích zaměřených na změnu pohlavních znaků u dospívajících dospěly k závěru, že jde o experimentální léčbu.

WPATH si navíc uvědomuje, že tento experiment se netýká pouze nezletilých. V kapitole o dospělých v SOC8 autoři uvádějí, že "kritéria v této kapitole byla oproti SOC-7 výrazně přepracována, aby se snížily požadavky a zbytečné překážky v péči. Doufáme, že budoucí výzkum prozkoumá účinnost tohoto modelu. ⁹⁵

Ve výše uvedeném oddíle, kde se hovoří o možných

použití finasteridu k prevenci nežádoucích vedlejších účinků užívání testosteronu u žen, autoři došli k závěru, že "je třeba provést studie k posouzení účinnosti a bezpečnosti inhibitorů 5 α -reduktázy u transgenderové populace". Podobnou formulaci, která je synonymem pro "experimentální", lze nalézt v celém dokumentu SOC8.

Záměrné vyhýbání se termínu "experimentální" je způsobeno skutečností, že experimentální medicína není hrazena ze zdravotního pojištění a jedním z hlavních cílů WPATH SOC8 je zajištění pojistného krytí, což je cíl, který tato přední skupina pro transgenderové zdraví upřednostňuje před dodržováním osvědčených lékařských postupů.

Členové WPATH způsobující chirurgické poškození

Členové WPATH také způsobují chirurgické poškození svým pacientům, včetně nezletilých a osob trpících závažným duševním onemocněním. V diskusi, která proběhla v květnu 2023, si kolumbijský chirurg nebyl jistý, jak postupovat u čtrnáctiletého narozeného muže, který žádal o operaci vaginoplastiky.

Jak již bylo řečeno, vaginoplastika je závažný chirurgický zákrok, který zahrnuje amputaci penisu a použití tkáně penisu k vytvoření pseudovagíny. Zákrok je spojen s vysokým procentem komplikací, dlouhou dobou rekonvalescence a vyžaduje celoživotní dilataci místa operace, aby se zabránilo uzavření rány.

Také dilatace, tedy fyzické zavádění dilatátoru k udržení hloubky dutiny, může způsobovat nepohodlí a bolest a musí se provádět třikrát denně v bezprostředním pooperačním období. To může trvat až 2 až 2,5 hodiny denně.⁹⁶ Jak se pacient zotavuje, je třeba dilataci postupně snižovat, ale operační místo je třeba dilatovat jednou týdně po celý život.

Dr. Christine McGinnová mu odpověděla a doporučila mu, aby "postupoval opatrně", protože mnoho nemocnic nyní zakazuje.

- 94 Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. LC., Deutsch, M. B., Ettner, R., et al. "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8". International Journal of Transgender Health 23, č. sup1 (2022): S45. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>.
- 95 Tamtéž (č. 94, s. 33).
- 96 "Use It or Lose It: Důležitost dilatace po vaginoplastice." MTF Surgery, 2023, <https://www.mtfsurgery.net/dilation.htm>.

operace pro osoby mladší 18 let. McGinn uvedl, že během 17 let provedl asi 20 vaginoplastik u pacientek mladších 18 let, a přiznal, že "ne všechny... měly perfektní výsledky", a dodal: "Žádná z těchto pacientek svého rozhodnutí nelitovala, *pokud vím.*" (zvýraznění přidáno)

McGinn pak vysvětlil, že "potíže měly" ty, které nebyly schopny dodržovat dilatační plán a v důsledku toho trpěly zúžením pochvy, a dodal, že stejné potíže s dilatací mohou mít i pacientky starší 18 let.

Vaginální striktura nebo neovaginální stenóza je častou komplikací po penilní inverzní vaginoplastice. Studie z roku 2021 zjistila, že téměř 15 % mužů, kteří podstoupili vaginoplastiku v nemocnici Mount Sinai, muselo podstoupit jednu nebo více revizních operací kvůli neovaginální stenóze, přičemž 73,5 % z nich nebylo schopno dodržet pooperační plán dilatace.⁹⁷ Revizní operace vaginoplastiky je obtížnější kvůli zjizvené tkáni, která rovněž činí dilataci po revizní operaci náročnější a bolestivější.⁹⁸

Neovaginální stenóza je jen jednou z mnoha komplikací, které mohou nastat po vaginoplastice. Přehled údajů o komplikacích vaginoplastiky z roku 2018 uvádí dlouhý seznam všech možných komplikací, od drobných, estetických problémů až po závažné komplikace, jako jsou poranění konečníku a závažné poruchy močení.⁹⁹

V květnu 2023 také gynekolog na fóru WPATH popsal pacientku, které po penilní inverzní vaginoplastice unikal močovou trubicí prostatický sekret a vadilo jí to. Odpovědi informují gynekologa, že neexistuje žádný lék, ale jedna lektorka ošetřovatelství, která se sama označila za "ženu s trans zkušenostmi", navrhla, aby se utrápené pacientce řeklo, aby si "užívala jízdu", a dodala: "Je to konečný fyzický projev orgasmu... co se na tom nelíbí?".

Tyto výměny dokazují, že chirurgové WPATH jsou

o těchto nepříznivých důsledcích po vaginoplastice vědí, a přesto nezletilým pacientkám nejen doporučují podstoupit tak drastickou operaci, ale ani nesledují, jak se mladým pacientkám daří v pozdějším věku. Etický chirurg, který by prováděl jakékoli experimentální zákroky na nezletilých, by je prováděl pouze v nejnútnejších případech, v nejpřísnějších podmínkách klinických studií a za pečlivého sledování pacientek v dospělosti, aby vyhodnotil dopad tak drastického zákroku na jejich fungování v dospělosti. Chirurg, který je skutečně odhodlán poskytovat péči nejvyšší kvality, by vyjádřil skutečný zájem o schopnost pacienta navázat a udržovat dlouhodobé intimní vztahy po operaci genitálií. Ale věta "o které vím" naznačuje, že McGinn pouze předpokládá, že se mladí pacienti zotaví dobře, přičemž nemá možnost zjistit, zda experiment vedl k pozitivnímu výsledku.

Přestože však McGinn nemá žádné důkazy o tom, že by operace genitálií zlepšila život natalitních mužů, kteří zákrok podstoupí v dospívání, stále věří, že ideální dobou, kdy by měl mladý člověk podstoupit tuto závažnou, život měnící operaci, je "léto před posledním ročníkem střední školy", což sdílí i prezident WPATH Bowers, který v odpovědích vyjádřil neochotu provést zákrok u někoho tak mladého, ale souhlasil s tím, že "někdy před koncem střední školy to dává určitý smysl, protože jsou pod dohledem rodičů v domě, kde vyrůstali".

Ve spisech jsou také důkazy o tom, že členové chirurgicky poškozují těžce duševně nemocné pacienty. V nedatovaném vlákně zpráv vyjadřuje terapeutka obavy z odesílání svých "trans klientek s vážným duševním onemocněním" na operaci kvůli obtížné předvídatelnosti jejich budoucí stability, "zejména vzhledem k rozsáhlému období rekonvalescence a 'poporodní' péči, kterou vaginoplastika vyžaduje".

Kalifornský manželský a rodinný terapeut odpověděl, že záleží na mnoha faktorech, například na tom, jak moc je to důležité.

97 Kozato, A., Karim, S., Chennareddy, S., Amakiri, U. O., Ting, J., Avanesian, B., Safer, J. D., et al. "Vaginální stenóza neovaginy u transfemininálních pacientek po Ferrando, C. A. "Komplikace vaginoplastiky." [In eng]. Clin Plast Surg 45, no. 3 (Jul 2018): 361-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908624/>.

operaci vaginoplastiky potvrzující pohlaví". Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open 9, č. 10S (2021). https://journals.lww.com/prsgo/fulltext/2021/10001/vaginal_stenosis_of_the_neovagina_in_transfeminine.103.aspx.

98 "Hloubka pochvy a prevence stenózy." Gender Bands, 2021, <https://www.genderbands.org/post/marinating-vaginal-depth-and-avoiding-stenosis>.

99 Ferrando, C. A. "Komplikace vaginoplastiky." [In eng]. Clin Plast Surg 45, no. 3 (Jul 2018): 361-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908624/>.

podporu, kterou duševně nemocný člověk má, zda má bezpečné místo, kde se může zotavit, a zda rozumí pokynům, jako je "rozšířit, umýt, sledovat". Dodala, že za posledních 15 let odmítla napsat pouze jeden doporučený dopis, a to hlavně proto, že "posuzovaná osoba byla v aktivní psychóze a během posuzovacího sezení měla halucinace".

"Kromě toho - nic - všichni dostali posudek, souhlas pojišťovny a žijí (pravděpodobně) šťastně až do smrti," řekl terapeut, který na operaci genitálií poslal lidi s diagnózou velké depresivní poruchy, c-PTSD a bezdomovce.

Terapeutovo použití slova "pravděpodobně", stejně jako u předchozího chirurga "o čemž vím", naznačuje, že pacienti nejsou systematicky sledováni, což by se dalo očekávat od chirurga, který ví, že dělá něco riskantního, invazivního a experimentálního. Bez následné sledování, nelze zjistit, zda těžce duševně nemocný člověk byl schopen zvládnout náročné více než dvouhodinové pooperační dilatace, dlouhé období rekonvalescence a celoživotní dopad operace na fyzické zdraví pacienta a jeho schopnost navazovat intimní vztahy. Zdá se, že chirurgové spříznění s WPATH nejsou ani trochu zvědaví na to, jak takoví pacienti dopadnou.

Terapeutka měla sice pravdu, když se zajímala o úroveň podpory, kterou mají pacienti v bezprostředním pooperačním období, ale její příspěvek ukazuje krátkozraké myšlení poskytovatelů zdravotní péče, kteří potvrzují gender.

Členové WPATH se obvykle soustředí na krátkodobou spokojenost pacientů s drastickými zákroky měnícími život, které podporují, a zdá se, že se jen málo zajímají o to, jak se pacientovi bude dařit za 20, 30 nebo 40 let.

Členové WPATH jsou také ochotni umožnit lidem se závažnými degenerativními onemocněními podstoupit pohlavní znaky.

modifikační operace. Jedna praktická sestra z New Jersey v souboru požádala o radu ohledně 22letého natálního muže s Beckerovou svalovou dystrofií, který si přál začít užívat estrogeny a později podstoupit vaginoplastiku. Přestože sestra nenašla žádné překážky, které by bránily pokračování v "hormonální terapii potvrzující pohlaví", byly vyjádřeny obavy z možných rizik spojených s anestezií během chirurgického zákroku. Pozoruhodné je, že sestra nevyjádřila žádné obavy ohledně dopadu vaginoplastiky na celkový zdravotní stav pacientky nebo její schopnost zvládnout delší pooperační rekonvalescenci.

Jiní členové fóra mají námitky proti chirurgickým omezením na základě vysokého indexu tělesné hmotnosti (BMI). Je všeobecně známo, že obezita zvyšuje rizika spojená s operací, což vede ke komplikacím, jako je prodloužení operačního času, zvýšené riziko infekcí v místě operace a různé další komplikace.^{100,101} Proto je běžnou praxí, že chirurgové mají pro elektivní operace stanoven limit BMI.¹⁰²

Uvnitř WPATH jsou však někteří členové nespokojeni s tím, že obézním pacientkám je odmítána plánovaná oboustranná mastektomie. Výzkumný pracovník v rámci skupiny navrhl, že toto odmítání je výsledkem "systémové fatfobie", a zpochybnil tradiční názor, že obezita pacientek přímo přispívá k nepříznivým výsledkům, a namísto toho navrhl, že jde o důsledek "předpojatosti vůči hmotnosti", která ovlivňuje způsob péče o pacientky a jejich operování. Tato členka WPATH sice uznává "vysoký výskyt poruch příjmu potravy u transsexuálních osob", ale zároveň vyjádřila obavy, že zadržování operace by mohlo tyto problémy ještě zhoršit.

Washingtonská sociální pracovnice přispěla anekdotou o "klientovi, který chtěl podstoupit špičkovou operaci" a kterému bylo řečeno, že má zhubnout. To zřejmě vyvolalo "poruchy příjmu potravy".

100 Tsai, A., & Schumann, R. (2016). Morbidní obezita a perioperační komplikace. *Curr Opin Anaesthesiol*, 29(1), 103-108. <https://doi.org/10.1097/aco.0000000000000279>.

101 Osman, F., Saleh, F., Jackson, T. D., Corrigan, M. A., & Cil, T. (2013). Zvýšený výskyt pooperačních komplikací u pacientek po bilaterální mastektomii ve srovnání s pacientkami po unilaterální mastektomii: Analýza databáze NSQIP. *Annals of Surgical Oncology*, 20(10), 3212-3217. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3116-1>
index tělesné hmotnosti vyšší než 30. *British Columbia Medical Journal*, 58(6).

- 102 Farquhar, J. R., Orfaly, R., Dickeson, M., Lazare, D., Wing, K., & Hwang, H. (2016). Quantifying a care gap in BC (Kvantifikace mezery v péči o nemocné v BC): Péče o chirurgické pacienty s

Sociální pracovnice zvažovala, že se obrátí na doktora Mossera, sanfranciského chirurga a člena WPATH, který nemá stanoven limit BMI. Na webových stránkách Dr. Mossera se uvádí, že provedl elektivní oboustrannou mastektomii u pacientek s BMI až 65.¹⁰³

V roce 2022 se Dr. Sidhbh Gallagher, chirurg spojený s WPATH, který je známý svými bizarními videi na TikToku, v nichž propaguje své služby statisícům mladých sledujících a v nichž o oboustranné mastektomii mluví jako o "prořezávání zubů", dočkal odezvy od několika obézních pacientů, kteří tvrdí, že se setkali s vážnými pooperačními komplikacemi.^{104,105} Jeden mladý pacient vyprávěl otřesný příběh o otevření operačního řezu a následné infekci, která se málem stala smrtelnou.¹⁰⁶

Demontáž ochranných zábradlí

Ve spisech je patrná nechuť WPATH k opatrnosti a odpor k psychiatrickému doзору. V nedatovaném vlákně vyjádřila psychoterapeutka nespokojenost se skupinou ohledně požadavku chirurga na dva doporučující dopisy od ní před amputací zdravých prsou sedmnáctileté dívky. Psychoterapeutce to připadalo jako "extra extra gatekeeping".

Zdá se, že tyto dopisy nejsou ničím jiným než formalitou pro účely pojištění, ale v odpovědích terapeut naznačil, že důvodem může být to, že pojišťovna chce mít důkaz, že se "stav klienta" v průběhu času nezměnil.

Zbytek odpovědí se však shoduje na tom, že požadavek je zbytečným "gatekeepingem", a jeden z nich dokonce navrhuje nahlásit pojišťovnu místnímu státnímu regulačnímu orgánu "pro její klinicky nezdravé požadavky na stanovení úhrady".

Floridský nebinární poradce s they/them

zájmena odpověděla a nabídla své služby. Terapeutce sdělila, že poskytuje konzultace týkající se zejména psaní dopisů. "Pokud máte zájem o konzultaci s poskytovatelem žité zkušenosti, ráda si s vámi dále popovídám," řekla poradkyně. "Napsala jsem už dost druhých dopisů a psala jsem i dopisy pro nezletilé," dodala.

V jiném nedatovaném vlákně požádala terapeutka z Virginie, která má "několik trans klientů s vážným duševním onemocněním", jako je "bipolární porucha a autismus nebo schizoafektivní porucha", skupinu o radu, podle jakých kritérií má určit, zda je pacient připraven na operaci. Obzvláště se obávala, zda jsou "klienti" s vážným duševním onemocněním schopni dodržovat "pooperační dilatační protokoly".

Jeden kalifornský terapeut odpověděl, že "jako lékaři, kteří se zabývají genderovou afirmací, vždy považujeme za primární optiku snižování škod", což znamená, že je nutné se ptát, "co se s těmito pacienty stane, pokud nepodstoupí afirmativní léčbu, která je také lékařskou nutností". Tato terapeutka uvedla, že osobně "neinvestuje" do požadavku SOC7, aby byla duševní nemoc "dobře kontrolována" předtím, než pacientka smí souhlasit s operacemi, jako je vaginoplastika a oboustranná mastektomie. Ve skutečnosti bylo toto smýšlení v souladu s oficiálním postojem WPATH, neboť skupina tento požadavek ze své SOC8 odstranila.

Do diskuse se zapojil trans-identifikovaný mužský terapeut, který uvedl, že podle WPATH SOC7 má "podpurný dopis" především prokázat přetrvávání pohlavní dysforie pacienta a že "odepření nezbytné chirurgické péče (i u těžce duševně nemocných) silně zasahuje do autonomie pacienta".

Tento posun směrem k pohledu na zapojení duševních

103 Mosser, S. Nejčastější dotazy týkající se způsobilosti k vrcholové operaci. Centrum pro potvrzení pohlaví. <https://www.genderconfirmation.com/eligibility-faq/#:~:text=Mosser%20nemá%20žádnou%20péči%20o%20pacienta%27s%20primárním%20lékařem.>

104 Gallagher, S. (2024). GenderSurgeon. <https://www.tiktok.com/@gendersurgeon?lang=en>

105 Buttons, C. (2024). Trans pacienti TikTok Doc zveřejňují další hrůzné příběhy o pooperačních komplikacích. The Daily Wire. <https://www.dailywire.com/news/tiktok-docs-trans-patients-post-more-gruesome-stories-of-post-op-complications.>

106 Rylan. (2022). Špičková operace u doktora Gallaghera mě málem stála život. Medium. <https://rylan545.medium.com/top-surgery-with-dr-gallagher-almost-stálo-mě-život-d68cda71c543>

zdravotnických pracovníků jako nadbytečné, začal Dr. Richard Green zadáním SOC6 HBGDA ihned poté, co Dr. Stephen Levine v SOC5 uvedl, že před nasazením hormonů jsou potřeba dva doporučující dopisy. Zatímco Levine se zasazoval o to, aby byla kolem přístupu k léčebnému přechodu zavedena ochranná opatření ve snaze minimalizovat lítost, WPATH od Greenových dob usiluje o demontáž těchto bezpečnostních opatření.

Členové WPATH banalizují příběhy poškozených detektivů

Poskytovatelé zdravotní péče potvrzující pohlaví vždy tvrdili, že míra lítosti nad intervencemi zaměřenými na změnu pohlaví je velmi nízká, ale toto přesvědčení je založeno na hluboce chybném výzkumu.^{107,108,109} Kvůli nedbalému a nedostatečnému sledování není skutečná míra odchodu známa, ale nedávné studie naznačují, že roste.^{110,111,112,113} Několik malých studií poskytuje cenné poznatky o zkušenostech s odchodem.^{114,115,116,117} Stále více mladých lidí také mluví o újmě, kterou zažili v rukou zdravotníků potvrzujících pohlaví.

^{118,119,120} Přesto mnoho členů WPATH na fóru stále popírá způsobené škody a odmítá nebo bagatelizuje celoživotní lítost, které nyní čelí mnoho mladých lidí.

V reakci na příspěvek washingtonského psychologa o "rozrušené a rozzlobené" sedmnáctileté dívce, která byla více než dva roky na testosteronu a měla pocit, že jí "vymývají mozek", se v odpovědích objevuje několik členů WPATH. Hovoří se o tom, že detranzice je jen dalším krokem na pacientově "genderové cestě" a nemusí nutně zahrnovat lítost. Podle této sebestředné logiky je nemožné, a by se lékaři praktikující afirmativní model někdy mýlili ve své diagnóze nebo rozhodnutích o léčbě.

Pojem "genderová cesta", který popisuje lítost a odchod, se používá k tomu, aby se kliničtí pracovníci, kteří potvrzují gender, vyhnuli kritice a odpovědnosti. Pokud poskytovatel zdravotní péče potvrdí, že fáze lítosti a přechodu je součástí "cesty", jsou případné chyby nebo chybné úsudky považovány za přijatelné.

Stejně tak WPATH při více než jedné příležitosti

- 107 Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. "Regret after Gender-Affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence." (Systematický přehled a metaanalýza prevalence). [In eng]. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 9, no. 3 (Mar 2021): e3477. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000003477>.
- 108 "V jakém okamžiku se nekompetentnost stává podvodem?" Genspect, 2022, <https://genspect.org/at-what-point-does-incompetence-become-fraud/>.
- 109 Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S., & Landén, M. "An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, Incidence, and Regrets". [In eng]. *Arch Sex Behav* 43, č. 8 (listopad 2014): 1535-45. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>.
- 110 Cohn, J. "Míra odchodu je neznámá." *Archives of Sexual Behavior* 52, no. 5 (2023): 1937-52. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>.
- 111 Irwig, M. S. "Detransition among Transgender and Gender-Diverse People-an Increasing and Increasingly Complex Phenomenon" (Přechod mezi transgenderovými a genderově odlišnými osobami - rostoucí a stále složitější jev). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 107, č. 10 (2022): e4261-e62. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac356>.
- 112 Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. "Access to Care and Frequency of Detransition among a Cohort Discharged by a Uk National Adult Gender Identity Clinic: (Retrospektivní přehled případů)." [In eng]. *BJPsych Open* 7, č. 6 (1. října 2021): e184. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>.
- 113 Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. "Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach." (Přístup ke zlepšování kvality v ordinaci praktického lékaře). [In eng]. *Healthcare (Basel)* 10, č. 1 (7. ledna 2022). <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>.
- 114 Littman, L. (2021). Jedinci léčení pro genderovou dysfornii pomocí lékařského a/nebo chirurgického přechodu, kteří následně přešli: A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353-3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>.
- 115 Mackinnon, K. R., Gould, W. A., Enxuga, G., Kia, H., Abramovich, A., Lam, J. S. H., & Ross, L. E. (2023). Exploring the gender care experiences and perspectives of individuals who discontinued their transition or detransitioned in Canada [Zkoumání zkušeností a pohledů osob, které ukončily přechod nebo detranzitovaly v Kanadě]. *PLOS ONE*, 18(11), e0293868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293868>.
- 116 Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H., & Bailey, J. M. (2023). Detransition and Desistance Among Previously Trans-Identified Young Adults [Odchod a desistence u dříve transidentifikovaných mladých dospělých]. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>
- 117 Vandebussche, E. (2022). Potřeby a podpora související s odchodem: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- 118 Reddit, 2023, <https://www.reddit.com/r/detrans/>.
- 119 "Doslova jsem přišel o orgány:" Proč dospívající po přechodu litují změny pohlaví." *New York Post*, 2022, <https://nypost.com/2022/06/18/detransitioned-teens-explain-why-they-regret-changing-genders/>.
- 120 "Proč tato pacientka žaluje své poskytovatele zdravotní péče." *Public*, 2023, https://public.substack.com/p/why-this-detransitioner-is-suing?utm_

source=%2Fsearch%2Fmichelle&utm_medium=reader2.

členové přenášejí vinu na mladého člověka. Jiný psycholog hovoří o pacientce, která je ještě na střední škole a rozhodla se pro detranzi, a tvrdí, že dívka "uznává, že [ona] byla tím, kdo ji do tohoto bodu dostal".

Prezidentka WPATH Bowersová pak zopakovala názor této psychologičky a uvedla, že u všech lékařských zákroků je míra lítosti obvykle mnohem vyšší než u změny pohlaví a "pacienti musí mít vlastní a aktivní odpovědnost za lékařská rozhodnutí, zejména za ta, která mohou mít trvalé následky". Bowersová dodala, že "zákonodárci a média [nejdou] po zvětšení prsou, podvázání vejcovodů nebo liftingu obličeje". Bowersová zde nechtěně přiznává, že zákroky na úpravu pohlaví jsou volitelné, kosmetické zákroky, jako je facelift a zvětšení prsou, které také často vedou k celoživotní sterilitě, jako je podvázání vejcovodů.

Nezletilé osoby však nemají kognitivní kapacitu k pochopení těchto "potenciálně trvalých účinků", a proto nemohou dát kognitivní souhlas, a uniklá panelová diskuse dokazuje, že členové WPATH jsou si této skutečnosti vědomi. V mnoha případech osoba trpící závažným duševním onemocněním rovněž nemá potřebnou rozhodovací schopnost, aby mohla posoudit rizika a celoživotní důsledky léčby. Za těchto okolností nesou odpovědnost zdravotníci, kteří pacientovi stanovili nesprávnou diagnózu a zanedbali svou povinnost zajistit řádný informovaný souhlas. V žádném jiném odvětví medicíny není pacient obviňován z toho, že souhlasil s léčbou na základě nesprávné diagnózy.

Kromě toho je ve Spojených státech velmi nepravděpodobné, že by jakýkoli lékař dovolil zdravé dospívající dívce dát souhlas k podvázání vejcovodů. Je to proto, že je všeobecně známo, že ačkoli mnoho dospívajících může urputně trvat na tom, že nikdy nechtějí děti, je pravděpodobné, že se tyto pocity časem změní, jakmile se dítě

mladý člověk dospívá a jeho priority se mění. Metzgerova poznámka "aha, teď už to za tebe neudělá ani pes" během panelu dokazuje, že on i jeho kolegové z panelu WPATH to dokonale chápou.

Kdyby se náhle objevila vlna teenagerů, kterým by byla na požádání provedena vasktomie a podvázání vejcovodů, nebo kdyby plastičtí chirurgové prodávali mladistvým zvětšení prsou a lifting obličeje jako lék na jejich duševní poruchy, je jisté, že by se média i zákonodárci k tomuto problému vyjádřili.

Podezřeje nízká míra lítosti

Bowersova poznámka, že "všechny léčebné postupy mají vyšší míru lítosti než lékařský přechod", by měla členy WPATH přimět k zamyšlení. Toto tvrzení se na první pohled zdá být pravdivé. Nedávný systematický přehled míry lítosti po chirurgickém zákroku "potvrzení pohlaví" zjistil, že míra lítosti je nižší než 1 % u natálních žen, které podstoupily mastektomii a/nebo faloplastiku, a nižší než 2 % u natálních mužů, kteří podstoupili vaginoplastiku.¹²¹ Pomineme-li však skutečnost, že studie v tomto přehledu měly vysokou ztrátu sledovanosti a/nebo extrémně krátkou dobu sledování, neobvykle úzké definice lítosti a odchodu a že přehled obsahoval mimořádné množství chyb i na oblast výzkumu známou nedbalými postupy, jsou tato čísla vzhledem k vysoké míře závažných komplikací a dramatickému dopadu těchto zákroků na schopnost člověka navazovat intimní vztahy podezřeje nízká.¹²²

Případová studie jednoho z prvních účastníků nizozemského experimentu s potlačením puberty objasňuje, proč tomu tak je. Studie popisuje úroveň spokojenosti a psychického fungování natalitních žen ve věku 35.¹²³ Pacientka nelitovala, že podstoupila hormonální a chirurgickou úpravu pohlavních znaků, ale uvedla, že se potýkala se značným studem v souvislosti se vzhledem svých genitálií,

121 Tamtéž (č. 107)

122 Tamtéž (č. 108)

123 Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L., & Delemarre-van de Waal, H. A. "Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent: A 22-Year Follow-Up." [In eng]. Arch Sex Behav 40, no. 4 (Aug 2011): 843-7. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>.

depresivní epizody a potíže s udržení dlouhodobých vztahů. V předchozí následné studii provedené pouhé dva roky po operaci, kdy bylo pacientce 20 let, byla zaznamenána vysoká míra spokojenosti a pacientka byla s výsledkem metoidioplastiky spokojena.¹²⁴ Metoidioplastika je chirurgický zákrok, který spočívá v konstrukci malého pseudopenisu ze zvětšeného klitoris. Když natální žena užívá testosteron, klitoris se trvale zvětší.

Tato případová studie poukazuje na problém s podáváním vlastních zpráv, pokud jde o míru lítosti v oblasti genderové medicíny. Lidé, kteří se pouštějí do intervencí zaměřených na změnu pohlavních znaků, často obětují své zdraví, plodnost, sexuální funkce a zdravé části těla ve snaze najít klid ve svém těle. Je vysoce pravděpodobné, že navzdory zkušenostem s nepříznivými výsledky, závažnými komplikacemi a zřetelným negativním dopadem na schopnost navazovat intimní vztahy budou mnozí vytrvale přesvědčovat sebe i ostatní, že jejich rozhodnutí nebylo chybou. Tato neochota přiznat lítost může pramenit z neochoty konfrontovat se s důsledky svých rozhodnutí.

První nizozemští lékaři si byli této možnosti dobře vědomi. V první následné studii pacientů, kteří byli v té době označováni jako transsexuálové, provedené přibližně 15 let poté, co Nizozemsko začalo nabízet intervence zaměřené na změnu pohlavních znaků, většina účastníků uvedla, že jsou spokojeni a necítí žádnou lítost, přestože výzkumníci konstatovali, že zlepšení "skutečného života

situace [nebyly] vždy pozorovány.¹²⁵ V článku z roku 1988 vědci zvažovali možnost, že ve snaze snížit kognitivní disonanci účastníci, kteří podstoupili hormonální a chirurgické zákroky, "prostě nemohou přijmout myšlenku, že vše bylo zbytečné. Na štěstí, které sami uváděli, mohlo být zkráceným zbožným přáním."

Jak již bylo ukázáno, studie, které se nespolehnají pouze na sebehodnocení, ale místo toho měří faktory, jako je sociální fungování a stav duševního zdraví, ukazují mnohem méně pozitivní výsledky.¹²⁶

Když více lidí lituje operace náhrady kolenního kloubu než amputace penisu nebo více žen lituje profylaktické mastektomie kvůli riziku rakoviny prsu než mastektomie potvrzující pohlaví, měly by tyto překvapivé výsledky vyvolat v lékařské organizaci, která se zabývá vědeckou pravdou, varování.^{127,128,129,130} Spíše než důkazem, že operace modifikující pohlaví jsou lékem na genderové potíže, jsou tyto nízké míry lítosti důvodem k pošetření.

Trvalá medikalizace přechodných identit

Přenášení viny na nezletilé není jediným způsobem, jak členové WPATH minimalizují škody způsobené detranzitům. Dne 6. listopadu 2021 reagoval student medicíny na člena, který na fóru sdílel studii detranzitujících z roku 2021, a tvrdil, že je důležité zdůraznit, že je "v pořádku, že se pohlaví a zájem o lékařské možnosti u každého jednotlivce v průběhu času mění", a přirovnal nevratné zákroky na změnu pohlaví k tetování nebo drobným plastickým operacím.¹³¹ Student pak pokračoval v návrhu

125 Kuiper, B., & Cohen-Kettenis, P. (1988). Operace změny pohlaví: studie 141 nizozemských transsexuálů. *Arch Sex Behav*, 17(5), 439-457. <https://doi.org/10.1007/bf01542484>.

126 Tamtéž (č. 68)

127 Mahdi, A., Svantesson, M., Wretenberg, P., & Hälleberg-Nyman, M. "Zkušenosti pacientů s nespokojeností rok po totální endoprotéze kolenního kloubu - kvalitativní studie." [In eng]. *BMC Musculoskelet Disord* 21, č. 1 (14. ledna 2020): 29. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-3041-y>.

128 Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. "Rekonstrukce hrudníku a hrudní dysforie u transmaskulinních nezletilých a mladých dospělých". *JAMA Pediatrics* 172, no. 5 (2018): 431. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>.

129 Borgen, P. I., Hill, A. D., Tran, K. N., Van Zee, K. J., Massie, M. J., Payne, D., & Biggs, C. G. "Patient Regrets after Bilateral Prophylactic Mastectomy." (Lítost pacientek po oboustranné profylaktické mastektomii). [In eng]. *Ann Surg Oncol* 5, č. 7 (říjen-listopad 1998): 603-6. <https://doi.org/10.1007/bf02303829>.

130 Bruce, L., Khouri, A. N., Bolze, A., Ibarra, M., Richards, B., Khalatbari, S., Blasdel, G., et al. "Long-Term Regret and Satisfaction with Decision Following

Gender-Affirming Mastectomy" (Dlouhodobá lítost a spokojenost s rozhodnutím po mastektomii potvrzující pohlaví). JAMA Surgery 158, č. 10 (2023): 1070-77. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3352>.

131 Tamtéž (č. 114)

že učení se "novým věcem o svém pohlaví nebo o tom, co chcete od své lékařské péče, by mělo být něčím, co je třeba oslavovat, a nemusíme to považovat za chybu, která se stala."

Zákroky, které mnozí z těchto pacientů podstupují, jsou však mnohem extrémnější než tetování nebo plastika nosu. V odpovědích na příspěvek o rozrušené a rozzlobené sedmnáctileté dívce, která podstoupila detranzit, vysvětlila gynekoložka z Barcelony, že měla také pacientku, která si přála detranzit a chtěla podstoupit operaci zvrácení vaginoplastiky. Tento zákrok spočívá v chirurgickém odstranění pseudovagíny a provedení operace faloplastiky, což je vytvoření nefunkčního pseudopenisu pomocí kůže stažené z pacientova předloktí nebo stehna.^{132,133} Lze pochybovat, že by některý jedinec našel důvod k oslavě.

Mnoho osob po odchodu cítí silný hněv a zármutek v souvislosti s nevratnými změnami, které způsobila péče podporující gender. Truchlí nad ztrátou částí svého těla a nad zkušenostmi, jako je plození dětí nebo kojení, které jim byly odebrány.

Ontarijský rodinný lékař je jediným členem WPATH, který respektuje zkušenosti detranzitujících a odvažuje se zpochybnit Bowersovou a její kolegy v jejich neuctivém pojetí detranzit. Řekla skupině, že všechny její detranzitané pacientky byly mladé ženy, kterým bylo dovoleno trvale změnit své tělo v době, kdy "jejich fyzická a sexuální identita byla ve vývojovém pohybu". Většina z nich měla komorbidity, které nebyly plně řešeny a

byli urychleně podrobni nevratným lékařským zákrokům. Lékař popsal tuto skupinu pacientů jako "ponořené do vlastního utrpení, ztráty a zármutku".

Skutečnost, že značná část členů WPATH toto strastiplné utrpení bagatelizuje a naznačuje, že zdravotníci nepochybili, když těmto mladým lidem stanovili nesprávnou diagnózu a podrobili je zbytečným invazivním zákrokům, je důkazem toho, že WPATH postrádá etickou integritu.

Ve WPATH jsou členové, kteří uznávají, že někteří dospívající zaměňují svou vznikající homosexualitu za problém pohlavní identity. Massey během panelu popsal mladé pacienty, kteří si po prozkoumání své sexuality "museli ujasnit některé otázky týkající se jejich pohlavní identity".

To je jedno z mnoha rizik spojených s přístupem WPATH k genderové medicíně. Tím, že poskytovatelé zdravotní péče spříznění s WPATH obcházejí explorativní psychoterapii, nebo dokonce prostě nenechávají děti vyrůst a dozrát, ale místo toho okamžitě nasazují dospívající na lékařský pás, se neúmyslně zapojují do nové formy konverzní terapie, kdy sterilizují gaye a lesby ještě předtím, než mají možnost pochopit a přijmout svou sexualitu.¹³⁴ Údaje z genderových klinik a četné studie ukazují, že u dětí a dospívajících trpících genderovou dysforií je neúměrně vysoká pravděpodobnost, že z nich vyrostou dospělí homosexuálové, a nedávné studie detranzifikovaných osob rovněž ukazují, že značná část z nich je také

132 Djordjevic, M. L., Bizic, M. R., Duisin, D., Bouman, M. B., & Buncamper, M. "Reversal Surgery in Regretful Male-to-Female Transsexuals after Sex Reassignment Surgery". [In eng]. J Sex Med 13, č. 6 (červen 2016): 1000-7. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.173>.

133 "Faloplastika pro potvrzení pohlaví." Johns Hopkins Medicine, 2023, <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/phalloplasty-for-gender-affirmation>.

134 "Aktuální debaty." Gender Identity Development Service, 2023, <https://gids.nhs.uk/gender-identity-and-sexuality/#:~:text=Pro%20mladé%20lidi,muže%20nebo%20ženy>.

homosexual.^{135,136,137,138,139,140}

Neetické a nevědecké směřování WPATH je patrné i ve způsobu, jakým někteří členové fóra detranzifikaci formulují. Dne 10. listopadu 2021 jeden z koordinátorů výzkumu na fóru navrhl, že samotná myšlenka detransition je "problematická", protože "rámuje to, že být cisgender je výchozí, a posiluje transsexualitu jako patologii". Mladá členka argumentovala, že "dává větší smysl zahrnovat gender jako něco, co se může v průběhu času měnit, a vymyslet způsoby, jak podpořit lidi v tom, aby se rozhodovali tak, jak chtějí v danou chvíli, s vědomím, že pocity spojené s rozhodnutími se v průběhu času mění [sic]".

Vyvstávají však vážné etické otázky, když jsou chirurgové pověřeni odstraněním zdravých částí těla, zejména když se takový zákrok provádí s cílem sladit fyzickou podobu mladého člověka s jeho identitou, která je považována za nestabilní a dosud nevyřešenou.

Ještě větší obavy vzbuzuje možnost, že někteří mladí lidé přijímají transgenderovou identitu jako reakci na trauma a odborníci spříznění s WPATH tyto jedince v nouzi trvale medikalizují. V žalobách za zanedbání péče, které podaly Prisha Mosleyová a Isabelle Ayalaová, je trauma z toho, že se v mládí staly obětí sexuálního útoku, popsáno jako faktor, který přispěl k přijetí transgenderové identity. Uvnitř WPATH jsou si členové této možnosti vědomi, přesto je oficiálním stanoviskem skupiny okamžitě potvrzení a přístup k lékům a operacím, pokud si to pacient přeje.¹⁴¹ Tento přístup má také náklady obětované příležitosti, protože zaměření na pohlavní identitu a lékařské zákroky může odvádět pozornost

pozornost od základní terapie potřebné k účinnému řešení a zvládnutí základního traumatu u těchto mladých lidí.

V září 2021 jeden z poradců na fóru poznamenal, že "[t]rauma je mezi trans klienty běžné", a několik odpovědí naznačilo, že tento trend zaznamenali i ostatní. V panelové diskusi Metzger a jeho kolegové hovoří o mladém člověku, který se stejně jako Mosley a Ayala začal identifikovat jako transgender po "nešťastné, traumatické sexuální události". Massey hovoří o naději, že by zúčastnění terapeuti mohli "pomoci mladému člověku rozlišit mezi útokem a jeho genderovou identitou", ale poukazuje na obtížnost tohoto úkolu, protože "při práci s mladými lidmi se občas stává, že ani neoznámí útok nebo nějaký typ sexuálního nátlaku či nepříjemné zkušenosti".

Massey uvádí, že "i dobří terapeuti" budou někdy omezeni a nebudou schopni postihnout vše, co se s dítětem děje. "Někdy to nepřinesou ani dospělí, takže je někdy třeba překonat vysokou laťku a pokusit se zachytit vše, co může ovlivňovat něčí pohled na sebe sama a napříč oblastmi jeho životních zkušeností."

WPATH přerušila řetěz důvěry v medicínu

V medicíně existuje pojem, který se nazývá "řetězec důvěry".^{142,143} Lékaři musí mít důvěru v to, že jejich odborná příprava je založena na spolehlivých vědeckých důkazech, protože vzhledem k omezenému času, který mají lékaři k dispozici, není možné, aby důkladně zkoumali každý aspekt (diagnózu, prognózu),

135 Tamtéž (č. 70)

136 Tamtéž (č. 2)

137 Tamtéž (č. 114)

138 Vandebussche, E. "Detransition-Related Needs and Support: Průřezový online průzkum." *Journal of Homosexuality* 69, č. 9 (2022/07/29 2022): 1602-20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>.

139 Drescher, J., & Pula, J. (2014). Etické otázky spojené s léčbou genderově odlišných prepubertálních dětí. *Hastings Cent Rep*, 44 Suppl 4, S17-22. <https://doi.org/10.1002/hast.365>

140 Cantor, J. M. (2020). Transgenderové a genderově odlišné děti a dospívající: Fact-Checking of AAP Policy (Kontrola faktů o politice AAP). *J Sex Marital Ther*, 46(4), 307-313. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1698481>

141 "Aktivní a vyřešené případy." Campbell Miller Payne, 2023, <https://cmppllc.com/our-cases>, Isabelle Ayala a Prisha Mosley's Cases.

142 "Heidi Larsonová, antropoložka vakcín." *The New Yorker*, 2021, <https://www.newyorker.com/science/annals-of-medicine/heidi-larson-vaccine-antropolog>.

143 Herman, R. (1994). VÝZKUMNÉ PODVODY NARUŠUJÍ ŘETĚZEC DŮVĚRY. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/archive/lifestyle/>

wellness/1994/04/19/research-fraud-breaks-chain-of-trust/ffd456e7-b8f7-496e-9b02-6c41c30dfd0a/.

a léčbu) každé nemoci. Aby medicína fungovala efektivně, musí mít lékaři jistotu, že ti, kdo vydávají praktické pokyny, pečlivě a důsledně vyhodnotili všechny relevantní důkazy o bezpečnosti a účinnosti léčby.¹⁴⁴

WPATH přerušila řetězec důvěry v genderovou medicínu. WPATH se prezentuje jako vědecká skupina, ale ve skutečnosti je to skupina propagující rizikové, experimentální a kosmetické postupy pod rouškou dobře prozkoumané a "lékařsky nezbytné" péče. WPATH se vydává za zdroj všech znalostí o péči podporující gender, ale vědecký základ jejich doporučení je mimořádně slabý. Tato skupina existuje pouze proto, aby chránila lékaře před právní odpovědností, a to vytvářením pokynů, které příhodně nazývá "standardy péče", a aby zajistila úhradu zákroků na změnu pohlaví pojišťovnou.

Vzhledem k tomu, že WPATH navenek vystupuje jako profesionální lékařská asociace, která má k dispozici recenzovaný časopis a bibliografii vědecké literatury, vkládá širší lékařská komunita důvěru ve "Standardy péče" WPATH. WPATH a její členové také ovlivnili stanoviska a praktické pokyny Americké pediatrické akademie (AAP), Americké psychologické asociace (APA) a Endokrinní společnosti.

Dále v řetězci rodiče a zranitelní pacienti důvěřují doporučením svých pediatrů, endokrinologů a odborníků na duševní zdraví - lékařů, kteří jsou buď sami členy WPATH, nebo se obracejí na své profesní asociace ovlivněné WPATH, aby jim poradili, jak jednat s dětmi, které se cítí v úzkých kvůli svému tělu.

144 O'Malley, S. & Ayad, S. Pioneers Series: Se Stephenem Levinem: We Contain Multitudes. Zvukový podcast. Gender: A Wider Lens Podcast2022. <https://gender-a-wider-lens.captivate.fm/episode/60-pioneers-series-we-contain-multitudes-with-stephen-levine>, 34:53.

WPATH NERESPEKTUJE LÉKAŘSKOU ETIKU

Tradiční lékařská etika je víc než jen "především neškodit". Hlavní zásadou Hippokratovy medicíny je, že nemoc uvádí postiženého do stavu ohrožení proti jeho vůli a přání. V tomto stavu vstupuje nemocný do vztahu mezi lékařem a pacientem. Pacient proto musí mít důvěru, že jeho lékař využije své znalosti a zkušenosti pouze za účelem uzdravení nebo zmírnění příznaků a zmírnění utrpení, vždy s prioritou minimalizace škod.

Po většinu historie medicíny medicína nezahrnovala záměrné ničení zdravého, fungujícího tělesného systému. Teprve ve 20. století se objevil nový pseudolékařský přístup, který pacienta vnímá spíše jako spotřebitele a lékaře jako dodavatele farmaceutických a chirurgických zákroků, jehož úkolem je plnit pacientova přání, která jsou rychle definována jako potřeby. V minulosti měl důraz na autonomii v lékařské etice fungovat jako štít: existovaly věci, které vám lékař nemohl udělat bez vašeho souhlasu.

V dnešní době, a zejména v genderové medicíně, působí autonomie jako meč: v jejím jménu vám lékař nesmí nic odepřít.

Model autonomie založený na spotřebiteli spočívá v tom, že pacientovi je poskytnuto vše, co si přeje, pokud jsou splněna určitá kritéria: Pacient si to přeje z jakéhokoli důvodu, je to legální a pacient za to může zaplatit.

Tento přístup ke zdravotní péči zaměřený na spotřebitele je modelem, který WPATH přijala. Tato přední světová skupina pro zdraví transsexuálů prosazuje styl péče "transition-on-demand", který oceňuje autonomii pacienta před vyhýbáním se újmě. WPATH SOC8 blíže

připomíná nákupní seznam riskantních a invazivních kosmetických zákroků, přičemž každá kapitola končí konstatováním, že tyto zákroky jsou z lékařského hlediska nezbytné, pokud si je pacient přeje.

Tato doporučení sahají až k nebinárním "nulovým" operacím, které mají vytvořit hladký vzhled bez pohlaví, nebo k "bi-genitálním" operacím, při nichž se vytváří druhý pár pohlavních orgánů. Nechybí ani kapitola o lidech, kteří se identifikují jako eunuchové a usilují o chemickou nebo chirurgickou kastraci jako prostředek k potvrzení své "eunuchovské identity". V rámci WPATH Files se diskutuje o těchto "nestandardních" zákrocích a o tom, jak je zvládnout. V těchto diskusích však nápadně chybí jakékoli úvahy o etických problémech spojených s operacemi, které ničí zdravé reprodukční orgány ve snaze vytvořit anatomické znaky na míru, které v přírodě neexistují.

Etika informovaného souhlasu

Informovaný souhlas v medicíně je proces, při kterém poskytovatel zdravotní péče poučí pacienta o rizicích, přínosech a alternativách daného postupu nebo zákroku. Pacient musí být způsobilý dobrovolně se rozhodnout, zda daný zákrok nebo intervenci podstoupí.¹⁴⁵

Získání informovaného souhlasu v medicíně je proces, který by měl zahrnovat tři základní složky: za prvé, poskytnutí přesných a aktuálních informací o povaze onemocnění, navrhované léčbě a všech dostupných alternativách; za druhé, vyhodnocení toho, zda pacient, případně ošetřovatel, porozuměl předloženým informacím a zda je schopen učinit informované lékařské rozhodnutí; a za třetí, získání podpisů potvrzujících, že informovaný souhlas byl udělen.

145 Shah, P., Thornton, I., Turrin, D., & Hipskind, J.E. "Informovaný souhlas." [Aktualizováno 22. 8. 2020]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing (2021). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/#:~:text=Introduction,undergo%20the%20procedure%20or%20intervention.>

byl zajištěn souhlas.^{146,147}

Nedílnou součástí informovaného souhlasu je diskuse o *všech* možných rizicích léčby i o všech nejistotách spojených s jejími přínosy. To zahrnuje řešení obecných rizik, rizik specifických pro daný zákrok, možných důsledků nepodstoupení léčby a zkoumání alternativních možností léčby.

Nezletilí nemohou souhlasit s úpravou pohlavních znaků Postupy

Členové WPATH jsou přesvědčeni, že nezletilí mohou pochopit a dát kognitivní souhlas se zásahy zaměřenými na úpravu pohlavních znaků, které by mohly mít celoživotní dopad na jejich zdraví, plodnost a budoucí sexuální funkce. Ve spisech hlavní lékař z Texasu doporučil znepokojenému terapeutovi, aby povolil problémové třináctileté dívce zahájit terapii testosteronem; terapeut diskutoval o zahájení desetiletá dívka na léčích proti pubertě; prezident WPATH Bowers otevřeně přiznal, že děti mužského pohlaví jsou doživotně anorgasmické; a jeden chirurg oznámil, že provedl 20 vaginoplastik na nezletilých.

Nezletilí nejsou dostatečně vyspělí a nemají dostatečné kognitivní schopnosti, aby pochopili rizika spojená s takovými zásahy a dlouhodobé důsledky pro jejich blaho. Jejich omezené nebo žádné sexuální zkušenosti jim navíc znemožňují pochopit rozsah toho, čeho se vzdávají. Uniklá panelová diskuse dokazuje, že členové WPATH si to uvědomují. Přesto WPATH nadále obhajuje zařazení nezletilých, z nichž některým je pouhých devět let, na tuto nezvratnou zdravotní cestu.

Někteří z účastníků semináře o evoluci identity použili analogii s léčbou cukrovky v dětství, aby zdůvodnili, proč nezletilí mohou souhlasit s léčbou zaměřenou na změnu pohlavních znaků, jejíž plné účinky nemohou pochopit.

"Když dítě užívá léky na cukrovku, má se mu

porozumět všemu, co se týká jejich slinivky a všeho, co se děje?" Berg položil panelu řečnickou otázku. Později Green řekl: "Pokud máte známý stav, jako je cukrovka, nemusíte rozumět všem nuancím toho, co s vámi inzulín udělá, abyste mohli dát informovaný souhlas."

Tato analogie je však z několika důvodů chybná. Pro stanovení diagnózy cukrovky existuje biologický test, který nemoc potvrdí. Příčina je známa, léčebný postup je dobře prostudován, výsledek léčby inzulínem je znám a rizika spojená s neléčením jsou jasná. Pokud se nemoc neléčí, je smrtelná. Léčba inzulínem také nevede k celoživotní sterilitě ani nemá vliv na budoucí sexuální funkce mladého člověka. Jedná se o léčbu, pro kterou existují spolehlivé vědecké důkazy, že její přínosy výrazně převažují nad riziky, takže proces informovaného souhlasu je jednoduchý.

Totéž se však nedá říci o používání blokátorů puberty a hormonů pro různá pohlaví, které pomáhají mladým dospívajícím zvládat jejich nespokojenost se svým pohlavím. Neexistuje žádný diagnostický test, který by diagnózu genderové dysforie potvrdil; místo toho je založena na subjektivním pocitu mladého člověka, který se neustále mění a vyvíjí. Stejně tak nelze předpovědět, které děti a dospívající budou ve své transgenderové identitě setrvat i v dospělosti. Neexistují také žádné kvalitní vědecké důkazy, které by podporovaly používání blokátorů puberty jako léku na tuto špatně definovanou poruchu, a neexistují žádné dlouhodobé výsledné studie, které by prokazovaly, že přínosy převažují nad riziky; ve skutečnosti přibývá důkazů o opaku.

Kombinace blokátorů pohlavního dospívání a křížových pohlavních hormonů by mohla způsobit, že mladý pacient bude doživotně neplodný, a tyto léky s sebou nesou řadu známých a očekávaných vedlejších účinků, včetně křehkých kostí, kognitivních poruch a zvýšeného rizika rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění, stejně jako nejistoty ohledně řešení pohlavní dysforie.

147 Katz, A. L., a Webb, S. A. "Informovaný souhlas při rozhodování v pediatrické praxi". [In eng]. Pediatrics 138, č. 2 (srpen 2016). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1485>.

146 "Informovaný souhlas." Kodex lékařské etiky AMA, <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/informed-consent>.

147 Katz, A. L., a Webb, S. A. "Informovaný souhlas při rozhodování v pediatrické praxi". [In eng]. Pediatrics 138, č. 2 (srpen 2016). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1485>.

Navíc všechny studie z éry genderové medicíny, které předcházely experimentu s potlačením puberty, ukazují, že většina dětí, pokud nejsou potvrzeny a sociálně a lékařsky transformovány, během puberty nebo po ní zanevře a smíří se se svým rodným pohlavím.¹⁴⁸ Ačkoli v současné době není k dispozici žádná vědecká literatura týkající se míry setrvání u nedávno vzniklé kohorty adolescentů, která v současnosti tvoří většinu odesílaných pacientů na pediatrické genderové kliniky, stávající poznatky o vývoji adolescentů naznačují značnou nejistotu ohledně stability transgenderových identit této skupiny do dospělosti.¹⁴⁹

To, že odborníci z WPATH nevidí rozdíl mezi oběma léčebnými protokoly, je dalším důkazem, že členové této organizace nemají solidní znalosti vědy.

Špatně informovaní rodiče nemohou dát informovaný souhlas

Z právních důvodů přísluší rodičům podepsat souhlas s hormonálními a chirurgickými zákroky pro změnu pohlavních znaků jejich dítěte, ale veřejná i soukromá komunikace WPATH naznačuje, že její členové dezinformují rodiče o experimentálním léčebném protokolu.

Rodiče mohou dát informovaný souhlas pouze v případech, že jim budou sděleny pravdivé informace o všech fázích procesu "přechodu", počínaje sociálním přechodem.

Změna jmen a zájmen je často prezentována jako neškodný, nemedicínský krok, který má zmírnit trápení dítěte. Rodičům je prodávána jako kdykoli zcela vratná, ale všechny dostupné důkazy svědčí o opaku.

Sociální transformace má silný iatrogenní účinek, což znamená, že potvrzení transgenderové identity dítěte a povolení změny jména a zájmen slouží ke konkretizaci identity v myslí mladého člověka, což snižuje pravděpodobnost, že se jí vzdá. Historicky by při absenci sociální transformace většina dětí s genderovou dysforií během puberty nebo po ní přirozeně desistovala a smířila se se svým přirozeným pohlavím.^{150,151,152} Většina z nich by se přiznala k homosexualitě.

Dr. Hilary Cassová ve své průběžné zprávě pro nezávislou revizi anglické genderové služby pro mládež upozornila na tento iatrogenní účinek a uvedla, že sociální transformace není "neutrálním aktem", ale "je důležité na ni nahlížet jako na aktivní zásah, protože může mít významné účinky na dítě nebo mladého člověka, pokud jde o jeho psychologické fungování".¹⁵³

V březnu 2023 však WPATH vydala veřejně prohlášení v reakci na mimořádné nařízení generálního prokurátora státu Missouri Andrewa Baileyho zakazující modifikaci pohlavních znaků u nezletilých, v němž citovala článek z července 2022 publikovaný Americkou pediatrickou akademií. Článek Dr. Kristiny R. Olsonové a kol. ukázal, že pět let po počáteční sociální transformaci 97,5 % mladých lidí, kteří se identifikují jako transgender, v tom pokračuje.^{154,155} Tento článek je podle WPATH zřejmě důkazem, že tito mladí lidé jsou skutečně transgender, a proto si zaslouží lékařskou léčbu. Ve skutečnosti však ukazuje, že sociální transformace slouží k uzamčení transgenderové identity.

Ačkoli není nutné podepsat formulář souhlasu před

- 148 Cantor, J. M. (2016). Zůstanou trans- děti trans- i když vyrostou? http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html
- 149 Tamtéž (č. 49); tamtéž (č. 50).
- 150 Tamtéž (č. 2)
- 151 Tamtéž (č. 3)
- 152 Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisén, L., "Gender Dysphoria in Adolescence: Current Perspectives." [In eng]. *Adolesc Health Med Ther* 9 (2018): 31-41. <https://doi.org/10.2147/ahmt.S135432>.
- 153 "The Cass Review: Nezávislá revize služeb pro děti a mládež v oblasti genderové identity: Průběžná zpráva." 2022, 62. <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>.
- 154 WPATH. (2023). USPATH a WPATH potvrzují, že zdravotní péče potvrzující pohlaví není experimentální; odsuzují legislativu, která tvrdí opak. WPATH. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2023/USPATH_WPATH%20Response%20to%20AG%20Bailey%20Emergency%20Regulation%2003.22.2023.pdf.
- 155 Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Genderová identita 5 let po přechodu do společnosti. *Pediatrics*, 150(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>

nezletilého dítěte do společnosti, pokud členové WPATH neupozorní rodiče na iatrogenní účinek přechodu do společnosti, není rozhodnutí rodičů informované.

Dalším krokem na cestě k přechodu nezletilých jsou blokátory puberty a opět existují důkazy, že členové WPATH neposkytují rodičům nejaktuálnější informace o této intervenci. V lednu 2022 Bowersová označila blokátory puberty za "plně reverzibilní", přestože do té doby existovalo množství důkazů o opaku.

Ve skutečnosti bylo velmi brzy v experimentu s potlačením puberty zaznamenáno, že téměř každý dospívající, který začne užívat blokátory puberty, přistoupil ke křížovému užívání hormonů, ačkoli historické údaje ukazovaly, že většina dětí se po pubertě přestane identifikovat jako příslušníci opačného pohlaví.^{156, 157, 158} To znamená, že potlačení puberty je téměř jistě prvním krokem v delším léčebném protokolu, nikoli pouhým "časovým oknem", kdy dospívající může přemýšlet o své identitě. Proto jej nelze označit za "plně reverzibilní".

Masseyho komentáře v panelové diskusi v květnu 2022 dokazují, že lidé ve WPATH to chápou. Terapeut WPATH zdůraznil, že je důležité diskutovat o "zachování plodnosti" s mladými lidmi, kteří přechází na blokátory puberty, protože mnoho z těchto mladých lidí přejde přímo na afirmační hormonální terapii, která eliminuje vývoj jejich gonád produkujících spermie nebo vajíčka".

Lékaři a výzkumníci si již dlouho uvědomují, že

kognitivní vývoj, ke kterému dochází v důsledku endogenní puberty, je lékem na dětskou genderovou dysforii. Toho si všimli nizozemští lékaři, kteří byli průkopníky potlačování puberty a kteří jsou shodou okolností také členy WPATH. Blokování puberty tedy znamená blokování přirozeného léku na genderovou dysforii.

Metzgerovy komentáře během panelu naznačují, že členové WPATH v soukromí chápou tento negativní dopad zmrazení dospívajících v dětském stavu. Když Metzger hovořil o tom, že "okrádá tyto děti o takové ty sexuální věci v raném až středním pubertálním věku, které se dějí u jejich cisgenderových vrstevníků", měl na mysli okrádání dětí o stejný vývojový proces, který by jim téměř jistě umožnil překonat jejich dysforii přirozenou cestou.

Proto každý zdravotnický pracovník spojený s WPATH, který rodičům tvrdí, že blokátory puberty jsou "plně reverzibilní", poskytuje nepřesné informace a v důsledku toho nezíská řádný informovaný souhlas.

Skutečný informovaný souhlas lze navíc získat pouze tehdy, pokud poskytovatel zdravotní péče informuje rodiče o tom, že důkazní základna pro život měnící zákroky potlačování puberty, hormony pro různá pohlaví a operace je nízké kvality, jak bylo zjištěno ve všech dosavadních systematických ^{přehledech}^{159, 160, 161, 162} a že jiné země, které kdysi nabízely péči pro potvrzení pohlaví, od té doby tuto praxi drasticky omezily kvůli obavám z iatrogenního poškození. Tito rodiče si také musí uvědomit často vysilující vedlejší účinky a dlouhodobá vážná zdravotní rizika křížového pohlaví.

156 Tamtéž (č. 2)

157 Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. "Clinical Management of Gender Identity Disorder in Adolescents: A Protocol on Psychological and Paediatric Endocrinology Aspects" this Paper Was Presented at the 4th Ferring Pharmaceuticals International Paediatric Endocrinology Symposium, Paris (2006). Společnost Ferring Pharmaceuticals podpořila vydání tohoto sborníku." *European Journal of Endocrinology* 155, no. Supplement_1 (2006): S131-S37. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.

158 Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. "Short-Term Outcomes of Pubertal Suppression in a Selected Cohort of 12 to 15 Year Old Young People with Persistent Gender Dysphoria in the UK." (Krátkodobé výsledky potlačení puberty u vybrané kohorty 12 až 15letých mladých lidí s přetrvávající genderovou dysforií ve Velké Británii). *PLOS ONE* 16, č. 2 (2021): e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>.

159 Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., et al. "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline". [In eng]. *J Clin Endocrinol Metab* 102, č. 11 (1. listopadu 2017): 3869-903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.

160 "Pěkné recenze důkazů." The Cass Review, <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>.

161 "Hormonbehandling Vid Könnsdysfori - Barn Och Unga." SBU UTVÄRDERAR, 2022, https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konnsdysfori_barn-och-unga.pdf.

162 "Rok od chvíle, kdy Finsko porušilo "standardy péče" Wpath." Society for Evidence Based Gender Medicine, 2021, https://segm.org/Finland_

odchyluje_se_od_WPATH_priority_psychoterapie_bez_chirurgie_pro_minority.

hormony před podpisem souhlasu.

Mnoho rodičů se dozvídá nepřesné statistiky o sebevraždách. Jsou informováni, že pokud nedají souhlas k tomu, aby jejich dítě podstoupilo experimentální úpravu pohlaví, existuje značné riziko sebevraždy. Ultimátum: "Můžeš mít buď živého syna, nebo mrtvou dceru?" je rodičům kladeno na genderových klinikách po celé Severní Americe.^{163,164,165} Jedná se o nátlak, citové vydírání a lékařské pochybení. Spíše než o řádný informovaný souhlas se jedná o dezinformovaný souhlas získaný pod nátlakem.

Mýtus o přechodu nebo sebevraždě

Členové WPATH a obecně lékaři potvrzující pohlaví často označují úpravu pohlavních znaků za "život zachraňující" péči a tvrdí, že bez ní jsou mladí lidé a dospělí s transgenderovou identitou vystaveni vysokému riziku sebevraždy.

Mnozí trans aktivisté udržují tento narativ o přechodu nebo sebevraždě. "Péče potvrzující pohlaví je lékařská péče. Je to péče o duševní zdraví. Je to péče o prevenci sebevražd. Zlepšuje kvalitu života a zachraňuje životy," řekla admirálka Rachel Levineová během projevu v Texasu v roce 2022.¹⁶⁶ "Padesát procent mladých transsexuálů se pokusí o sebevraždu před dosažením 21 let," tvrdila Jeannette Jenningsová, matka transsexuální hvězdy televizní reality show Jazz, v rozhovoru z roku 2016 zveřejněném v časopise Americké pediatrické akademie (AAP).¹⁶⁷

Nakolik je však pravdivé tvrzení, že genderová afirmační péče je "péče o prevenci sebevražd"? Odpověď zní

velmi málo. Je důležité rozlišovat mezi myšlenkami na sebevraždu, pokusy o sebevraždu a dokonányi sebevraždami. Termín "sebevražednost" se často používá pro označení všech tří jevů, přestože mezi nimi existují důležité rozdíly. Například u mužů středního věku je riziko úmrtí sebevraždou vyšší než u dospívajících obou pohlaví, ale dospívající dívky a mladé ženy vykazují nejvyšší míru neletálních sebevražedných gest, která by bylo lépe interpretovat jako volání o pomoc.

Jak vyplývá z průzkumů, transgenderově identifikovaní mladí lidé jsou vystaveni zvýšenému riziku sebevražednosti a sebevražd.¹⁶⁸ Co je však zásadní, dokonané sebevraždy jsou v této populaci velmi vzácné a zvýšená sebevražednost je nejspíše způsobena komorbidní psychopatologií, která je velmi častá a nezávisle na sobě spojená se sebevražednými myšlenkami a chováním. Stručně řečeno, neexistuje žádná epidemie sebevražd, která by zasáhla transgenderově identifikovanou mládež, a tvrzení, že "gender" je příčinou a řešením sebevražedných sklonů této skupiny, je klasickou záměnou korelace za příčinu.¹⁶⁹

Výzkumy, které ukazují vyšší míru sebevražednosti u mladých lidí s transgender identitou, obvykle srovnávají skupinu transgender osob s běžnou populací dospívajících, kteří nemají žádné problémy s duševním zdravím. Pokud je trans-identifikovaná mládež srovnávána s adolescenty s podobnými problémy v oblasti duševního zdraví, je rozdíl v sebevražednosti malý.¹⁷⁰

Zvýšené riziko sebevražd existuje ve všech fázích procesu přechodu. Během dvouleté studie financované Národním institutem zdraví (NIH), která se týkala 315 amerických mladých lidí podstupujících "hormonální terapii potvrzující pohlaví", došlo ke dvěma dokonáným sebevraždám a 11 mladých lidí uvedlo, že

163 "Přísežné prohlášení Jamieho Reeda" 11. <https://ago.mo.gov/wp-content/uploads/2-07-2023-reed-affidavit-signed.pdf>.

164 "Chloe Cole V. Kaiser Permanente." Dhillon Law Group, 2023, <https://www.dhillonlaw.com/lawsuits/chloe-cole-v-kaiser-permanente/>.

165 "Aktivní a vyřešené případy: Ayala V. American Academy of Pediatrics." Campbell Miller Payne, 2023, 26. <https://cmppllc.com/our-cases>.

166 "Poznámky náměstkyně ministra zdravotnictví Rachel Levinové na konferenci 2022 out for Health." Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb USA, 2022, <https://www.hhs.gov/about/news/2022/04/30/remarks-by-hhs-assistant-secretary-for-health-adm-rachel-levine-for-the-2022-out-for-health-conference.html>.

- 167 "Trans teenager sdílí svůj příběh." *Pediatrics in Review*, 2016, <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/37/3/99/34959/Trans-Teen-Shares-Her-Story?redirectedFrom=fulltext?autologincheck=redirected>.
- 168 Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Shramko, M. "Transgender Adolescent Suicide Behavior". [In eng]. *Pediatrics* 142, no. 4 (Oct 2018). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>.
- 169 Biggs, M. "Sebevraždy transgenderových adolescentů ve Velké Británii, které byly doporučeny na kliniku". [In eng]. *Arch Sex Behav* 51, č. 2 (únor 2022): 685-90. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>.
- 170 de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., et al. "Suicidality in Clinic- Referred Transgender Adolescents". [In eng]. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, no. 1 (Jan 2022): 67-83. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>.

Tato úmrtí jsou o to více zarážející, že výzkumníci účastníky vyšetřovali na sebevražednost. Navzdory těmto tragickým výsledkům autoři, z nichž mnozí jsou považováni za jedny z nejvýznamnějších členů WPATH, dospěli k závěru, že hormony potvrzující pohlaví "zlepšily shodu vzhledu a psychosociální fungování". Ve Spojeném království jedna studie ukázala čtyři dokonané sebevraždy, což představuje 0,03 % mladých lidí, kteří byli v letech 2010-2020 odesláni do služby pro rozvoj genderové identity (GIDS). Dva ze čtyř pacientů již byli v péči této služby a dva byli na čekací listině.¹⁷²

Navíc víme, že autismus,¹⁷³ poruchy příjmu ^{potraviny}¹⁷⁴ a další problémy duševního zdraví¹⁷⁵ vedou u mladých lidí ke zvýšenému riziku sebevraždy. Víme také, že mnoho dospívajících, kteří se identifikují jako transsexuálové, neúměrně trpí stejnými psychiatrickými komorbiditami a v mnoha případech začaly jiné problémy s duševním zdravím dávno předtím, než dospívající oznámili svou transsexuální identitu¹⁷⁶. Je tedy teoreticky možné, že mladé lidi, kteří již mají zvýšené riziko sebevraždy a sebevražednosti, přitahuje identifikace jako transgender, protože v lékařské transformaci vidí řešení svých duševních potíží, jak naznačují některé výpovědi detranzitérů.^{177,178,179} V takovém případě by intervence zaměřené na změnu pohlaví nijak nesnížily nebo neodstranily riziko sebevraždy a ve skutečnosti by v dlouhodobém horizontu mohly

zvýšují riziko, pokud mladý, psychicky nemocný člověk začne litovat, že podstoupil hormonální a chirurgické zákroky.

Někteří odborníci se také obávají, že mnoho případů genderové dysforie u dospívajících jsou ve skutečnosti případy hraniční poruchy osobnosti (BPD). Mezi příznaky BPD patří "narušení identity" a "opakované sebevražedné chování, gesta či výhrůžky nebo sebepoškozující chování".¹⁸⁰ Podle kanadského sexuologa Jamese Cantora se "BPD začíná projevovat v dospívání, je třikrát častější u biologických žen než u mužů a vyskytuje se u 2-3 % populace". Cantor proto tvrdí, že "pokud by i jen část lidí s BPD prožívala poruchu identity zaměřenou na pohlavní identitu a byla mylně považována za transgender, mohla by snadno převýšit počet skutečných případů pohlavní dysforie."¹⁸¹

V takových případech by chybná diagnóza BPD jako pohlavní dysforie u dospívajících a povolení hormonálních a chirurgických zákroků mladým lidem nijak nepomohla snížit sebevražedné chování a mohla by ve skutečnosti vést k jeho zhoršení. Žaloba za zanedbání péče, kterou podala mladá žena s detranzitivní poruchou jménem Prisha Mosleyová, skutečně tvrdí, že její porucha BPD byla ignorována. Místo toho ji zdravotnický tým přesvědčoval, že intervence zaměřené na změnu pohlavních znaků vyřeší její závažné duševní potíže.

- 171 Chen, D., Berona, J., Chan, Y., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. "Psychosociální fungování u transgenderové mládeže po dvou letech užívání hormonů". *New England Journal of Medicine* 388, č. 3 (2023): 240-50. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2206297>.
- 172 Biggs, M. (2022). Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom (Sebevraždy transgenderových adolescentů ve Spojeném království). *Arch Sex Behav*, 51(2), 685-690. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>.
- 173 O'Halloran, L., Coey, P., & Wilson, C. "Suicidalita u autistické mládeže: Systematický přehled a metaanalýza." (Systematic Review and Meta-Analysis). *Clinical Psychology Review* 93 (2022/04/01/ 2022): 102144. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735822000290>.
- 174 Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. "Eating Disorders and Suicidality: Co víme, co nevíme a návrhy pro budoucí výzkum". [In eng]. *Curr Opin Psychol* 22 (srpen 2018): 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>.
- 175 Galaif, E. R., Sussman, S., Newcomb, M. D., & Locke, T. F. "Suicidality, Depression, and Alcohol Use among Adolescents: A Review of Empirical Findings." (Přehled empirických zjištění). [In eng]. *Int J Adolesc Med Health* 19, no. 1 (Jan-Mar 2007): 27-35. <https://doi.org/10.1515/ijamh.2007.19.1.27>.
- 176 Diaz, S. a Bailey, J. M. "Retracted Article: "Rapid Onset Gender Dysphoria: Srovnajte s článkem "Rodičovské zprávy o 1655 možných případech." (Parent Reports on 1655 Possible Cases). *Archives of Sexual Behavior* 52, ne. 3 (2023): 1031-43. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02576-9>.
- 177 Tamtéž (č. 141)
- 178 "Luka Hein V. Unmc Physicians." Liberty Center, <https://libertycenter.org/cases/hein-v-unmc/>.
- 179 "Kiefelova stížnost na první dodatek", 2022, <https://static1.squarespace.com/static/5f232ea74d8342386a7ebc52/t/63a0afdfc02f9322762974cf/1671475168006/Kiefel+First+Amended+Complaint+%28file+stamped%29.pdf>.
- 180 Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnostika hraniční poruchy osobnosti. *Cmaj*, 184(16), 1789-1794. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>

- 181 "Věda o genderové dysforii a transsexualismu." 2022: 22. https://ahca.myflorida.com/content/download/4865/file/AHCA_GAPMS_June_2022_Attachment_D.pdf.

nouze. Její právníci tvrdí, že to "podstatně a trvale prohloubilo Prishino fyzické utrpení a duševní útrapy".¹⁸²

V malé studii 28 kanadských detranzitérů měli dva účastníci současně diagnózu BPD, přičemž jedna mladá žena vyjádřila frustraci z toho, že její BPD byla diagnostikována až poté, co podstoupila oboustrannou mastektomii a její duševní zdraví se zhoršilo.¹⁸³ Jiná detranzitérka z Kanady, která podala žalobu za zanedbání péče proti svému zdravotnickému týmu, rovněž obdržela diagnózu BPD několik let poté, co byla nesprávně diagnostikována jako transgender a podstoupila hormonální a chirurgické zákroky na úpravu pohlavních znaků.¹⁸⁴

Narativ o přechodu nebo sebevraždě je tedy, jak se vyjádřil přední finský odborník na dětskou genderovou medicínu, "účelovou dezinformací", jejíž šíření je "nezodpovědné".¹⁸⁵ Využívání výhrůžek sebevraždou k ovlivňování rodičů při rozhodování o zdravotní péči o jejich děti je porušením lékařské etiky a rovná se pochybení. Rovněž se jedná o falešný příslib, že tyto experimentální zásahy eliminují riziko sebevraždy mladého člověka, ačkoli pro takové tvrzení neexistují žádné důkazy.

Jak již bylo zmíněno, z několika málo dlouhodobých sledovacích studií dospělé transgender populace rovněž nevyplývá, že by intervence zaměřené na změnu pohlaví eliminovaly nebo výrazně snižovaly riziko sebevraždy. Švédská studie¹⁸⁶ na 324 osobách, které podstoupily operaci pohlavních orgánů

mezi lety 1973 a 2003 odhalila výrazně vyšší míru dokonaných sebevražd po chirurgické transformaci oproti běžné populaci, přičemž u transidentifikovaných natalitních žen byla pravděpodobnost úmrtí sebevraždou 40krát vyšší a u transidentifikovaných natalitních mužů 19krát vyšší.^{187,188}

Dosud nejrozsáhlejší studie provedená na 8 263 pacientech, kteří v letech 1972-2017 prošli genderovou klinikou v Amsterdamu, zjistila, že u transsexuálních osob mužského i ženského pohlaví je čtyřnásobně vyšší míra sebevražd, a došla k závěru, že "riziko sebevražd u transsexuálních osob je vyšší než v běžné populaci a zdá se, že se vyskytuje v každé fázi transformace".¹⁸⁹

Nedávná dlouhodobá dánská studie dospěla k závěru, že u osob, které v Dánsku podstoupily zákroky zaměřené na změnu pohlaví, je 3,5krát vyšší míra dokonaných sebevražd po "transformaci" ve srovnání s běžnou populací a 7,7krát vyšší míra sebevražedných pokusů.¹⁹⁰ Jiná dlouhodobá nizozemská studie zjistila, že u transsexuálů z muže na ženu je po podstoupení zákroků zaměřených na změnu pohlaví šestkrát vyšší riziko sebevraždy.¹⁹¹

Experiment s modifikací pohlavních znaků, který WPATH obhajuje, proto nelze považovat za "snižování škod" nebo "záchranu života" a je neetické, aby jakýkoli lékař nebo odborník na duševní zdraví tvrdil opak. Je rovněž neetické nabízet nezletilým a dospělým osobám s vážným duševním onemocněním škodlivé, nevratné lékařské zákroky, aniž by se nejprve pokusili řešit jejich psychiatrické problémy.

182 "Aktivní a vyřešené případy: Mosely V. Emerson, Et Al." Campbell Miller Payne, 2023, 2. <https://cmppllc.com/our-cases>.

183 Tamtéž (č. 115)

184 Humphreys, A. (2023). Ontarijská pacientka, která si nechala odstranit prsa a dělohu, žaluje lékaře. National Post. <https://nationalpost.com/news/canada/michelle-zacchigna-ontario-detransitioner-sues-doctors>

185 Mutanen, A. (2023). Profesorka, která léčí genderovou úzkost dospívajících, říká ne zákonné úpravě pohlaví nezletilých. Helsingin Sanomat. <https://www.hs.fi/tiede/art-2000009348478.html>

186 Tamtéž (č. 66)

187 Tamtéž (č. 186)

188 Levine, S. B., Abbruzzese, E., & Mason, J. W. "Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults" (Přehodnocení informovaného souhlasu u dětí, dospívajících a mladých dospělých). *Časopis of Sex & Marital Therapy* 48, no. 7 (2022): 706-27. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2046221>.

189 Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Coumou, B. J. G., & Steensma, T. D. "Trends in Suicide Death Risk in Transgender People: Výsledky studie Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2017)". [In eng]. *Acta Psychiatr Scand* 141, č. 6 (červen 2020):

486-91. <https://doi.org/10.1111/acps.13164>.

- 190 Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M., & Frisch, M. "Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark". *JAMA* 329, č. 24 (2023): 2145-53. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8627>.
- 191 Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A., de Ronde, W. P., van Trotsenburg, M. A., & Gooren, L. J. "A Long-Term Follow-up Study of Mortality in Transsexuals Receiving Treatment with Cross-Sex Hormones". [In eng]. *Eur J Endocrinol* 164, no. 4 (duben 2011): 635-42. <https://doi.org/10.1530/eje-10-1038>.

problémy méně invazivními prostředky.

Povolení souhlasu těžce duševně nemocných pacientů s lékařskými zákroky, které jim mohou změnit život

Zdá se, že někteří pacienti, o nichž se ve spisech hovoří, nebyli v době, kdy se rozhodli podstoupit zákrok na úpravu pohlavních znaků, ve zdravém duševním stavu, což znamená, že je pochybné, zda by byli schopni zvážít dlouhodobý dopad na své budoucí zdraví a sexuální funkce.

Několik vláken naznačuje, že členové WPATH umožňují psychicky labilním lidem souhlasit s hormonálními operacemi. V nedatovaném příspěvku popisuje praktická zdravotní sestra z Halifaxu na Novojičínsku pacienta s velmi komplexními psychickými problémy, včetně posttraumatické stresové poruchy, velké depresivní poruchy (MDD), pozorovaných disociací a schizoidních typických rysů. Zdravotní sestra sdělila skupině, že pacientka touží nasadit hormony, ale psychiatři doporučují počkat.

"Moje praxe je plně založena na modelu informovaného souhlasu, nicméně tento případ mě přivedl do rozpaků; vnitřně jsem bojovala s tím, co je správné udělat," řekla sestra.

Dr. Dan Karasic z Kalifornské univerzity v San Francisku (UCSF), hlavní autor kapitoly o duševním zdraví v publikaci WPATH SOC8, byl zmatený z toho, co sestra říká. "Uniká mi, proč jste zmatená," řekl Karasic. "Samotná přítomnost psychiatrického onemocnění by neměla blokovat možnost osoby začít užívat hormony, pokud u ní přetrvává pohlavní dysforie, je schopna dát souhlas a přínosy zahájení užívání hormonů převažují nad riziky."

Karasic má sice pravdu v tom, že pouhá přítomnost duševní nemoci neznamená, že pacient není automaticky schopen souhlasit s lékařským zákrokem, je však sporné, zda by pacient v takovém stavu mohl racionálně zvážít dlouhodobé důsledky nevratného užívání hormonů pro křížení pohlaví. Také vzhledem k výše uvedeným negativním

vlivu těchto hormonů na sexuální funkce pacienta, je pochybné, zda přínosy převáží nad riziky, a to i u zdravého jedince. Lidé trpící duševním onemocněním mají často problémy s navazováním dlouhodobých milostných vztahů. Hormonální terapie představuje pro tělo obrovskou zdravotní zátěž a zhoršuje sexuální funkce, což duševně nemocnému člověku, který se již tak potýká s problémy, ještě více ztěžuje život.

Ve spisech se však Karasicův názor těší podpoře jeho kolegů, přičemž výše zmíněný kalifornský terapeut uvádí, že má pacienty s DID, MDD, bipolární poruchou a schizofrenií, kterým "HRT dělá dobře", a že orchiektomie znamená pro život bezdomovce "obrovský rozdíl". Orchiektomie je chirurgické odstranění varlat. Bez dlouhodobého sledování však opět nelze zjistit, zda jsou tato tvrzení o úspěchu správná.

V souborech WPATH jsou i další terapeuti, kteří hovoří o tom, že pacienti trpící disociativní poruchou identity (DID), dříve známou jako mnohočetná porucha osobnosti (MPD), mohou souhlasit se zákrokem modifikace pohlaví. Epidemie MPD v 80. a 90. letech 20. století byla iatrogenní povahy, což znamená, že ji vytvořili a šířili chybující terapeuti. Poté, co se skandál zhroutil pod tíhou žalob, byla MPD překřtěna na DID a jako diagnóza se její výskyt výrazně snížil. V poslední době však došlo k jejímu opětovnému rozšíření, přičemž důležitým vektorem nákazy se stal TikTok a někteří členové WPATH přijali "alter" identitu DID jako identitu, která si zaslouží potvrzení spolu s identitou transgenderovou.¹⁹²

V roce 2017 Karasic přednesl na konferenci americké pobočky WPATH, USPATH, prezentaci o důležitosti potvrzování "plurálních" identit.¹⁹³ Během prezentace tento významný psychiatr WPATH podrobně popsal případové studie pacientů s DID, kteří podstoupili hormonální a/nebo chirurgické zákroky na úpravu pohlavních znaků.

Jeden pacient byl muž, který se identifikoval jako

-
- 192 #dissociativeidentitydisorder. (2024). TikTok. <https://www.tiktok.com/tag/dissociativeidentitydisorder?lang=en>
- 193 Není to fobie z množného čísla: Psychiatr USPATH podporuje přechod na mnohočetnou osobnost. (2017). 4thWaveNow. <https://4thwavenow.com/2017/12/29/not-plural-phobic-uspath-psychiatrist-promotes-transition-for-multiple-personalities/>.

"genderqueer" a podstoupili operaci "flat front", neboli amputaci pohlavních orgánů, aby získali hladký, bezpohlavní vzhled. Tento muž trpěl bipolární poruchou a "poruchou způsobenou užíváním alkoholu" a byl léčen spironolaktonem, blokátorem antiandrogenních hormonů, a následně estradiolem neboli syntetickým estrogenem. Karasic uvedl, že pacient měl sedm alterů, z nichž dva byli "agender" a jeden ženského pohlaví. "Alters se na operaci shodli," ujistil Karasic.

Dalším pacientem s DID byl 27letý muž, který se identifikoval jako "genderqueer systém". Systém je více odlišných osobností sdílejících jedno tělo. Tento konkrétní pacient, kterému byl v dětství diagnostikován autismus, měl 85 "headmates", přičemž hlavní "front" alter byla žena. Pacientka užívala estradiol spolu s lékem proti růstu prsou a ve věku 25 let podstoupila orchiektomii.

Karasic posluchačům řekl, že měl několik pacientů, kteří se identifikovali jako trans a plurální, což přičítá své pověsti "psychiatra, který nemá fobii z plurálu". Právě takového odborníka považovala WPATH za vhodné jmenovat hlavním autorem své kapitoly o duševním zdraví SOC8.

Na mezinárodním sympoziu WPATH v Montrealu v roce 2022 představil tým výzkumníků předběžné výsledky svého výzkumu souběhu transgenderových a "pluralitních" identit.¹⁹⁴ Tým se potýkal se složitostí získávání informovaného souhlasu pro hormony pro změnu pohlavních znaků a operace u pacientů se stovkami alterů, z nichž mnozí mají odlišnou pohlavní identitu. Jejich výzkum citoval jedinice zvaného The Redwoods, který se identifikuje jako devět různých lidí sdílejících "trans tělo", a vysvětloval obtíže, kterým čelili pacienti, kteří byli nuceni volit mezi diagnózou genderové dysforie a diagnózou DID, "protože poskytovatelé se mylně domnívali, že nemůžete být obojím".

Výzkumný tým vyvodil několik pevných závěrů, ale

doporučil potvrzení trans i plurální identity, což by mohlo vést k "genderové a plurální euforii", a také navrhl, aby plurálové se svými oddělenými osobnostmi používali aplikaci, pomocí které by spolu mohli mluvit a dohodnout se na hormonálních a chirurgických zákrocích na úpravu pohlavních znaků. Vedoucí výzkumník se objevuje ve WPATH Files ve vlákne ze září 2021, kde se diskutuje o "robustním rozvoji komunity lidí, kteří se identifikují jako plurální", a také o konferencích o "plurální pozitivitě". Uvedl, že panuje "všeobecná shoda na tom, že poskytovatelé duševního zdraví a lékaři potřebují více školení na toto téma, aby mohli poskytovat afirmativní péči".

Uvnitř fóra WPATH se členové zabývají otázkou, jak zvládat "trans klienty" s DID, když "ne všichni alters mají stejnou genderovou identitu", přičemž jeden z psychologů ze Severní Karolíny zdůrazňuje, že je "nezbytné, aby si všichni alters, kteří budou ovlivněni HRT, byli vědomi změn a souhlasili s nimi".

"Pokud nezískáte souhlas od všech žen, z etického hlediska jste souhlas ve skutečnosti nezískali a můžete být později žalováni, pokud se rozhodnou, že HRT nebo operace nebyly v jejich nejlepším zájmu," uvedl psycholog. Tato odpověď byla jednou z pouhých dvou zmínek o etice v celém WPATH Files.

Jiná terapeutka přiznala, že v doporučených dopisech lhala o diagnóze DID svých pacientů a místo toho ji označila za "komplikovanou posttraumatickou stresovou poruchu", protože si myslela, že "chirurgové na to nemrknou tolik jako na DID". Přiznala však také, že dvě pacientky s DID, které poslala na hormony, nyní pociťují lítost a mají pocit, že "jejich rozhodnutí nasadit hormony bylo podbarveno traumatem a DID a nyní, po další terapii a pochopení, litují, že před nasazením hormonů neprohloupily".

Tyto dva případy lítosti ukazují, jak přístup WPATH, který upřednostňuje "pohlaví" a opomíjí explorativní psychoterapii, která se snaží odhalit původ trápení, vystavuje pacienty riziku iatrogenního poškození a pozdější lítosti.

McGinn, výše zmíněný chirurg, který má

.....

- 194 Wolf-Gould, C., Flynn, S., McKie, S. (2022, 16.-20. září). An Exploration of Transgender and Plural Experiences [Zkoumání transgenderových a pluralitních zkušeností] [Prezentace na konferenci].

provedl 20 vaginoplastik na nezletilých, se zapojil do diskuse, aby informoval o provedení dvou operací "vulvovaginoplastiky" a jedné oboustranné mastektomie na pacientkách trpících DID a s radostí uvedl, že všechny tři "dopadly dobře až do půl roku".

Šestiměsíční doba sledování však opět není dostatečně dlouhá na to, aby bylo možné operace prohlásit za úspěšné. V krátkodobém horizontu se mohou objevit zavádějící známky zlepšení duševní pohody, ale jak se bude pacientka, zejména ta, která souhlasila ve stavu těžké duševní nestability, cítit po operaci genitálií nebo oboustranné mastektomii za 10, 20 nebo 30 let? Zdá se, že poskytovatelé zdravotní péče, kteří potvrzují gender, si tuto zásadní otázku nikdy nepoloží, a přesto tvrdí, že poskytují etickou lékařskou péči.

Lékař z Virginie na fóru zastával názor, že pokud přetrvává genderová dysforie, měli by mít lidé s vážnými psychickými problémy, jako je bipolární porucha, autismus a schizoafektivní porucha, možnost souhlasit s vaginoplastikou. "Bylo by skvělé, kdyby každá pacientka mohla být před každým chirurgickým zákrokem dokonale prověřena, ale nakonec je to rozhodnutí o poměru rizika a přínosu," řekla a pokrčila rameny nad možností, že těžce psychicky labilní pacientky nebudou schopny zvládnout vyčerpávající dilatační plán a mohou v důsledku toho utrpět vážné komplikace.

Jediný případ, kdy členové WPATH vyjadřují obavy ohledně možných nebezpečí a nežádoucích účinků lékařského zákroku, se ve všech spisech nachází v rozhovoru, který se týká transidentifikovaného natálního muže, jenž se zajímá o hormonálně indukovanou laktaci čistě kvůli tomu, aby ji zažil, aniž by měl v úmyslu kojit dítě. Z poskytnutých informací vyplývá, že pacient je jinak duševně v pořádku, ale jeho lékař popsal, že má s touto žádostí etické problémy, protože není bez určitého rizika.

Odpovědi se shodovaly s obavami lékařů: jeden z lékařů označil žádost za neetickou, protože se jedná o "lékařský zákrok, který není nezbytný", a etik ze San Francisca označil důvod zákroku za "pochybný". Etik připomněl lékaři, že je

profesionála, "kterému společnost poskytuje určitá privilegia" výměnou za jeho "obezřetné využívání zdrojů" a "závazek zasahovat tam, kde přínosy převažují nad riziky, a 'přinejmenším neškodit'".

"Chápu, že vaše pacientka si přeje prožívat laktaci jako jednu z funkcí svého ženství," pokračoval etik. "Ale podle mého názoru to není dostatečný důvod k lékařskému zásahu." Ačkoli tato odbornice na lékařskou etiku není povinna komentovat každý příspěvek v rámci fóra, je příznačné, že se neobjevuje v žádné z diskusí týkajících se povolení souhlasu s vaginoplastikou u lidí s vážným duševním onemocněním nebo ve vláknech týkajících se vytváření druhých sad genitálií pro lidi, kteří se identifikují jako nebinární, a připomíná chirurgům WPATH, aby neškodili. Nevyjadřuje se ani ve vláknech zpráv o drastických hormonálních zákrocích u nezletilých, které jim doživotně způsobí anorgasmie, a připomíná lékařům WPATH, že přínosy musí převažovat nad riziky. Ve srovnání s tím je požadavek muže na vyvolání laktace jen proto, aby ji zažil, triviální.

Pozoruhodné je, že všichni členové WPATH se v diskusi vyhýbají nepříjemné pravdě o motivaci pacienta. Muž, o kterém se na fóru diskutuje, může odpovídat popisu fyziologické autogynefilie, což znamená, že jeho touha po kojení mohla být z erotických důvodů.

Porovnejte, jak členové hovoří o natálním muži, který si přeje užívat léky na vyvolání laktace, s diskusí o 13leté dívce, která se identifikovala jako nebinární a přála si začít užívat testosteron. Její terapeut se obával, že 13 let je příliš málo, a zmínil se také o "možné komplikaci", kterou byla "určitá záměrná podvýživa a restriktivní stravování pro nebinární vzhled".

Ale místo toho, aby doporučil řešit poruchu příjmu potravy a obecné problémy s duševním zdravím předtím, než začne dospívající v tísní užívat tak silný hormon, nebo aby se dokonce zeptal na etiku, proč zjevně problémové dívce dovolil souhlasit s nevratnými účinky testosteronu, dětský endokrinolog informoval

terapie, že WPATH ve svých nejnovějších standardech péče zrušila všechny požadavky na minimální věk. Hlavní lékař zdravotnického střediska v Texasu pak varoval, že "čekání zřejmě zvyšuje míru sebevražd", protože pacientka se bude muset vypořádat s "menstruací a úplným vývojem prsou". Odborník na lékařskou etiku v diskusi nápadně chybí.

Stres menšin

Systém přesvědčení WPATH má v sobě zabudovanou odpověď na problém vysoké míry psychiatrických komorbidit před a po přechodu a také sebevražd po přechodu. Touto odpovědí je model menšinového stresu. Podle WPATH jsou problémy s duševním zdravím, které zažívají členové transgender komunity před, během a po intervencích zaměřených na změnu pohlaví, důsledkem života v transfobní společnosti, jinými slovy stresu z příslušnosti k utlačované menšině.¹⁹⁵ Výzkumy vypracované některými členy WPATH tvrdí, že genderově afirmativní péče může vyřešit psychiatrické komorbidity, jako jsou deprese, úzkosti, sebevražednost nebo dokonce autismus.^{196,197,198}

Hypotéza menšinového stresu, převzatá z hnutí za práva homosexuálů, nebyla nikdy empiricky ověřena v kontextu transgenderové medicíny, ale slouží poskytovatelům zdravotní péče, kteří potvrzují pohlaví, jako způsob, jak popřít vinu, když osoba lituje své transformace nebo když transformace nezlepší její duševní zdraví.¹⁹⁹ Umožňuje to.

tito lékaři obviňují společnost z netolerance, a ne sebe, že umožnili nezletilému nebo psychicky labilnímu dospělému podstoupit drastické lékařské zákroky, které mění život. A protože "netoleranci" definují sami aktivističtí lékaři-výzkumníci stále nepravděpodobnějšími způsoby, je stres menšin v podstatě nefalzifikovatelnou, a tudíž nevědeckou teorií. Je tedy také až příliš výhodnou pojistkou genderových kliniků proti obvinění z pochybení.

Švédsko ve skutečnosti slouží jako protiargument k modelu menšinového stresu. Kdyby byl model menšinového stresu správný, očekávali bychom, že v populaci transsexuálů bude mnohem nižší výskyt duševních onemocnění a sebevražedného chování, ale opak je pravdou. Dlouhodobá švédská studie zjistila, že dospělí transsexuálové po operaci mají výrazně zvýšené riziko sebevražd a také se zvyšuje míra úmrtnosti.²⁰⁰

Realistická očekávání

Četné studie naznačují, že mnoho dospívajících, kteří zažívají genderovou dysforii v dospívání, trpí četnými psychiatrickými komorbiditami, které předcházely vzniku trápení ohledně jejich pohlaví.^{201,202,203,204} Svědectví účastníků řízení podporují hypotézu, že některé psychicky strádající osoby by mohly být přivedeny k tomu, aby se samy diagnostikovaly jako transsexuálové poté, co byly vedeny k přesvědčení, že postupy pro změnu pohlaví jsou zázračným lékem na všechny jejich

195 Meyer, I. H., Russell, S. T., Hammack, P. L., Frost, D. M., & Wilson, B. D. M. "Minority Stress, Distress, and Suicide Attempts in Three Cohorts of Dospělí ze sexuálních menšin: "Pravděpodobnostní vzorek USA." PLOS ONE 16, č. 3 (2021): e0246827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>.

196 Turban, J. L. "Potenciálně reverzibilní sociální deficit u transgenderové mládeže." [In eng]. J Autism Dev Disord 48, č. 12 (prosinec 2018): 4007-09. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3603-0>.

197 Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. "Potlačení puberty u transgenderové mládeže a riziko sebevražedných myšlenek". [In eng]. Pediatrics 145, č. 2 (únor 2020). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>.

198 Turban, J. L., & van Schalkwyk, G. I. "Genderová dysforie" a porucha autistického spektra: Je tato souvislost skutečná? [In eng]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 57, no. 1 (Jan 2018): 8-9.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.08.017>.

199 Mayer, L. S., a McHugh, P. R. "Část druhá: Sexualita, výsledky duševního zdraví a sociální stres." Sexualita a gender: Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences, The New Atlantis 50 (2016): 73-75. <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-two-sexuality-mental-health-outcomes-and-social-stress-sexuality-and-gender>.

200 Tamtéž (č. 66)

201 Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. "Two Years of Gender Identity Service for Minors: Nadměrné zastoupení natalitních dívek s Závažné problémy ve vývoji dospívajících." [In eng]. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 9 (2015): 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.

202 Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K. J. "Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender

Dysforie: "Proof of Principle" Study." [In eng]. J Sex Marital Ther 43, č. 7 (3. října 2017): 678-88. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1232325>.

203 Kozłowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A. M., & Ambler, G. R., "Attachment Patterns in Children and Adolescents with Gender Dysphoria". Frontiers in psychology (2021): 3620. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.582688/full>.

204 Tamtéž (č. 176)

psychické utrpení.²⁰⁵

Ve spisech jsou důkazy o tom, že členové WPATH takové falešné naděje podporují. Terapeutka z Montany, která se identifikovala jako transrodová žena, uvedla, že "přijímání péče potvrzující pohlaví může často výrazně stabilizovat duševní zdraví klienta [sic]". Kalifornská terapeutka, která tvrdila, že chirurgická kastrace znamenala obrovský rozdíl v životě bezdomovce, na fóru řekla, že zadržování hormonů může zesílit symptomy duševního zdraví, a navrhla, že hormonální terapie je "harm reduction, a proto nedělat nic není 'neutrální volba'".

V dokumentu WPATH SOC8 se také uvádí, že "studie naznačují, že symptomy duševního zdraví, které pociťují [transgenderové/pohlavně odlišné] osoby, mají tendenci se zlepšovat" po intervencích zaměřených na změnu pohlaví, přestože neexistuje žádný kvalitní výzkum, který by toto tvrzení potvrdil.²⁰⁶

Naznačovat, že hormonální a chirurgické zákroky zaměřené na změnu pohlavních znaků mohou zlepšit depresi, posttraumatickou stresovou poruchu, a dokonce i schizofrenii, je porušením požadavku, aby pacient při získávání informovaného souhlasu dostal přesné informace. Je to podobné, jako kdyby kosmetický chirurg pacientovi tvrdil, že plastika nosu je lékem na depresi nebo zvětšení prsou lékem na bipolární poruchu.

Kvůli těmto falešným slibům mají lidé trpící genderovou dysforií často nerealistická očekávání ohledně podstoupení zákroku na změnu pohlaví. Očekávání a vzrušení z nasazení hormonů na křížení pohlaví nebo z mastektomie či operace pohlavních orgánů se často stávají ústředním bodem strádající mysli, přičemž jedinci vkládají naděje do těchto lékařských zákroků, které vyřeší veškerou jejich bolest a utrpení. Členové WPATH, kteří podporují léky na úpravu pohlavních znaků a operace jako lék na duševní strádání, dělají málo pro to, aby rozptýlili

tyto fantazie.

Nemusí tomu tak však být.

Přibližně před dvaceti lety britský psychiatr na Portmanově klinice pro dospělé v Londýně prokázal, že poskytnout transsexuálně identifikovaným pacientům realistickou představu o tom, čeho lze úpravou pohlaví dosáhnout, je velmi účinnou strategií, jak potlačit touhu po lékařském zásahu a minimalizovat lítost nad přechodem.

Dr. Az Hakeem vedl terapeutické skupiny, které spojovaly pacienty, kteří chtěli podstoupit chirurgickou transformaci, a transsexuály po operaci, kteří své operace litovali. V jednom rozhovoru popsal předoperační skupinu jako skupinu plnou vzrušení a euforie a pooperační skupinu jako skupinu "truchlení, deprese a smutku".

"Typický vzorec byl genderová dysforie, transgenderová euforie a pak transgenderová dysforie," řekl Hakeem o lidech, kteří po operaci litovali. "Uvědomili si, že se ve své transgenderové identitě necítí tak autenticky, takže se stále cítí stejně neautentičtí, ale jen v jiném těle." Hakeem poznamenal, že tento proces trval v průměru sedm let, což dále zpochybňuje platnost krátkodobých následných studií, které ukazují vysokou míru spokojenosti pacientů po transformaci.²⁰⁷

Meyer a Hoopes z Univerzity Johnse Hopkinse učinili v roce 1974 stejný závěr. Popsali "počáteční fázi nadšení", která trvá dva až pět let po přechodu, ale po skončení tohoto období líbánek "pacienta dostihne bolestné poznání, že se vlastně nic nezměnilo, kromě určitých prvků tělesné konfigurace".²⁰⁸ Toto období líbánek bylo pozorováno i v nedávné době.²⁰⁹

Výše zmíněná první nizozemská následná studie v roce 1988 popsal ty, kteří se nacházejí v raných stádiích pohlavních znaků.

205 Tamtéž (č. 177-179)

206 Tamtéž (č. 94)

207 Hughes, M. (2023). Dr. Az Hakeem: Hakeem: Trans Is the New Goth (Trans je nová gotika). Public. <https://public.substack.com/p/dr-az-hakeem-trans-is-the-new-goth#details>

208 Meyer, J. K., Hoopes, J. E., & Meyer, J. K. "The Gender Dysphoria Syndromes: A Position Statement on So-Called "Transsexualism" (Prohlášení k tzv. transsexualismu)." *Plastic and Reconstructive Surgery* 54, no. 4 (1974).

https://journals.lww.com/plasreconsurg/fulltext/1974/10000/the_gender_dysphoria_syndromes__a_position.9.aspx.

- 209 Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. "Quality of Life of Treatment-Seeking Transgender Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis." (Systematický přehled a metaanalýza). *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* 19, no. 3 (2018): 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>.

cestu k modifikaci jako "půjčku na budoucnost" a studie dospěla k závěru, že "[operace na změnu pohlaví] není všelékem". Výzkumníci poznamenali, že "[z]mírnění problémů s pohlavím nevede automaticky ke šťastnému a bezstarostnému životu" a že naopak "SRS může vést k novým problémům"²¹⁰.

Je nezbytné, aby lidé, kteří chtějí podstoupit zákrok na změnu pohlavních znaků, byli s touto skutečností konfrontováni. Ve spisech nejsou žádné důkazy o tom, že by členové WPATH pacienti reálně připravovali. pro obtíže života po hormonální a chirurgické úpravě těla. Hakeemův inovativní přístup se naopak ukázal jako velmi účinný, téměř všichni jeho předoperační pacienti nakonec operaci nepodstoupili, protože pochopili omezení svého "vysněného řešení", a malý počet těch, kteří ji podstoupili, měl mnohem realističtější očekávání.

Ztělesnění genderu řízené spotřebitelem

V posledních letech došlo k výraznému nárůstu počtu mladých lidí, kteří se identifikují jako "nebinární", a WPATH se nyní zasazuje o to, aby tito jedinci měli nárok na hormonální a chirurgické zákroky pro změnu pohlavních znaků.²¹¹

V kapitole o nebinárních rodinách v SOC8 WPATH se uvádí, že poskytovatelé zdravotní péče se musí vyvarovat přílišného zaměření na potíže související s pohlavím, protože "je také důležité vzít v úvahu zkušenosti většího pohodlí, radosti a seberealizace, které mohou být výsledkem sebepotvrzení a přístupu k péči".²¹²

Operace pro zrušení pohlaví, které WPATH definuje jako "zákroky vedoucí k absenci vnějších primárních pohlavních znaků", a bigenitální operace, jako je vytvoření pseudovaginální dutiny bez amputace penisu, jsou konečným výsledkem aktivistů, kteří WPATH předběhli.

V SOC8 WPATH je uveden nákupní seznam extrémních zákroků tělesných modifikací, který zahrnuje možnosti, jako je vaginoplastika "se zachováním penisu a/nebo varlat" a zákroky "flat front".²¹³ Tyto zákroky ani nesplňují definici experimentálních zákroků, protože nejsou kontrolovaně zkoumány.

Členové fóra pro zasílání zpráv WPATH diskutují o osvědčených postupech pro tyto "nestandardní" postupy.

Když Dr. Thomas Satterwhite, renomovaný kalifornský chirurg, požádal skupinu o vyjádření k "nestandardním" zákrokům, jako je "operace horní části těla bez bradavek, nulování a vaginoplastika zachovávající falus", nikdo nevnášel žádné etické otázky ohledně ničení zcela zdravých reprodukčních orgánů za účelem splnění přání o úpravě těla na míru. Místo toho členové skupiny Satterwhiteův jazyk hlídali, přičemž jeden terapeut namítal, že takové zákroky si mohou "vybírat i osoby s binární genderovou identitou"; jiný terapeut, který se identifikuje jako nebinární, souhlasil a označil jeho jazyk za "cisgenderistický" a transidentifikovaná studentka medicíny zdůraznila důležitost "de-genderizace" zákroků modifikace pohlaví. V SOC8 se tyto postupy eufemisticky označují jako "individuálně přizpůsobené" operace.

Dr. Rajveer S. Purohit dále ukázal priority WPATH, pokud jde o radikální a neověřené operace, a nastínil důležitá témata, která je třeba s pacientkami před operací nulování probrat, například zda chtějí orgasmus či nikoli a zda chtějí při močení sedět. V diskusi zcela chyběla jakákoli zmínka o tom, jaký dopad budou mít takové drastické zákroky na plodnost pacientů, jejich sexuální funkce, schopnost navazovat dlouhodobé stabilní milostné vztahy nebo celkový zdravotní stav.

210 Tamtéž (č. 125)

211 Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. "Youths with a Non-Binary Gender Identity: A Review of Their Sociodemographic and Clinical Profile." (Přehled jejich sociodemografického a klinického profilu). *The Lancet Child & Adolescent Health* 4, no. 4 (2020): 322-30. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(19\)30403-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(19)30403-1/fulltext).

212 Tamtéž (č. 94)

213 Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, E., et al. "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8". [In eng]. *Int J Transgend Health* 23, no. Suppl 1 (2022): Ch. 13. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

V jednom z příspěvků Satterwhite uvádí znepokojivý příběh pacienta, který se stal "nebezpečným a ohrožujícím" ještě v průběhu pooperační péče v důsledku "nediagnostikovaných poruch nálady, které se objevily až po operaci". To je důkazem toho, že ne každému pacientovi prospívají extrémní zákroky na úpravu těla, které jsou dostupné na vyžádání bez předchozího psychologického posouzení nebo psychoterapeutické podpory.

Ocenění autonomie pacienta před averzí k riziku

WPATH klade vysoký důraz na autonomii pacienta a nízký důraz na minimalizaci možného poškození. Nebo spíše pojímá újmu, stejně jako "neškodit", jako nenaplněné přání spotřebitele.

V roce 2022 výše zmíněný aktivistický profesor, který se domnívá, že vývojově opožděným nezletilým by mělo být umožněno souhlasit s experimentálními hormony a operacemi, které mění život, napsal na fórum na obranu "trans lidí, jejichž cíle ztělesnění neodpovídají dominantním očekáváním", jako jsou ti, kteří chtějí "mastektomii bez bradavek, mastektomii pro lidi, kteří nechťejí prsa z estrogenu [a] zachování vagíny". faloplastiky."

Profesorka, která již dříve popsala "trans ztělesnění jako volné umělecké vyjádření pohlaví" a věří, že dospívající by měli mít právo zacházet se svým tělem jako s "genderovým uměleckým dílem",²¹⁴ demonstruje chybné názory WPATH, když tvrdí, že transgenderová zdravotní péče je o vytváření těl, která "zpochybňují cisnormativitu".

"Trans zdraví je o tělesné autonomii, ne o normalizaci těl," uvedl aktivistický profesor ve spisech. "Neodmítli jsme myšlenku, že nemůžete změnit své pohlaví, jen abychom zdvojnásobili myšlenku, že pohlaví je binární a definované genitáliemi."

V samostatné diskusi o "nestandardních" operacích se terapeut z Minnesoty, který věří, že WPATH

potřebuje "jiný způsob pohledu na gender, který není pohledem cisgenderistů", se skupina zeptala: "Pokud mají dospělí pacienti autonomii těla, jaký je problém s operací horní části těla například bez bradavek?" a dodala, že "urgální tetování může pomoci, pokud si to pacient později rozmyslí".

Tyto komentáře jsou jasným důkazem, že WPATH není vědecká organizace. Lékaři, kteří se věnují poskytování etické péče svým pacientům, by neměli ničit zdravé reprodukční orgány ve snaze vytvořit hladká těla bez pohlaví nebo druhé sady pohlavních orgánů. Takové vysoce invazivní, zákroky, které mění život, nejsou pokusem o léčbu rozpoznávaného psychiatrického onemocnění, nýbrž extrémní úpravou těla, která se vydává za medicínu a je řízena spotřebitelem. Jedná se o porušení lékařské etiky a Hippokratovy přísahy.

Odvážný nový svět

Mnoho členů WPATH se považuje za předvoj nové lékařské hranice. Jeden britský psychiatr se ohradil proti tomu, že Satterwhite použil termín "nestandardní", a naznačil, že takové zákroky "se v budoucnu mohou stát standardem".

Kalifornská lékařka, která se kdysi proslavila vtípem, že pokud budou dospívající dívky později v životě litovat, že jim byla amputována zdravá prsa, mohou si je prostě "jít nechat amputovat",²¹⁵ odpověděla, že oblast genderové péče bude brzy "převálcována mladšími lidmi", za což je vděčná. Vyzvala k tomu, aby lékařské a chirurgické zákroky byly přerámovány jako "ztělesnění pohlaví" jednotlivce, a nikoliv jako "reakce na špatně definovanou 'genderovou dysforii'".

Na semináři o vývoji identity Berg dokonce diskutoval o cílech ztělesnění u dětí jako o vodítku pro lékařské rozhodování. "Ztělesnění je určitě koncept, který mnohem více používám u svých dospívajících a dětí," řekl významný odborník WPATH.

214 Ashley, F. "Hormonální substituční terapie pro transgenderové pacienty je nelidská." [In eng]. J Med Ethics 45, č. 7 (červenec 2019): 480-82. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>.

215 "[Lékař] vysvětluje, proč mastektomie u zdravých dospívajících dívek není nic zvláštního." Youtube, 2019, <https://www.youtube.com/watch?v=5Y6espcXPjk>.

Navzdory neobvyklé povaze nebinárních zákroků obsahují spisy důkazy o tom, že pojišťovny tyto experimentální zákroky na úpravu těla hradí, jak dokazuje Satterwhite, který skupině sdělil, že jeho klinika v San Francisku je schopna pro své pacienty získat pojistné krytí. Dr. Daniel Dugi z Oregonské univerzity zdraví a vědy rovněž potvrzuje, že nemá problémy se získáním pojistného krytí.

V kanadské provincii Ontario byly zaznamenány dva případy. nebinární osoby získaly právo nechat si chirurgicky vytvořit druhou sadu falešných pohlavních orgánů hrazených daňovými poplatníky provincie, což je rozhodnutí, které připraví půdu pro to, aby takové zákroky byly hrazeny z provinčního zdravotního pojištění.^{216,217} Ve věci *Ks proti Ontariu* je kapitola o nebinárních pacientech ze SOC8 WPATH v celém textu hojně citována a odvolací a revizní rada ontarijských zdravotních služeb ve svém rozhodnutí převzala logiku a slovník WPATH, když uvedla, že genderově odlišné prezentace mohou vést k "individuálně přizpůsobeným žádostem o chirurgický zákrok", které by měly být hrazeny z provinčních zdravotních plánů.²¹⁸

Přestože realizace extrémních cílů v oblasti tělesných úprav může být pro člověka velmi uspokojivá, alespoň z krátkodobého hlediska, vlády a pojišťovny by neměly zaměřovat tuto činnost s medicínou a nezbytnou lékařskou péčí. Operace, které nejsou binární, ukazují, že WPATH zcela opouští vědu a medicínu v honbě za bezuzdným konzumem.

Poradce z Virginie předpověděl "vlnu nebinární afirmativní žádosti o chirurgický zákrok" a informoval skupinu, že pracoval s "klienty, kteří se identifikují jako nebinární, agender a eunuchové", kteří požadovali "atypické chirurgické zákroky, z nichž mnohé buď v přírodě neexistují, nebo představují první svého druhu".

Snad nejlepším důkazem toho, že WPATH jako lékařská organizace ztratila svou cestu, je rozhodnutí této skupiny zařadit do své SOC8 celou kapitolu věnovanou péči o lidi, kteří se identifikují jako eunuchové. Ve slovníku tato přední světová skupina pro transgenderové zdraví definuje muže identifikované jako eunuchy jako osoby "při narození přiřazené k mužskému pohlaví", které se domnívají, že "jejich pravé já nejlépe vyjadřuje termín eunuch. Jedinci identifikovaní jako eunuch si obvykle přejí, aby jim byly chirurgicky odstraněny nebo znefunkčnány jejich pohlavní orgány".

Kapitola Eunuch obsahuje nejen tvrzení, že děti mohou být identifikovány jako eunuchové, ale také hypertextový odkaz na webovou stránku Eunuch Archives, kde se shromažďují anonymní muži s kastracním fetišem a sdílejí své fantazie o kastraci dětí.²¹⁹ V dubnu 2023 na TikToku inzerovala populární genderová lékařka spojená s WPATH svým více než 250 tisícům mladých následovníků péči o lidi, kteří se identifikují jako eunuchové.²²⁰

Během mezinárodního sympozia WPATH v Montrealu v roce 2022 hovořil spoluautor kapitoly SOC8 o eunuchovi o prvním "eunuchem identifikovaném" pacientovi, kterého kdy viděl. jednalo se o devatenáctiletého muže žijícího ve sklepě svých rodičů, který "možná patřil k autistickému Aspergerovu spektru" a chtěl se vrátit do předpubertálního stavu.²²¹ Tento mladý muž se výslovně neidentifikoval jako eunuch. Odborník WPATH na něj tuto nálepkou aplikoval. "Odvodil jsem si to jen proto, že jsem to měl na očích," vysvětlil publiku. Jinými slovy, místo aby na tohoto pacienta pohlížel jako na problémového jedince, který potřebuje hlubokou psychoterapeutickou podporu, označil ho expert WPATH za osobu identifikovanou jako eunuch, která potřebuje chirurgickou kastraci potvrzující pohlaví. Přerámcování takových závažných psychických poruch jako "identit", které je třeba potvrdit a vyřešit pomocí chemických a chirurgických

216 "Ks V Ontario (plán zdravotního pojištění)." CanLII, 2023, <https://www.canlii.org/en/on/onhsarb/doc/2023/2023canlii82181/2023canlii82181.html?searchUrlHash=AAAAAQANdmFnaW5vcGxhc3R5IAAAAAAB&resultIndex=1>.

217 "Ohip mění kurz a bude financovat operaci potvrzující pohlaví ottawského státního úředníka." The Globe and Mail, 2023, <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-ohip-gender-affirming-surgery-case/#:~:text=OHIP%20obrátil%20svůj%20kurz,postup%20za%20pouhý%20rok>.

218 Tamtéž (č. 216)

219 Tamtéž (č. 94, s. 88-89).

220 Gender Surgeon (2023). #odstranění varlat #orchiektomie #eunuch. <https://www.tiktok.com/@gendersurgeon/video/7218932161934822702>

221 "O eunuchu a rádoby eunuchu." Rok nula, 2022, <https://wesleyang.substack.com/p/of-eunuchs-and-wannabes>.

kastrace je obrovským porušením lékařské etiky a jasným důkazem toho, že WPATH nemá zdraví a blaho pacientů jako svou prioritu.

Na konci zasedání o Eunuchovi, které se konalo ve velkém salonu v místě konání konference, nikoli v postranní místnosti, vedli Satterwhite a Dr. Thomas W. Johnson, hlavní autor kapitoly o Eunuchovi v SOC8, a její spoluautor Dr. Michael Irwig zajímavý rozhovor. Satterwhite se ujal mikrofonu a vyprávěl, jak mu Johnson pomohl překonat emocionální nepohodlí v jednom z jeho prvních případů homosexuála, který se chtěl nechat vykastrovat. Požádal Johnsona o radu, jak "přimět více chirurgů" k provádění tohoto typu zákroku, a vysvětlil, že měl smíšené

reakce účastníků konference na jeho ochotu provádět "nestandardní" operace pohlavních orgánů.

Poté, co pochválil Satterwhitea za "otevřenost novým myšlenkám", Johnson řekl, že doufá, že "zařazení kapitoly o [eunuchovi] do standardů péče otevře možnosti", že ji chirurgové uvidí a "řeknou si, ano, to je něco, co bych měl být ochoten zvážit". Irwig souhlasil a řekl, že je "obrovské", že eunuch je nyní v SOC, protože nyní se lékaři nebudou muset bát, že přijdou o licenci za kastraci těchto psychicky problémových mužů.

"Čím více takových sezení budeme mít, tím více vzdělaných lidí získáme, a pak budeme mít více lidí, jako jste vy, kteří to budou moci dělat," řekl Irwig Satterwhiteovi.

PŘÍPADY PSEUDOVĚDECKÝCH HORMONÁLNÍCH A CHIRURGICKÝCH EXPERIMENTŮ NA DĚTECH A ZRANITELNÝCH DOSPĚLÝCH Z MINULOSTI.

Historie je plná příkladů, kdy se lékařský svět katastrofálně mýlil a trvalo mu desítky let, než se k chybě postavil čelem a napravil ji. Dnešní skandál, který má na svědomí WPATH, v sobě spojuje prvky minulých pokusů léčit duševní choroby chirurgickými prostředky, jako je lobotomie a ovariectomie, s chybným pokusem dětských endokrinologů korigovat výšku vysokých dívek a nízkých chlapců pomocí blokátorů puberty a hormonů. V nedávné minulosti se objevil také skandál, kdy chirurg amputoval zdravé nohy mužům s poruchou identity tělesné integrity, což se nápadně podobá typu lékařské péče, kterou WPATH schvaluje.

Zkoumání historických lékařských omylů nabízí pohled na současný skandál, který se odehrává na genderových klinikách. Když se oprostíme od našich kulturních předpokladů a předpokladů, získáme jasnější pohled na to, jak snadno se lékaři nechávají svést na scestí.

Lobotomie

Případová studie srovnávající pseudovědecké chirurgické ničení zdravých mozků ve 20. století a pseudovědecké chirurgické ničení zdravých genitálií zranitelných lidí v současnosti.

V polovině 20. století panovalo v lékařském světě přesvědčení, že nejúčinnější a nejhumánnější léčbou duševních chorob je lobotomie: brutální chirurgický zákrok, při němž se ostrými nástroji naslepo švihá do mozku a přerušují se spojení čelních laloků.

Navzdory zjevným nebezpečím a ničivým vedlejším účinkům se lékařská komunita rychle ujala.

provádění lobotomie jako léčby široké škály duševních poruch, včetně deprese, obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), epilepsie a schizofrenie.

Lobotomici nebyli hanobeni, naopak, mnozí si jich velmi vážili. Antonio Egas Moniz, vynálezce lobotomie, byl v roce 1949 za svůj přínos medicíně oceněn Nobelovou cenou. Walter Freeman a James Watts, kteří tento zákrok ve Spojených státech zpopularizovali, byli vřele přijímáni na každoročních setkáních Americké lékařské asociace (AMA), kde zřizovali "psychochirurgické" expozice poskytující informace o jejich operacích poškozujících mozek.

Přestože se brzy objevily námitky proti brutalitě a nepřesnosti zákroku, v lékařských časopisech jich bylo publikováno jen málo, protože kritika kolegů lékařů byla v té době považována za neetickou. Místo toho prestižní časopis *New England Journal of Medicine* dodal zákroku vědeckou platnost tím, že zveřejnil článek, v němž se o operaci hovořilo jako o zákroku založeném "na důkladném fyziologickém pozorování".²²²

Klíčovou roli hrál také populární tisk. V roce 1936 označil deník *New York Times* zákrok za "zlomový bod v léčbě duševně nemocných" a předpověděl, že Freeman a Watts se pravděpodobně "zapíší do dějin medicíny jako další zářný příklad terapeutické odvahy", a v roce 1937 tvrdil, že operace "odřezává nemocné části lidské osobnosti a mění divoká zvířata v mírná stvoření".^{223,224} Během následujících pěti let se lobotomie často objevovala v populárních publikacích, včetně *Reader's Digest*, *Time* a *Newsweek*. Vyprávění

222 "Chirurgická léčba některých psychóz." *New England Journal of Medicine* 215, č. 23 (1936): 1088-88. <https://sci-hub.ru/10.1056/NEJM193612032152311>.

223 "Nová operace pomáhá duševně nemocným; doktoři Freeman a Watts tvrdí, že operace mozku zmírnila abnormální obavy". 6 vybraných pacientů získalo zatím nejsou k dispozici žádné údaje o trvalých účincích, říkají vědci Southern Medical Group". *The New York Times*, 1936, <https://www.nytimes.com/1936/11/21/archives/find-new-surgery-aids-mental-cases-drs-freeman-and-watts-say.html>.

224 "Chirurgické zákroky používané u duševně nemocných zmírňují posedlost; nová mozková technika prý pomohla 65 % duševně nemocných, na nichž byla vyzkoušena jako poslední možnost, ale někteří přední neurologové jsou vůči ní velmi skeptičtí." *The New York Times*, 1937, <https://www.nytimes.com/1937/06/07/archives/surgery-used-on-the-soulsick-relief-of-obsessions-is-reported-new.html>.

celkově pozitivní a zlehčoval barbarskou realitu zákroku.²²⁵

Mnoho zoufalých pacientů a jejich rodin po přečtení těchto článků vyhledalo lobotomii. Podmínky v psychiatrických léčebnách byly v té době žalostné a alternativní způsoby léčby duševních chorob, jako například léčba inzulinovým kómatem a elektrošoky, byly rovněž tvrdé a často násilné. Proto i když lobotomie často zanechávala pacienty ve stavu "chirurgicky navozeného dětství", pro mnohé byla lepší než jiné dostupné možnosti.

Během rychlého nárůstu popularity lobotomie se žádá z významných amerických lékařských asociací, včetně Americké psychiatrické asociace a Americké lékařské asociace, nepostavila oficiálně proti této operaci.

Freeman, který vynalezl "transorbitální lobotomii", při níž se chirurgický nástroj připomínající sekáček na led zatloukal skrz oční důlek pacienta do mozku, považoval svůj zákrok za úspěšný, pokud jeho pacienti mohli opustit léčebnu a starat se o ně doma "na úrovni domácích invalidů nebo domácích mazlíčků".²²⁶ Byl také přesvědčen, že čím dříve se zákrok provede, tím lépe, protože se mylně domníval, že pacienti jsou jinak odsouzeni ke zhoršení stavu. To znamenalo, že prosazoval operaci jako první linii léčby u osob s jen mírným duševním onemocněním.

Mnoho Freemanových pacientů nespĺnilo ani jeho pochybnou míru úspěchu, někteří skončili trvale postižení a přibližně 15 % jich zemřelo.²²⁷ V roce 1941 se Rosemary Kennedyová, sestra prezidenta Johna F. Kennedyho, stala Freemanovou nejznámější obětí, když byla po lobotomii odsouzena dožít zbytek života v soukromé psychiatrické léčebně a nebyla schopna se o sebe postarat,

sotva mluví a nepamatuje si na svou rodinu.²²⁸

Freemanův nejzávažnější zločin však spočíval v tom, že prováděl lobotomie na dětech, celkem 19, přičemž 11 takových případů popsal v roce 1950 ve své knize *Psychochirurgie*.^{229,230} Nejmladšímu z nich byly pouhé čtyři roky a dva z 11 zemřeli na krvácení do mozku.

I když Monizovi byla v roce 1949 udělena Nobelova cena za vynález lobotomie a deník New York Times ve své reportáži prohlásil, že "chirurgové nyní nemyslí na operace mozku o nic víc než na odstranění slepého střeva", začal se proti tomuto zákroku zvedat odpor.²³¹ Kritici upozorňovali na závažné vedlejší účinky, které se u mnoha pacientů projeví, vyjadřovali obavy ohledně kritérií používaných k měření úspěšnosti a obviňovali chirurgy, že provádějí zákroky bez předběžného psychiatrického vyšetření.

Nicméně až vynález antipsychotika chlorpromazinu způsobil prudký pokles popularity lobotomie, protože po celou dobu to byl nedostatek humánních alternativních léčebných postupů, který psychiatry přiměl k tak zoufalým krokům.

Když v roce 1967 zemřel na krvácení do mozku jeho poslední pacient, byl zneuctěný Freeman zbaven nemocničních práv. Zbytek svých dní strávil cestováním po USA, vyhledáváním svých pacientů a jejich rodin a hledáním důkazů, že jeho milovaný postup pomohl, a ne uškodil.

Děsivý příběh lobotomie měl sloužit jako varovný příběh pro lékařský svět a ukázat, k jakým neblahým důsledkům může dojít, když lékaři rychle zavádějí nové, inovativní postupy, aniž by je nejprve podrobili důkladnému vědeckému zkoumání, aby zjistili jejich hodnotu, bezpečnost a účinnost.

225 Diefenbach, G., Diefenbach, D., Baumeister, A., & West, M. "Portrayal of Lobotomy in the Popular Press: 1935-1960." *Journal of the history of the neurosciences* 8 (05/01 1999): 60-9. <https://doi.org/10.1076/jhin.8.1.60.1766>.

226 Whitaker, R. *Šílenství v Americe*: Basic Books, 2001. <https://archive.org/details/madinamericabads00whit>

227 "Lobotomie: operace mozku popisovaná jako "jednodušší než léčba bolesti zubů"." BBC News, 2021, <https://www.bbc.com/news/stories-55854145>.

228 "Postmoderní lobotomické blues." *Compact Magazine*, 2023, <https://compactmag.com/article/postmodern-lobotomy-blues>.

229 "Lobotomik." PBS, 2008, 48:20. <https://www.pbs.org/wgbh/americanexperience/films/lobotomist/>.

230 Offit, P. A. *Pandořina laboratoř: P.: Sedm příběhů o vědě, která se zvrtila*. National Geographic Books, 2017.

231 "Výzkumníci mozku." *The New York Times*, 1949, <https://www.nytimes.com/1949/10/30/archives/explorers-of-the-brain.html>.

O 70 let později jsme se však ocitli bez morálního zázemí. Ve věku medicíny založené na důkazech jsme opět svědky toho, jak lékařský svět provádí chirurgické mrzačení zdravých těl ve snaze léčit duševní nemoci. Místo na mozek se však dnešní chirurgové zaměřují na genitálie.

V obou lékařských skandálech jsou oběťmi buď nezletilí, nebo duševně nemocní (nebo obojí) a provedené operace mají za následek trvalé znetvoření a postižení. Ti nejšťastnější z Freemanových pacientů dokázali žít napůl nezávislý život a udržet si nízkokvalifikovanou práci, ale většina takové štěstí neměla. Mnozí měli zničenou dlouhodobou paměť a měli problémy i s těmi nejzákladnějšími úkony.

Mnozí z nich zůstali trvale invalidní.

V dnešním skandálu zůstává mužským pacientům v lepším případě dutina, kterou je třeba doživotně rozšiřovat, a drasticky snížená sexuální funkce. Ti méně šťastní snášejí závažné komplikace, jako je neovaginální stenóza, problémy s močením a píštěle. Ritchie Herron, detranzitovaný muž, který podstoupil vaginoplastiku během psychické krize, popisuje svůj život po operaci jako noční můru. "Takový život není důstojný," říká dvaatřicetiletá oběť dnešního lékařského zločinu, která trpí trvalou bolestí, necitlivostí a dysfunkcí močových cest.^{232,233}

Pacientky podstupují zákrok zvaný faloplastika, při kterém chirurgové odebírají tkáň z dárcovského místa, obvykle z předloktí, ale někdy i ze stehna, a pomocí této tkáně vytvářejí nefunkční pseudopenis. Operace je spojena s mimořádně vysokým procentem komplikací a obvykle vyžaduje úplnou hysterektomii a vaginektomii, což je chirurgické odstranění penisu.

²³⁴ 235 Studie z roku 2021 na 129 ženách, které podstoupily riskantní zákrok k vytvoření pseudopenisu, zjistila, že tato skupina zaznamenala 281 komplikací, které si vyžádaly 142 revizí.²³⁶

Jak lobotomie, tak operace pohlavních orgánů rovněž zahrnují zničení základní části lidství člověka. Freeman a Watts poznamenali, že každý z jejich pacientů touto operací "něco ztratil, nějakou spontánnost, jiskru, příchut' osobnosti". Dnešní genderoví chirurgové útočí na stejně důležitý aspekt toho, co nás dělá lidmi. Naše sexuální identita je neodmyslitelnou součástí toho, kým jsme, takže amputace pohlavních orgánů se podobá sexuální lobotomii.

Genderoví chirurgové, stejně jako lobotomici, kteří přišli před nimi, obcházejí etické požadavky, aby se před zavedením chirurgického zákroku do běžné lékařské praxe prokázala jeho bezpečnost a prospěšnost. Neexistovaly žádné dlouhodobé studie, které by prokázaly, že přínos lobotomie převažuje nad škodlivostí, a totéž lze říci o dnešních operacích pohlavních orgánů. Těch několik málo dlouhodobých studií, které existují, ukazuje na výrazně zhoršené sociální fungování, vysoký výskyt duševních chorob a zvýšené riziko sebevražd. I přes nedostatek kvalitních vědeckých poznatků, které by podporovaly tak drastické zákroky.

stejně jako AMA a APA otevřeně neodsoudily lékařský zločin lobotomie, dnes tytéž organizace podporují nezletilé a duševně nemocné dospělé, kteří podstupují amputaci genitálií rukama chirurgů WPATH. Důvodem je to, že úpravu pohlavních znaků považují v první řadě za otázku "lidských práv" a teprve v druhé řadě, pokud vůbec, za otázku medicínskou.

V roce 1941 popsal deník New York Times pacienty po lobotomii jako osoby, které mají "obavy, komplexy z pronásledování, sebevražedné úmysly, obsese, nerozhodnost a nervozitu".

232 "Zdrčený" otec žaluje NHS, aby zastavil změnu pohlaví autistického syna." The Telegraph, 2023, <https://www.telegraph.co.uk/news/2023/06/04/nhs-gender-clinic-judicial-review-autistic-son-sexchange/>.

233 Ritchie, "This Isn't Even the Half of It. And This Isn't Regret Either, This Is Grief and Anger...", @TullipR, 13. června 2022, 14:57, <https://twitter.com/TullipR/status/1536422563458465793?s=20>.

234 Rashid, M., & Tamimy, M. S. "Phalloplasty: M.: The Dream and the Reality." [In eng]. Indian J Plast Surg 46, č. 2 (květen 2013): 283-93. <https://doi.org/10.4230/ijps.2013.46.2.283>.

org/10.4103/0970-0358.118606.

- 235 Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., Weyers, S., et al. "Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men" (Kvalita života a sexuální zdraví po operaci změny pohlaví u transsexuálních mužů). [In eng]. J Sex Med 8, č. 12 (prosinec 2011): 3379-88. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>.
- 236 Robinson, I. S., Blasdel, G., Cohen, O., Zhao, L. C., & Bluebond-Langner, R. "Surgical Outcomes Following Gender Affirming Penile Reconstruction: (1): Patient-Reported Outcomes from a Multi-Center, International Survey of 129 Transmasculine Patients." (Výsledky hlášené pacienty z mezinárodního průzkumu 129 transmaskulinních pacientů). [In eng]. J Sex Med 18, no. 4 (duben 2021): 800-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.01.183>.

napětí doslova vyříznuty z mysli nožem při nové operaci mozku", čímž brutálnímu zákroku dodala punc zázračného vyléčení.²³⁷ Téměř o sto let později na fóru WPATH kalifornská terapeutka vyprávěla svým kolegům o pozoruhodné léčivé síle chirurgické kastrace u svých duševně nemocných pacientů, kteří se dostali "na cestu k citovému zotavení" a pravděpodobně žili šťastně až do smrti.

Mnoho pacientů dnes uvádí, že jsou s výsledkem operace genitálií spokojeni, přestože je trápí komplikace a mají značné sociální a milostné potíže. Stejně tak mnoho rodin bylo Freemanovi upřímně vděčných za to, že pomohl jejich blízkým, přestože na ně operace kladla obrovskou zátěž péče a měla na pacienta devastující dopad. Obě situace naznačují určitou míru sebeklamu, neboli to, čeho se první nizozemští vědci obávali, bylo štěstí "zkreslené zbožným přáním". Rodiny, které souhlasily s tím, aby jejich blízký podstoupil lobotomii, měly motivaci lpět na přesvědčení, že to bylo správné rozhodnutí, a vědomě ignorovat zjevné známky toho, že tomu tak není. Podobnému vnitřnímu boji může dnes čelit mnoho dospívajících nebo jejich rodičů, stejně jako zranitelných dospělých.

Abychom pochopili, jak mohl lékařský svět tak rychle schválit lobotomii a proč rodiny a dokonce i oběti mohly být za tento zákrok vděčné, je třeba si udělat obrázek o životě těžce duševně nemocných na přelomu 19. a 20. století. Byla to doba dávno před vynálezem antipsychotik, kdy vyhlídky duševně nemocných byly neradostné. Většina z nich končila v přeplněných psychiatrických léčebnách s nedostatkem personálu, kde panovaly žalostné podmínky. Lidé trpící nejhoršími případy byli omezováni na svobodu a izolováni, někdy i několik let. Jedno vyšetřování psychiatrických léčeben v

Spojené státy našly pacienty namačkané nahé v temné místnost, podlaha špinavá od lidských výkalů.²³⁸

Zoufalství psychiatrie v prvních desetiletích 20. století dalo vzniknout několika brutálním somatickým prostředkům, od terapie inzulinovým kómatem²³⁹ až po terapii malárie²⁴⁰, stejně jako známější léčbě elektrošoky. Ty byly riskantní a násilné a jejich úspěch byl nejistý. Právě v tomto kontextu se objevily zprávy o Monizově průlomové psychochirurgii. Psychiatři, personál léčeben, rodiny i samotní pacienti zoufale hledali řešení. Když lobotomie umožnila pacientům opustit léčebnu a nechat se ošetřovat doma svými blízkými nebo alespoň umožnila nejbrutálnějším případům uniknout z izolace a volně se pohybovat po oddělení, mnozí v ní viděli humánní řešení. To vedlo k silné, záměrné slepotě vůči barbarské povaze zákroku a s ním spojeným vedlejším účinkům.

Svět dnešních obětí však nemůže být odlišnější. Nezletilí a zranitelní dospělí, kteří hledají chirurgické řešení svého špatně definovaného psychiatrického stavu, nejsou uzavřeni v psychiatrických azylech, spoutáni ve svěracích kazajkách nebo připoutáni ke stěnám v izolačních odděleních. Nejsou podrobováni elektrokonvulzivní šokové terapii a nehrozí jim doživotní vězení a utrpení. Většina z nich se prostě ocitla v šíleném kulturním okamžiku a trpí duševní chorobou vázanou na kulturu, která vytvořila identitu, jež je téměř jistě pomíjivá.

Pro tyto mladé pacienty, kteří mají celý život teprve před sebou, je k dispozici etický, neinvazivní přístup k léčbě s dobrými výsledky: pozorné vyčkávání spolu s psychoterapií podle potřeby. Všechny dostupné důkazy z doby před zpolitizováním genderové medicíny ze strany WPATH ukazují, že většina nezletilých, kteří trpí úzkostí z pohlaví

237 "Obrácení mysli naruby." Saturday Evening Post, 1941, <https://picryl.com/media/turning-the-mind-inside-out-saturday-evening-post-24-may-1941-strana-18-2d7a77>.

238 Maisel, A. Q. "Bedlam 1946: Většina našich psychiatrických léčeben je ostudou a hanbou." Časopis Life 20, č. 18 (1946): 102-18. <https://mn.gov/mn/ddc/parallels2/prolog/6a-bedlam/bedlam-life1946.pdf>.

239 Jones, K. "Terapie inzulinovým kómatem u schizofrenie." Journal of the Royal Society of Medicine 93, no. 3 (2000): 147-49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297956/pdf/10741319.pdf>.

240 "Psychiatr, který dával svým pacientům malárii." Psychology Today, 2023, <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/psychiatry-a-history/202303/the-psychiatrist-who-gave-his-patients-malaria>.

se během puberty nebo po ní smíří se svým tělem - za předpokladu, že nejsou sociálně transformováni a medikalizováni. Pozorné vyčkávání, pečlivá podpora a umožnění mladému člověku růst a zrát je humánní alternativou k "genderové lobotomii" WPATH.²⁴¹

Vědecká literatura o dospělých je méně přesvědčivá, ale u těžce duševně nemocných pacientů, kteří žádají o operaci genitálií, je lepší hluboká psychotherapeutická práce, která zmírní jejich komplexní duševní problémy a odhalí původ jejich genderového stresu, než ignorování všech komorbidit a přímý skok k mrzačení genitálií. Jak ukázal Dr. Az Hakeem na Portmanově klinice, často stačí, když se pacienti setkájí tváří v tvář s realitou operace pohlavních orgánů, a jejich obsedantní touha je potlačena.

Protože však WPATH není lékařskou skupinou, která se snaží najít nejlepší způsob péče o osoby trpící genderovou dysforií, považují její členové snahu odvrátit nutnost invazivního chirurgického zákroku, který mění život, za "konverzní terapii". Místo toho členové WPATH prosazují chirurgické zákroky jako jedinou možnost léčby, a to i u nezletilých a těžce duševně nemocných, podobně jako Freeman a jeho kolegové věřili, že lobotomie je jedinou nadějí pro nešťastné duše zavřené v psychiatrických léčebnách.

Freeman se považoval za zachránce těžce duševně nemocných a věřil, že dává naději lidem bez naděje. Na vrcholu své kariéry si nikdy nedokázal představit, že přijde den, kdy bude jeho zázračné vyléčení odsuzováno a považováno za zvěrstvo. Totéž lze říci o WPATH a jejích členech. Povzbuzování myšlenkou, že jsou hrdiny za občanská práva bojujícími ve prospěch utlačovaných, se považují za špičku medicíny, která poskytuje potřebnou lékařskou péči pacientům v nouzi. Jsme však přesvědčeni, že dospívající a zranitelní dospělí, kteří podstupují chirurgické zničení zdravých pohlavních orgánů, jsou předurčení k tomu, aby se zapsali do dějin jako zločini

stejného nebo dokonce většího rozsahu než lobotomie.

Ovariectomie

Případová studie srovnávající snahu léčit duševní choroby gynekologickou operací v 19. století s dnešní snahou léčit duševní choroby gynekologickými operacemi a oboustrannými mastektomiemi.

Jedním z největších lékařských skandálů 19. století byla praxe odstraňování zdravých vaječníků jako léčba různých duševních chorob žen, od "menstruačního šílenství", nymfomanie, masturbace až po "všechny případy šílenství". Tato praxe, známá jako ovariectomie, se těšila podpoře mnoha předních gynekologů a psychiatrů té doby a odhaduje se, že v letech 1872 až 1900 si nechalo zdravé vaječnický odstranit více než 100 000 žen.²⁴² Jelikož se jednalo o dobu dávno před vynálezem antibiotik a odpovídajících postupů chirurgické čistoty, přibližně 30 % žen v důsledku této lékařsky zbytečné operace zemřelo.²⁴³

Tato praxe má svůj původ v reflexní teorii, pseudovědecké představě, že páteř propojuje všechny orgány v těle, což znamená, že jeden orgán může vyvolat příznaky ve vzdáleném orgánu, včetně mozku. Tato logika způsobila, že se pacienti začali fixovat na orgány, které neměly s jejich příznaky nic společného, a v období, které popíšeme, vedla k tomu, že houfy žen vyhledávaly odstranění vaječníků jako prostředek k vyřešení svých duševních potíží.

To spolu s dobovým módním přesvědčením, že různé potíže, včetně hysterie, neurastenie (dnes nazývané chronický únavový syndrom), menstruačního šílenství (premenstruační dysforická porucha, PMDD) a šílenství, jsou důsledkem masturbace a nymfomanie, připravilo půdu pro to, aby se vaječnický podílely na duševních poruchách žen. A když se vaječnický staly příčinou duševních poruch, bylo přirozeným vývojem, že chirurgové začali chtít

241 Tamtéž (č. 2-4)

242 Studd, J. "Ovariectomie při menstruačním šílenství a premenstruačním syndromu - historie 19. století a poučení pro současnou praxi." [In eng]. *Gynecol Endocrinol* 22, č. 8 (srpen 2006): 411-5. <https://doi.org/10.1080/09513590600881503>.

243 Longo, L. D. "Vzestup a pád operace Battley: A Fashion in Surgery." *Bulletin of the History of Medicine* 53, č. 2 (1979): 256.

odstranit jako léčbu.

V roce 1872 byly během několika týdnů provedeny dvě ovariectomie na opačných stranách Atlantiku. Němec Alfred Hegar ji jako první na světě provedl zdravé ženě jako léčbu psychických potíží, ale jeho pacientka o týden později zemřela na zánět pobřišnice. Ani ne o měsíc později anglický gynekolog Lawson Tait a Američan Robert Battey, aniž by věděli o Hegarově pokusu, odstranili vaječníky ženě, která trpěla menstruačními příznaky a křečemi, po nichž byla v polokomatu. Téměř ji potkal stejný osud jako Hegarovu pacientku poté, co se u ní rozvinula sepse, ale později se uzdravila a byla prohlášena za vyléčenou ze svých ženských potíží.

Zárok měl převzít Batteyho jméno a stal se známým jako Batteyho operace. Battey věřil, že šílenství u žen je "nezřídka způsobeno onemocněním dělohy a vaječníků". Předpokládá se, že Battey v letech 1872 až 1888 provedl zákrok na několika stovkách žen a že se těšil obrovské popularitě ve většině Evropy a v USA, kde si ženy nechávaly vyříznout vaječníky kvůli různým poruchám od epilepsie až po hysterické zvracení. Byla považována za terapii, která měla zabránit "morálnímu úpadku".

Podle historika medicíny Edwarda Shortera bylo provádění této život ohrožující operace u žen ospravedlněno údaji, které byly shromážděny bez statistické kontroly a které ukazovaly, že neúměrně velký počet duševně nemocných žen trpí pánevními lézemi. Například jedna studie provedená ruským gynekologem Valentinem Magnanem zjistila, že 35 z jeho 45 pacientek s duševní chorobou nebo hysterií mělo různé genitální léze a pouze 4 neměly žádné gynekologické abnormality.²⁴⁴ Samozřejmě,

tato zjištění byla bezvýznamná, protože chyběla kontrolní skupina, ale to bylo v době dávno před rozvojem medicíny založené na důkazech.

Lékařský svět tak rychle přijal tuto nebezpečnou a potenciálně smrtelnou léčbu a netrvalo dlouho a psychiatři doporučovali operaci "ve všech případech šílenství". Stala se natolik populární, že psychiatrické léčebny otevřely operační sály, kde chirurgové mohli chovankám odstranit vaječníky.²⁴⁵

Zastánci ovariectomie ji považovali za "jeden z nepřekonatelných triumfů chirurgie" a každého, kdo se snažil ženám tuto lékařsky nezbytnou léčbu odepřít, považovali za "málo humánního" a "vinného ze zločinného zanedbávání pacientů".²⁴⁶ Tento názor zastávali přední chirurgové té doby, včetně Lawsona Taita, jednoho z průkopníků tohoto zákroku. Odpůrci označovali operaci za "zhoubnou a strašnou"²⁴⁷ a chirurgy, kteří ji prováděli, za "gynekologické zvrhlíky"²⁴⁸.

Ani fingovaná operace, kterou provedl James Israel v Paříži v roce 1880, nestačila zkazit nadšení. Israel tvrdil, že vyléčil ženu provedením řezu a jeho zašitím, čímž dokázal placebo efekt a psychosomatickou povahu příznaků.²⁴⁹ Hegar jí však údajně ještě téhož roku provedl ovariectomii, aby ji vyléčil z neustálého zvracení. Hegar poté povzbudil německé chirurgy, aby tento zákrok přijali, což podle gynekologa a historika medicíny Johna Studda svědčí o tom, že byl považován za špičku medicíny.²⁵⁰

Ženy, které si osvojily tehdy populární reflexní teorii a začaly se upínat na své reprodukční orgány jako na zdroj svých duševních potíží, začaly předvádět

244 Shorter, E. *Od paralýzy k únavě: E.: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. Simon and Schuster, 2008: 210. <https://www.simonandschuster.ca/books/From-Paralysis-to-Fatigue/Edward-Shorter/9780029286678>.

245 "Odstraňování vaječníků atd. ve veřejných ústavech pro choromyslné." *Journal of the American Medical Association* XX, č. 9 (1893): 258-58. <https://doi.org/10.1001/jama.1893.02420360034006>.

246 Tamtéž (č. 243)

247 Tamtéž (č. 243)

248 Barnesby, N. *Lékařský chaos a kriminalita*. M. Kennerley, 1910. <https://catalog.libraries.psu.edu/catalog/39665261>.

249 Studd, J. "Ovariectomie při menstruačním šílenství a premenstruačním syndromu - historie 19. století a poučení pro současnou praxi." [In eng]. *Gynecol Endocrinol* 22, č. 8 (srpen 2006): 411-5. <https://doi.org/10.1080/09513590600881503>.

250 Tamtéž (č. 249)

gynekologové, kteří žádají, aby byli "Battey-ized" jako postup získal na popularitě.²⁵¹

Dr. William Goodell požadoval, aby se operace prováděla "ve všech případech šílenství", což byl názor, který podpořili i další, a ujistil své kolegy gynekology: "Goodell věřil, že taková žena je předurčena k tomu, aby "přenášela poskvrnu šílenství na své děti a děti svých dětí po mnoho generací"²⁵³.

Některé lékařské zprávy zahrnovaly i vlastní vyjádření spokojenosti žen, které operaci podstoupily. Jedna žena vyprávěla, že byla před operací tak zoufalá, že si málem vzala život, ale uvedla, že po odstranění zdravých vaječnicků je z ní "zdravá, šťastná a veselá dívka".²⁵⁴

Geroge H. Rohé, nadšenec pro ovariotomii, operoval celou řadu duševních poruch, včetně případů epilepsie, melancholie a hysterické mánie. Věřil, že jeho pacienti jsou schopni dát "platný souhlas" během "lucidních intervalů".²⁵⁵

Toto bezbřehé nadšení pro operaci nakonec vedlo k jejímu pádu. Vyšetřování v roce 1893, kdy bylo ve státní nemocnici pro choromyslné v Norristownu v Pensylvánii otevřeno chirurgické oddělení, kde se prováděla "oboustranná ooforektomie", jak se jinak říkalo ovariotomii, dospělo k závěru, že operace je "nezákonná... experimentální... brutální a nehumánní a nelze ji omluvit žádným rozumným důvodem". Tato zpráva znamenala začátek konce ovariotomie při léčbě duševních poruch.²⁵⁶ Přední gynekologové začali mluvit

v opozici. Koncem století se Batteyova firma operace byla z velké části zapomenuta.

Stejně jako v případě lobotomie by se měl lékařský svět poučit z neblahé historie ovariotomie. Chirurgové si měli uvědomit, jak nebezpečné je ukvapené zavádění nových postupů s hlubokými a celoživotními účinky na zranitelné pacienty. Navíc by to mělo lékaře upozornit na roli lékařského vlivu při utváření symptomů pacientek, často žen, které internalizují přesvědčení lékařů, což u nich vyvolává psychosomatické symptomy a hledají chirurgické řešení. A přesto je s podivem, že v 21. století opět pozorujeme další takovou událost, která se znepokojivě podobá omylu při ovariotomii.

Existuje mnoho nápadných paralel mezi chirurgy, kteří v 19. století odstraňovali ženám zdravé vaječnický jako léčbu duševních potíží, a dnešními lékaři WPATH, kteří prosazují, aby chirurgové odstraňovali zdravé prsy a reprodukční orgány dospívajících dívek a mladých žen také jako léčbu jejich duševních potíží.

I když byla ovariotomie od počátku strašlivě chybná, chirurgové alespoň začali s jistou mírou opatrnosti. Zárok byl zpočátku indikován u stavů, jako je menstruační šílenství, epilepsie, nymfomanie a masturbace, ale později se stal léčbou všech forem šílenství, včetně hysterie, psychiatrické epidemie té doby.

Stejnou trajektorii měly i postupy úpravy pohlaví u osob, které se identifikují jako transgender. Lékařská intervence byla zpočátku vyhrazena pouze pro nejtrvalejší případy pohlavní dysforie. Když se však aktivisté zmocnili WPATH, hormonální zásahy.

251 Shorter, E. Od paralýzy k únavě: E.: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. Simon and Schuster, 2008: 221. <https://www.simonandschuster.ca/books/From-Paralysis-to-Fatigue/Edward-Shorter/9780029286678>.

252 MacCormac, W., & Makins, G. H. Transactions of the International Medical Congress, Seventh Session, Held in London, August 2d to 9th, 1881. Svazek 4: JW Kolckmann, 1881. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015007091385&seq=315>.

253 Goodell, W. "Klinické poznámky o extirpaci vaječnicků při šílenství". American Journal of Psychiatry 38, no. 3 (1882). <https://sci-hub.ru/10.1176/ajp.38.3.294>.

254 Tamtéž (č. 243, s. 256).

255 Tamtéž (č. 243, s. 261).

256 Tamtéž (č. 243, s. 262).

se stala první linií léčby, protože psychoterapie, která měla pacientovi pomoci smířit se s jeho biologickým pohlavím, byla považována za konverzní terapii. Jak jsme viděli v diskusích v Aktech WPATH, dlouhodobé užívání testosteronu u žen vede k atrofii dělohy a nutnosti hysterektomie, přičemž některé se rozhodnou nechat si odstranit zdravé vaječníky spolu s dělohou. Lékařský útok na reprodukční orgány dospívajících dívek a zranitelných žen v 21. století sice přidal další krok na cestě, ale to neznamená, že by to byl méně závažný lékařský zločin.

Děsivá ozvěna minulosti zazněla na semináři o vývoji identity, když Ferrandová více než sto let po skončení skandálu s ovariíotomií diskutovala s kolegyňami z WPATH o "časné ooforektomii". Chirurg spojený s WPATH popisoval, jak mladým ženám vysvětloval, že s "časným odstraněním vaječníků" přichází potřeba celoživotních hormonálních doplňků pro zdraví kardiovaskulárního systému a kostí.

"Takže to jsou věci, na které myslíme u této kohorty 20letých žen, kterým odstraňujeme vaječníky," řekl Ferrando.

Stejně jako ovariíotomisté v minulosti nemá Ferrando při léčbě těchto mladých pacientek k dispozici žádné spolehlivé vědecké poznatky. Přehled literatury z roku 2019, který měl podpořit praxi odstraňování zdravých vaječníků mladých žen, které se identifikují jako muži, shledal podpůrné důkazy jako "nedostatečné" a popsal naléhavou potřebu výzkumu "metabolického a kardiovaskulárního rizika" těchto pacientek.²⁵⁷

Odstranění vaječníků viktoriánským ženám nezmírnilo jejich psychické problémy, protože jejich psychické potíže neměly kořeny ve vaječnicích. Podobně ani odstranění zdravých prsů a reprodukčních orgánů dnes často neřeší problémy, kterým čelí dospívající dívky a zranitelné ženy, z nichž mnohé si příliš pozdě uvědomují, že jejich duševní potíže souvisely s

souběžné psychiatrické poruchy, autismus, trauma nebo potíže s přijetím vznikající homosexuální orientace.

Stejně jako ženy v 19. století, které si osvojily narativ teorie reflexu, fixovaly se na své reprodukční orgány jako na hlavní příčinu svých duševních potíží a následně žádaly o operaci odstranění vaječníků, přijímají nyní zranitelné ženy a dívky v 21. století narativ moderního hnutí za práva transsexuálů, které jim říká, že pokud nenávidí své ženské tělo, je to známka potřeby chirurgické změny. Opět se fixují na své reprodukční orgány, tentokrát i na prsa, jako na zdroj svého trápení a hledají chirurgické řešení.

Podle Shorterovy analýzy představuje neochvějně přesvědčení, že člověk potřebuje chirurgický zákrok, psychosomatický symptom, kdy pacient spojuje své nejasné a znepokojujivé pocity do pevné diagnózy. Viktoriánské ženy pod vlivem převládající reflexní teorie vnímaly své různé pocity smutku a úzkosti prostřednictvím této kulturní perspektivy. Tyto příznaky si vykládaly jako příznak nezdravých vaječníků, a jakmile se o tomto přesvědčení přesvědčily, pevně věřily, že podstoupení ovariíotomie zmírní všechna jejich duševní trápení.

Mnoho dospívajících dívek si dnes vykládá své běžné pubertální potíže jako znamení, že jsou transsexuální, protože se na své trápení dívají kulturní optikou, která je učí, že jejich potíže jsou známkou toho, že se narodily ve špatném těle a že jediným řešením jsou procedury úpravy pohlaví. Jakmile se tohoto vysvětlení chytí, začnou se zabývat myšlenkou odstranění prsou a pohlavních orgánů a pevně věří, že tyto chirurgické zákroky zmírní všechny jejich emocionální potíže a přinesou jim zdraví a štěstí.

Proto členové WPATH, kteří takové myšlení podporují a usnadňují dospívajícím dívkám a mladým ženám v.

257 Reilly, Z. P., Fruhauf, T. F., & Martin, S. J. (2019). Barriers to Evidence-Based Transgender Care (Překážky v péči o transgender osoby založené na důkazech): Hysterektomie a ooforektomie: mezery ve znalostech o hysterektomii a ooforektomii potvrzující pohlaví. *Obstetrics & Gynecology*, 134(4), 714-717. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003472>.

mění svá těla na základě zcela nepodložených přesvědčení, se podobají gynekologům a psychiatrům 19. století, kteří umožnili ženám, aby si nechaly z lékařského hlediska zbytečně odstranit zdravé vaječníky.

Ovariotomii podporovalo mnoho nejuznávanějších chirurgů té doby, včetně J. Mariona Simse, Lawsons Taita a Spencera Wellse. Tato podpora dodávala zákroku auru důvěryhodnosti, přestože pro odstranění zdravých orgánů chybělo solidní vědecké zdůvodnění. Dnes chirurgické odstranění prsou a reprodukčních orgánů jako řešení psychických potíží žen podporují všechny významné americké lékařské asociace, přestože tyto zákroky rovněž postrádají solidní oporu ve vědeckém výzkumu.

Lékaři, kteří se stavěli proti ovariotomii, byli obviňováni z "nedostatku lidskosti" a "zločinného zanedbání péče o pacientky", ačkoli ve skutečnosti šlo o pseudovědecký, extrémně riskantní a zcela neúčinný zákrok. Lékaři, kteří se staví proti odstranění zdravých částí těla jako léku na genderovou dysforii, jsou očerňováni podobným způsobem a čelí obvinění z transfobie a nenávisti a možné ztrátě živobytí.

Chirurgové, kteří odstraňovali zdravé vaječníky, aby vyléčili duševní choroby, žili v době dávno před rozvojem medicíny založené na důkazech a přísných vědeckých standardech. Byl to divoký západ medicíny, kde chirurgové, nadšení novými možnostmi, které jim otevřel vynález anestetik, zkoušeli nové operační techniky bez jakéhokoli dohledu nebo regulace. Teprve když ovariotomisté překročili meze a otevřeli chirurgická oddělení v psychiatrických léčebnách, vyvolalo to všeobecné odsouzení a tato praxe byla ukončena.

Dnešní genderoví chirurgové však nemají pro své neetické chování žádnou omluvu. Od lékařů dnes očekáváme, že budou dodržovat přísné protokoly. Očekáváme randomizované kontrolované studie a pečlivé sledování.

Neexistují žádné takové studie, které by prokázaly, že odstranění zdravých prsou a reprodukčních orgánů dospívajících dívek a mladých žen je bezpečné, etické a účinné pro zmírnění jejich duševních potíží.

Lékařský experiment založený na neověřené víře byl v 19. století nepřijatelný. Dnes je to neodpustitelné.

Apotemnophilia

Případová studie srovnávající přání nechat si amputovat zdravé končetiny s přáním mít chirurgicky vytvořené abnormální genitálie

V roce 2000 se jeden skotský chirurg dostal na titulní stránku novin, když vyšlo najevo, že provedl amputaci nohou dvěma mužům, kteří byli fyzicky zdraví, ale trpěli psychiatrickým onemocněním známým jako apotemnofilie nebo dnes častěji označovaným jako porucha identity integrity těla (BIID).²⁵⁸

V roce 1997 amputoval Dr. Robert Smith ve Falkirk and District Royal Infirmary zdravou dolní končetinu jednomu muži a o dva roky později, v roce 1999, amputoval Smith zdravou nohu druhému muži.²⁵⁹ Měl amputovat nohu třetímu muži, Dr. Greggu Furthovi, dětskému psychologovi z New Yorku, když nemocniční etická komise prošetřila jeho jednání a rozhodla, že tyto zákroky jsou neetické. NHS mu odebrala finanční prostředky a Smith dostal zákaz dalšího mrzačení zdravých těl.

Dr. Russell Reid, psychiatr z Londýna, diagnostikoval u mužů "apotemnofilii", vzácný psychiatrický stav, který se vyznačuje intenzivní fixací na amputaci zdravých končetin. Obvykle se tato posedlost soustředí na jednu nohu, ačkoli někteří pacienti vyjadřují touhu odstranit obě nohy, ruku nebo občas konkrétní prsty na rukou či nohou. Je paradoxní, že lidé postižení touto poruchou tvrdí, že se necítí úplně se všemi čtyřmi končetinami nebo všemi deseti číslicemi, a domnívají se, že jejich pravá identita je identita amputovaného. Podle Dr. Reida,

258 "Chirurg obhajuje amputace." BBC News, 2000, http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/625680.stm.

259 Dyer, C. "Chirurg amputoval zdravé nohy." [In eng]. Bmj 320, č. 7231 (5. února 2000): 332. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127127/>.

tradiční psychoterapie "nedělá ani kousek z toho. rozdíl v těchto lidech."²⁶⁰

Mnozí badatelé, včetně Reida, si všimli zjevné paralely s transgenderismem nebo transsexualismem, jak byl znám na počátku roku 2000, kdy kontroverze kolem Smithových operací vyvolala vlnu zájmu o tento obskurní psychiatrický stav.^{261,262}

Termín apotemnofilie, doslova "láska k amputaci", zavedl v 70. letech 20. století nechvalně proslulý doktor John Money. Money si všiml erotické motivace mnoha nebo možná většiny těchto pacientů a zařadil tuto poruchu mezi parafilie, jinými slovy mezi sexuální deviace, a uznal, že tito jedinci dosahují sexuálního uspokojení tím, že fantazírují o tom, že jsou amputovaní, nebo se jimi skutečně stávají. Mnoho apotemnofilů trpí také tím, co Money označil jako akrotomofilii, tedy že je sexuálně přitahují amputovaní.

Smith popsal dvě amputace nohou, které provedl svým apotemnofilním pacientům, jako nejprínosnější operace své kariéry a uvedl, že necítil žádnou lítost nad tím, že vyhověl přání těchto mužů.²⁶³ Tvrdil, že tyto operace zachraňují život, a tvrdil, že apotemnofilové se buď pokusí provést amputaci sami, nebo se vydají na mimořádnou cestu, aby si sami způsobili zranění, například suchým ledem, pistolí nebo motorovou pilou, v zoufalé snaze donutit chirurga k amputaci.^{264,265}

V roce 1998 zaplatil 79letý Philip Bondy z New Yorku 10 000 dolarů Johnu Brownovi, chirurgovi z Tijuany, za to, že mu zaplatí.

mu byla amputována levá noha. O dva dny později zemřel na gangrénu a Brown byl obviněn z vraždy druhého stupně. Během Brownova soudního procesu zaznělo, že Bondy si přál amputovat nohu, aby uspokojil "sexuální touhu". Brown přišel o lékařskou licenci v roce 1977 poté, co tři pacienti málem zemřeli na následky operací změny pohlaví, které údajně prováděl například v garáži a v hotelu.²⁶⁶

Dalším případem je 55letý Američan, který si sám amputoval ruku pomocí podomácku vyrobené gilotiny.²⁶⁷ Další příklady lze nalézt v dokumentu Whole z roku 2003, kde byly uvedeny příběhy muže z Floridy, který se střelil do nohy tak, že mu musela být amputována, a muže z anglického Liverpoolu, který si nohu zabalil do suchého ledu. Ten svou amputaci nazval "operací na opravu těla".^{268,269} V dokumentu se objevil také Smith, který tvrdil, že odmítnutí amputace zdravé končetiny je porušením Hippokratovy přísahy. "Hippokratova přísaha říká, že nejdříve neublížíte svým pacientům," řekl, než pokračoval vysvětlením, že skutečnou škodou je odmítnutí pomoci takovému pacientovi, "ponechání ho ve stavu trvalého duševního utrpení", když by stačilo "žít spokojený a šťastný život", kdyby mu byla provedena amputace.

Tato neobvyklá psychiatrická porucha není nová. Od konce 19. století jsou v lékařské literatuře popisovány případy, kdy muže a ženy sexuálně přitahují lidé s amputovanými končetinami nebo lidé s jiným postižením, stejně jako lidé

260 "Naprostá posedlost." BBC Home, 2000, https://www.bbc.co.uk/science/horizon/1999/obsession_script.shtml.

261 Lawrence, A. A. "Klinické a teoretické paralely mezi touhou po amputaci končetin a poruchou pohlavní identity". [In eng]. Arch Sex Behav 35, no. 3 (Jun 2006): 263-78. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9026-6>.

262 Bailey, M. J., Hsu, K. J., & Jang, H. H. "Elaborating and Testing Erotic Target Identity Inversion Theory in Three Paraphilic Samples" (Rozpracování a testování teorie inverze identity erotického cíle u tří parafilních vzorků). Archives of Sexual Behavior (2023/07/06 2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02647-x>. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02647-x>.

263 Elliott, C. "Nový způsob, jak být šílený." Atlantic monthly (Boston, Mass.: 1971) (1. 12. 2000): 73-84.

264 "Odřezávání zdravých končetin na žádost pacientů." The Guardian, 2000, <https://www.theguardian.com/society/2000/feb/01/futureofthenhs.health>.

265 First, M. B. "Touha po amputaci končetiny: M.: Paraphilia, Psychosis, or a New Type of Identity Disorder." (Parafilie, psychóza nebo nový typ poruchy identity). [In eng]. Psychol Med 35, č. 6 (červen 2005): 919-28. <https://doi.org/10.1017/s0033291704003320>.

266 "Bývalý lékař souzený v případě amputace a fetišistické smrti." Tampa Bay Times, 1999, <https://www.tampabay.com/archive/1999/09/29/ex-doctor-tried-in-amputation-fetish-death/>.

269 Henig, R. M. "Ve válce se svým tělem se snaží oddělit končetiny." New York Times 22 (2005): F6. <https://www.nytimes.com/2005/03/22/health/psychology/at-war-with-their-bodies-they-seek-to-sever-limbs.html>.

- 267 Dua, A. (2010). Apotemnofilie: etické aspekty amputace zdravé končetiny. *J Med Ethics*, 36(2), 75-78. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.031070>
- 268 Gilbert, M. "Whole." 2003. <https://www.imdb.com/title/tt0429245/>.

- 269 Henig, R. M. "Ve válce se svým tělem se snaží oddělit končetiny." *New York Times* 22 (2005): F6. <https://www.nytimes.com/2005/03/22/health/psychology/at-war-with-their-bodies-they-seek-to-sever-limbs.html>.

kteří předstírají, že jsou postižení, nebo si přejí stát se postiženými.²⁷⁰ Ale teprve nástup internetové éry upozornil na tuto skupinu osob s tak neobvyklými sexuálními zájmy a online chatovací místnosti poskytly místo pro podobně smýšlející lidé se mohou scházet a sdílet své fantazie a touhy po amputaci.

Na internetu si říkají oddaní, předstírající a rádoby (DPW). Oddaní jsou lidé bez postižení, které sexuálně přitahují lidé s postižením; předstírači jsou lidé bez postižení, kteří hrají, že mají postižení, obvykle s pomocí berlí, invalidních vozíků a ortéz na nohy; a rádoby jsou lidé, kteří se skutečně chtějí stát postiženými.

Studie z roku 2005, kterou provedl Dr. Michael First na 52 osobách trpících BIID, zjistila, že hlavním důvodem touhy po amputaci zdravé končetiny byl pocit, že se tím "napraví nesoulad mezi anatomíí a pocitem 'pravého' já (identity) dané osoby"²⁷¹.

Mezi příklady odpovědí, které účastníci studie uvedli, patří: "[Po amputaci] bych měl identitu, za kterou jsem se vždycky považoval" a "Bez levé nohy se cítím úplný... jsem s ní příliš úplný". Nejvýrazněji se podobal výroku "narodil jsem se ve špatném těle", který se objevuje v dnešním hnutí za práva transsexuálů: "Mám pocit, že jsem se narodila ve špatném těle; že jsem úplná jen s vypnutou pravou rukou i nohou."²⁷²

Navzdory malému množství vědecké literatury, která naznačuje, že pro osoby trpící BIID je přínosem bezpečný přístup k amputaci, není v Severní Americe, a dokonce ani ve vyspělém světě, žádný chirurg ochotný provádět takové extrémní elektivní operace. Dokonce i v dnešní době

a věku, kdy jsou amputace genitálií a prsou schválené WPATH běžné a provádějí se dokonce i nezletilým, se většina lidí myšlenkou amputace zdravých končetin brání.

V diskuzním vlákně WPATH Files je zřejmé srovnání mezi BIID a genderovou dysforií, přičemž australský lékař poznamenává, že "je jasné, že tito jedinci vykazují některé charakteristiky podobné translidem". Ne všichni uvnitř WPATH však souhlasí.

Bowers byl na toto téma dotázán v dokumentu z roku 2022 a popřel jakoukoli podobnost mezi oběma poruchami, přičemž apotemnofilií označil za "mentální diagnózu a psychiatrický stav" a ty, kteří usilují o amputaci zdravé končetiny, označil za "blázný".²⁷³

Podobnosti jsou však zřejmé. V článku z roku 2005 v New York Times s titulkem At War With Their Bodies, They Seek to Sever Limbs (Ve válce se svými těly se snaží oddělit končetiny) doktor First, autor výše zmíněné studie z roku 2005, přirovnal amputaci zdravých končetin k operaci změny pohlaví. "Když byla v 50. letech 20. století provedena první změna pohlaví, vyvolalo to stejnou hrůzu," řekl First. "Chirurgové si kladli otázku: 'Jak mohu udělat tuhle věc někomu, kdo je normální?'" Dilema chirurga, který je požádán o amputaci zdravé končetiny, je podobné.²⁷⁴

Ale jak First poznamenal, tato analogie není dokonalá. "Jedna věc je říct, že někdo chce přejít z muže na ženu; oba tyto stavy jsou normální," řekl. "Chtít přejít z člověka se čtyřmi končetinami na člověka s amputovanými končetinami mi připadá problematictější. Taková myšlenka se běžným lidem nezdá."

Ačkoli existuje mnoho paralel s tradičními operacemi změny pohlaví, včetně podobností mezi nimi.

270 Bruno, R. L. "Oddaní, předstírači a rádobyodborníci: Dva případy faktického postižení." *Sexuality and Disability* 15, no. 4 (1997/12/01 1997): 243-60. <https://doi.org/10.1023/A:1024769330761>. <https://doi.org/10.1023/A:1024769330761>.

271 First, M. B. "Touha po amputaci končetiny: M.: Paraphilia, Psychosis, or a New Type of Identity Disorder." (Parafilie, psychóza nebo nový typ poruchy identity). [In eng]. *Psychol Med* 35, č. 6 (červen 2005): 919-28. <https://doi.org/10.1017/s0033291704003320>.

272 Tamtéž (č. 271)

273 "Co je to žena?" 2022. <https://www.dailywire.com/videos/what-is-a-woman>.

274 Henig, R. M. "Ve válce se svým tělem se snaží oddělit končetiny." *New York Times* 22 (2005): F6. <https://www.nytimes.com/2005/03/22/health/psychology/at-war-with-their-bodies-they-seek-to-sever-limbs.html>.

apotemnofilie a autogynefilie,²⁷⁵ což je parafilie, která vede některé muže k lékařským změnám pohlaví, lze možná najít bližší paralelu s těmi, kteří touží po úpravě svých zdravých mužských nebo ženských genitálií do abnormálních stavů, jako jsou operace nulifikace a bigenitální operace, a také s těmi, kteří se chtějí stát eunuchy.

Operace, které Satterwhite a jeho oddaní následovníci popisují v Aktech WPATH, zahrnují vytvoření typu těla, který v přírodě neexistuje, stejně jako přeměna čtyřnohého člověka na amputovaného vytváří typ těla, který je abnormální. To by mělo vyvolat pocit hrůzy u každého chirurga oddaného Hippokratově přísaze, nemluvě o všech tvůrcích politiky, pojišťovnách a široké veřejnosti.

Amputace zdravé končetiny je většinou považována za porušení Hippokratovy přísahy. Přesto se jedná alespoň o relativně jednoduchý chirurgický zákrok s malými komplikacemi a riziky a BIID je také uznávanou psychickou poruchou. Totéž se nedá říci o amputaci zdravých genitálií nebo o vytvoření druhé sady genitálií ve službách splnění cílů tělesné modifikace a prožitku "genderové euforie". Stejně tak apotemnofil, který podstoupí amputaci, může dostat protézu, která funguje poměrně dobře, ale neexistuje taková protéza, která by nahradila amputovaný penis.

V případě operací, které Satterwhite nabízí a o nichž se hovoří v dokumentech WPATH Files, chirurg amputuje zdravé pohlavní orgány muže, aby vytvořil hladké tělo bez pohlaví. Tato nesmyslná forma extrémní úpravy těla nejenže drasticky ovlivňuje sexuální funkce muže a ničí jeho schopnost zplodit děti, ale ovlivňuje také jeho močový a endokrinní systém, dvě životně důležité tělesné soustavy s dalekosáhlými důsledky pro jeho budoucí zdraví a pohodu.

Dále existují "bigenitální" operace, jako je "vaginoplastika zachovávající falus" a "vaginoplastika zachovávající vaginu", což jsou zákroky, o nichž se rovněž hovoří ve WPATH.

Soubory a prováděné chirurgie WPATH, jako je Satterwhite. Tyto operace, při nichž se vytváří nefunkční druhý pohlavní orgán, jsou spojeny s extrémně vysokým rizikem komplikací. Navíc takové radikální kosmetické operace budou mít dramatický dopad na zdraví pacienta a jeho schopnost navazovat dlouhodobé milostné vztahy.

Když tedy porovnáme škodlivý dopad, který mají operace znetvoření a operace bigenitálního pohlaví na sexuální identitu člověka, která je neodmyslitelnou součástí jeho lidství, spolu s riziky, která tyto operace přinášejí, je zřejmé, že lékařský zločin spáchaný chirurgy spojenými s WPATH je mnohem větší než zločin Dr. Roberta Smitha ve Skotsku v 90. letech 20. století. Etická komise NHS Smithovi oprávněně zakázala provádět další amputace a my vyzýváme, aby etická komise v každém městě v USA i na celém světě zakázaly WPATH péči zaměřenou na spotřebitele, kteří potvrzují pohlaví.

Další důležitý rozdíl je v reakci populárního tisku. Když byly odhaleny amputace provedené doktorem Smithem, byly zprávy převážně negativní. Rozhodnutí Falkirk and District Royal Infirmary zabránit Smithovi v provádění dalších amputací částečně souviselo s negativní publicitou. V dnešním mediálním prostředí jsou však nebinární identity oslavovány a genderově potvrzující péče je prezentována jako "život zachraňující". Články jen zřídka popisují specifika operací pohlavních orgánů, ale celkové vyznění je v dnešním mainstreamovém tisku trvale pozitivní. To pomáhá zvyšovat povědomí o těchto identitách a vyvolává touhu po operacích pohlavních orgánů. Kdyby v 90. letech 20. století tisk informoval příznivě o lidech s vrozenou amputovanou identitou a amputace rámoval jako lidské právo a záchranu života, je jisté možné, že by ve společnosti došlo k nárůstu počtu lidí, kteří se identifikují jako amputovaní a vyhledávají elektivní amputace.

Jak lidé toužící po amputaci končetin, tak lidé toužící po abnormálních genitáliích vyhledávají extrémní elektivní operace, aby sladili své tělo se svou subjektivní identitou.

Ale

275 Lawrence, A. A. "Klinické a teoretické paralely mezi touhou po amputaci končetin a poruchou pohlavní identity". [In eng]. Arch Sex Behav 35, no. 3 (Jun 2006): 263-78. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9026-6>.



původ tohoto vnitřního sebepojetí se zdá být velmi odlišný. Apotemnofilové často uvádějí, že v dětství viděli amputovaného a od té chvíle jsou posedlí myšlenkou být amputovaným. U mnoha z nich pak tato posedlost přerostla na počátku puberty v posedlost sexuální. Podobně autogynofilové uvádějí posedlost převlékáním se v dětství, nad rámec typického převlékání většiny dětí, a pocit vzrušení spojený se studem a rozpaky.²⁷⁶ Sexuální prvek podobně začal až v pubertě. Dokonce i "eunuchem identifikovaní" muži popsaní v bizarním sezení WPATH 2022 Eunuch byli s nepoměrně větší pravděpodobností vyrostli na farmách, a tudíž byli svědky kastrace zvířat. Johnson a Irwig si dokonce vypůjčili jazyk z internetových apotemnofilních komunit, když muže hledající "eunuchův klid" označili za "rádoby".²⁷⁷

Ale ti, kdo usilují o anulování a operace bigenitálií, se v dětství nikdy nesetkali s lidmi bez pohlavních orgánů nebo s oběma sadami pohlavních orgánů, protože takový typ člověka neexistoval, dokud nevznikl žánr genderové medicíny WPATH. Paralelu nelze vést s "intersexuálními" jedinci nebo lidmi s odlišnostmi v pohlavním vývoji (DSD), jak se takovým stavům dnes říká. Jedinci s DSD nemají žádné pohlavní orgány nebo obě sady pohlavních orgánů a mnozí v rámci intersexuální komunity považují toto srovnání za hluboce urážlivé.

Ačkoli není možné přeměnit muže v ženu obrácením penisu ani ženu v muže amputací prsou a vytvořením pseudopenisu z předloktí, jsou takové extrémní operace přinejmenším pokusem o nápravu, i když velmi zavádějícím, uznávaným psychiatrickým poruchou. Nebinární operace WPATH postrádají jakékoliv lékařské opodstatnění a jsou pouze extrémními tělesnými úpravami, které jsou zaměřeny na spotřebitele.

Inženýrství výšky dětí pomocí hormonů

Případová studie srovnávající minulé skandály dětských endokrinologů, kteří se pokoušeli korigovat výšku vysokých dětí.

dívek a malých chlapců s dnešním skandálem dětských endokrinologů, kteří se pokoušejí korigovat pohlavní nesoulad u dětí.

V 50. letech 20. století se dětské endokrinologové pustili do experimentu s cílem korigovat výšku abnormálně vysokých a nízkých dětí pomocí hormonů. Bylo to v počátcích endokrinologie, kdy endokrinologové měli pověst zázračných pracovníků. S objevem inzulínu toto nové a vzrušující odvětví medicíny vrátilo diabetiky z pokraje smrti a o několik let později použilo kortizon, aby umožnilo pohyblivost zmrzačeným artritikům.

Když byl vyvinut syntetický estrogen (DES) a vědci našli způsob, jak získat lidský růstový hormon (hGH) z hypofýzy mrtvých těl, dětské endokrinologové se nechali unést vzrušením z objevu a zaměřili se na "korekci" výšky vysokých dívek a nízkých chlapců.

Původně se tento experiment týkal pouze osob trpících zdravotními problémy, jako je gigantismus a trpasličí vzrůst. Endokrinologové však brzy rozšířili okruh pacientů i na zdravé děti, které neodpovídaly tehdejší výškovým standardům.

Navzdory nepřesným metodám předpovídání výšky, nedostatečnému výzkumu psychosociálních přínosů a naprosté absenci důkazů o dlouhodobé bezpečnosti a účinnosti byly této léčbě podrobeny tisíce zdravých dětí. Léčba však nepostrádala odpor, někteří zpochybňovali, zda je abnormální výška zdravotním problémem, nebo jen sociální překážkou.

Média sehrála důležitou roli při šíření informací o tomto novém a vzrušujícím řešení problémů s příliš vysokou nebo příliš nízkou postavou. Australský pediatr Norman Wettenhall stál v čele experimentu, jehož cílem bylo korigovat výšku dívek, které měly být vysoké. V roce 1964 australská média nekriticky informovala o jeho úspěchu při léčbě pětadvaceti vysokých dívek. V deníku Sydney Sun vyšel na titulní straně článek, v němž byly představeny "dvě australské dívky s upraveným růstem", které byly popsány jako

276 Lawrence, A. A. Muži uvěznění v mužských tělech: A.: Narratives of Autogynephilic Transsexualism. Springer Science & Business Media, 2012.

277 Tamtéž (č. 221)

jako "šťastné, hezké teenagerky, kterým estrogenová terapie zabránila vyrůst do trapné výšky".²⁷⁸ Tento a další články opomněly zmínit často vysilující vedlejší účinky léčby, mezi něž patřily přibývání na váze, deprese, silná nevolnost, cysty na vaječnících a spontánní laktace. Následovala vlna rodičů, kteří vyhledali léčbu pro své dcery, z nichž mnohé byly matky, které nebyly spokojené s vlastní vysokou postavou.

Zatímco Wettenhall prováděl svůj experiment v Austrálii, skupina výzkumníků v USA pod vedením Alfreda Wilhemiho, chemika z Yaleovy univerzity, hrubě zpracovávala hypofýzy odebrané z márníc, drtila je v mixéru a poté sušila na prášek, který se později aplikoval krátce narozeným dětem, z nichž většinu tvořili chlapci. Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) tento experiment povolil a NIH založil a financoval národní program sběru hypofyzárních vzorků. Nepravděpodobná koalice rodičů malých dětí a pilotů komerčních leteckých společností spolupracovala na shromažďování hypofýz od koronerů a jejich převozu, uložených v acetonu a na suchém ledu, do zpracovatelského závodu.²⁷⁹

V roce 1984 však došlo k tragédii. Lidé, kteří byli léčeni hGH, začali umírat na Creutzfeldt-Jakobovu nemoc (CJD), ničivou smrtelnou chorobu způsobenou prionem, který nebyl při zpracování odhalen.²⁸⁰ Zjistilo se, že obavy z toho, že injekce hGH mohou šířit CJD, byly po léta ignorovány.²⁸¹ hGH odvozený od hypofýzy byl rychle stažen z trhu a nahrazen přípravkem

ačkoli mnozí dětští endokrinologové zpočátku považovali zákaz za příliš přísný a přehnaný. Někteří rodiče si dokonce poté, co byli informováni o riziku, pořídili hGH získaný z hypofýzy z jiných zdrojů.²⁸²

Nyní existovaly neomezené zásoby syntetického lidského růstového hormonu a někteří dětští endokrinologové začali experimentovat s kombinací blokátorů puberty a hGH, aby dítěti poskytli více času na růst.

Genentech, farmaceutická společnost, která získala povolení FDA pro syntetický hGH, se rozhodla rozšířit jeho off-label použití pro léčbu zdravých dětí malého vzrůstu, financovala časopis, studie o růstu, sponzorovala sympozia, dvořila se dětským endokrinologům a financovala programy screeningu výšky v amerických školách.²⁸³ To nakonec vedlo k tomu, že Genentech se stal první farmaceutickou společností v historii, která čelila trestnímu stíhání ze strany FDA za nelegální propagaci off-label, což vedlo k jedné z největších finančních pokut, které kdy byly v tomto odvětví zaplacený.^{284,285}

Ve stejné době se začaly odhalovat škodlivé účinky estrogenové terapie, která byla spojována s rakovinou a poruchami reprodukčního systému.²⁸⁶ V roce 1976 vyšel v New York Times článek, který nebezpečí bagatelizoval a citoval dětského endokrinologa, který tvrdil, že terapie je pro vysoké dívky bezpečná, protože hormon obvykle užívají kratší dobu, a dalšího, který říkal, že "volba je být příliš vysoká, nebo podstoupit riziko, které téměř neexistuje."^{287,288}

278 Cohen, S. a Cosgrove, C. Normální za každou cenu: C.: "High Girls, Short Boys, and the Medical Industry's Quest to Manipulate Height" (Vysoké dívky, malí chlapci a snaha lékařského průmyslu manipulovat s výškou), 32. Penguin, 2009.

279 Tamtéž (č. 278, s. 78).

280 "Národní hormonální a hypofyzární program (Nhpp): Informace pro lidi léčené lidským růstovým hormonem." National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2021, <https://www.niddk.nih.gov/health-information/endocrine-diseases/national-hormone-pituitary-program>.

281 Tamtéž (č. 279, s. 275).

282 Tamtéž (č. 279, s. 143).

283 Tamtéž (č. 279 kap. 8)

284 Conrad, P. a Potter, D. "Lidský růstový hormon a pokušení biomedicínského vylepšení". *Sociology of Health & amp; Illness* 26, č. 2 (2004): 184-215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00386.x>.

285 Tamtéž (č. 279, s. 188).

286 Herbst, A. L., Ulfelder, H., & Poskanzer, D. C. "Adenokarcinom pochvy". *New England Journal of Medicine* 284, č. 16 (1971): 878-81. <https://doi.org/10.1056/nejm197104222841604>.

287 Ziel, H. K., & Finkle, W. D. "Zvýšené riziko karcinomu endometria u uživatelů konjugovaných estrogenů." [In eng]. *N Engl J Med* 293, č. 23 (4. prosince 1975): 1167-70. <https://doi.org/10.1056/nejm197512042932303>.

288 "Použití estrogenu jako inhibitoru růstu u příliš vysokých dívek je zpochybňováno." *The New York Times*, 1976, <https://www.nytimes.com/1976/02/11/>

[archives/the-use-of-estrogen-as-a-growth-inhibitor-in-overtall-girls-is.html](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/estrogen).

To se však ukázalo jako nepravdivé. Vyšetřování skandálu Tall Girls začalo v roce 2000. Výzkumníci sledovali stovky žen a zjistili vyšší míru ^{nepločnosti²⁸⁹} a zvýšené riziko endometriózy. Vědci v této skupině zaznamenali i výskyt rakoviny, ale vzhledem k malému vzorku nemohli vyvodit závěr o vlivu léčby na riziko vzniku rakoviny.²⁹⁰

Rovněž zatímco krátkodobé následné studie ^{291,292} prokázaly vysokou míru spokojenosti u dívek, které léčbu podstoupily, šetření v roce 2000 odhalilo, že 99,1 % žen, které léčbu nepodstoupily, bylo rádo, že hormon neužívalo, zatímco u těch, které léčbu podstoupily, byla míra lítosti 42,1 %, přičemž výzkumníci dospěli k závěru, že 56 % z nich bylo "méně než spokojeno".²⁹³ Mnozí z rodičů vyjádřili hlubokou vinu za to, co svým dcerám způsobili.

Zatímco vysoké dívky se stále potýkaly s problémy s plodností a poruchami reprodukčního systému a ty, které byly léčeny pomocí hGH odvozeného od hypofýzy, stále žily s potenciálním rozsudkem smrti nad hlavou, obor dětské endokrinologie se posunul k dalšímu bezohlednému experimentu, při němž se opět používaly hormonální zásahy k formování dětí podle genderových stereotypů. Tentokrát jejich pokus zahrnoval úplné přepsání toho, co znamená být člověkem, a naprosté ignorování biologické reality. Nové dobrodružství však bylo až děsivě podobné svému předchůdci.

V centru obou skandálů jsou zdravé děti, které se liší, které neodpovídají tomu, co je považováno za "normální" pro kulturu jejich konkrétní doby a místa, a lékařský svět je ochotný

zahájit experiment s cílem vytvořit normální stav. Pohlavní nonkonformita není o nic víc zdravotním problémem než vyšší nebo nižší než průměrná výška. Za zmínku stojí, že v obou skandálech vyzývají k experimentům na dětech dospělí, kteří jsou nespokojeni s aspekty svého vzhledu.

Zdravým dětem jsou také předepisovány léky, které nejsou označeny jako vhodné, aniž by byla známa jejich bezpečnost, účinnost nebo prospěšnost. Experiment s výškovou manipulační terapií však proběhl dávno před rozvojem medicíny založené na důkazech, kdy bylo běžné, že lékaři testovali své nápady na skupinách pacientů bez předchozího kontrolovaného testování. Ani u DES, ani u hGH neexistovaly žádné kontrolované studie nebo dlouhodobé sledovací studie předtím, než byly tyto léky zavedeny do širokého užívání, ale to bylo v té době normální.

Totéž platí pro experiment s potlačením puberty, který byl zaveden do všeobecné lékařské praxe na základě pochybných výsledků hluboce chybné studie, které se zúčastnilo pouze 55 dospívajících, přičemž psychologické údaje byly k dispozici pouze u 32 účastníků. Připomíná to Wettenhallovo tvrzení o úspěchu u pouhých 25 vysokých dívek, které vedlo k širokému rozšíření estrogenové terapie pro korekci výšky.

V původním nizozemském článku, který sponzorovala společnost Ferring Pharmaceuticals, výrobce blokátorů puberty, de Waal a Cohen-Kettenis dokonce hovoří o možnosti "manipulace s růstem". Pokud jde o výšku, vědci poukazují na to, že zatímco růstový spurt natální ženy bude zbrzděn, splynutí růstových plotének bude také opožděno. "Vzhledem k tomu, že samice jsou asi o 12 cm nižší než samci, můžeme zasáhnout pomocí růstově stimulujících

289 Venn, A., Bruinsma, F., Werther, G., Pyett, P., Baird, D., Jones, P., Rayner, J., & Lumley, J. "Oestrogen Treatment to Reduce the Adult Height of Tall Girls: Long-Term Effects on Fertility." (Dlouhodobé účinky na plodnost. *The Lancet* 364, č. 9444 (2004): 1513-18. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17274-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17274-7/fulltext).)

290 Tamtéž (č. 279, s. 345).

291 Crawford, J. D. "Léčba vysokých dívek estrogenem." *Pediatrics* 62, č. 6 (1978): 1189-95. <https://doi.org/10.1542/peds.62.6.1189>.

292 De Waal, W. J., Torn, M., De Muinck Keizer-Schrama, S. M., Aarsen, R. S., & Drop, S. L. "Long Term Sequelae of Sex Steroid Treatment in the Management

of Constitutionally Tall Stature". Archives of Disease in Childhood 73, no. 4 (1995): 311-15. <https://doi.org/10.1136/adc.73.4.311>. <https://dx.doi.org/10.1136/adc.73.4.311>.

- 293 Pyett, P., Rayner, J., Venn, A., Bruinsma, F., Werther, G., & Lumley, J. "Using Hormone Treatment to Reduce the Adult Height of Tall Girls: Jsou ženy s tímto rozhodnutím v pozdějším věku spokojeny?". Social Science & Medicine 61, č. 8 (2005/10/01/ 2005): 1629-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.016>.

léčba, aby se výška žen upravila na přijatelnou výšku mužů," domnívali se tehdy.²⁹⁴

U dívek, kterým byl podáván DES, se o mnoho let později vyskytla vysoká míra problémů s plodností a zvýšené riziko endometriózy. Endokrinologové, kteří hormon těmto dříve zdravým dívkám podávali, tyto vedlejší účinky nepředpokládali.

Je možné, ale jistě nepravděpodobné, že by Nizozemci výzkumníci, kteří se jako první pustili do výzkumu dospívajících

experimentu s modifikací pohlavních znaků také nepředpokládali, jaký dopad bude mít léčba na plodnost a sexuální funkce jejich pacientů. Dokumenty WPATH však ukazují, že odborníci na medicínu a duševní zdraví, kteří potvrzují pohlaví, jsou si dnes dobře vědomi škodlivého dopadu blokátorů puberty a hormonů na tento důležitý aspekt života svých mladých pacientů. Od diskusí o atrofii vagíny v důsledku dlouhodobého užívání testosteronu a popisů erekcí natálních mužů, kteří mají pocit "rozbitého skla", až po Bowersovy komentáře o natálních mužích, kterým hrozí celoživotní neplodnost a anorgasmie, dokumenty jasně ukazují, že členové WPATH vědí, že hormonální terapie zaměřená na různé pohlaví, kterou jejich profesní sdružení schvaluje, negativně ovlivňuje plodnost a sexuální funkce pacientů.

Stejně jako Wilhemi a jeho kolegové nepředpokládali, že by jejich léčba mohla potenciálně ohrozit životy jejich dosud zdravých pacientů, nepředpokládali nizozemští vědci ani to, že potlačení puberty povede k tragické smrti jednoho z původních účastníků studie.²⁹⁵ Stejně jako jejich předchůdci, kteří podávali kontaminovaný hGH zdravým dětem, i genderoví lékaři si byli vědomi toho, co Bowers ve spisech označuje jako "problematické výsledky operace", přinejmenším od roku 2005, ale to nestačilo k zastavení experimentu.²⁹⁶

Anekdota v dokumentech WPATH Files o rodiče, která zřejmě zemřela na rakovinu jater způsobenou dlouhodobým užíváním testosteronu, stejně jako případová studie 17leté dívky s rakovinou jater v časopise Lancet, rovněž připomínají krizi CJD a vyvolávají vážné obavy. Stejně jako noční můra CJD vyšla najevo až desítky let poté, co byly děti léčeny, můžeme v příštích letech čelit další takové katastrofě, protože se začnou projevat rizika dlouhodobého užívání testosteronu u žen.

V obou případech chybí kvalitní dlouhodobý výzkum. Během skandálu s výškovou modifikací prováděli lékaři krátkodobá sledování a hlásila vysokou míru spokojenosti. Následné studie provedené před dosažením věku, kdy by ženy mohly začít litovat, že ohrozily svou plodnost, však mají jen omezenou hodnotu. Dlouhodobá následná studie provedená v roce 2000 zjistila mnohem vyšší míru lítosti a nespokojenosti žen.

Stejně tak chybí dostatečné dlouhodobé údaje o hormonálních intervencích pro úpravu pohlavních znaků u dospívajících. Dnešní experiment má na mladé účastníky mnohem větší škodlivý dopad. Diskuse ve spisech ukazují, že WPATH si je vědoma, že tento léčebný protokol vytváří generaci sexuálně dysfunkčních mladých lidí.

Mnoho krátkodobých studií s vysokou mírou spokojenosti pacientů uvádějí kliničtí lékaři, kteří potvrzují pohlaví, jako důkaz, že postupy pro změnu pohlaví jsou prospěšné. Ty jsou však stejně nedostatečné jako krátkodobé studie během skandálu s modifikací výšky. Aby byly údaje hodnotné, musí genderoví lékaři sledovat své pacienty dlouho do dospělosti, kdy se projeví skutečný dopad obětování jejich plodnosti a sexuálních funkcí. Již nyní však pozorujeme podobný trend jako u vysokých dívek.

294 Tamtéž (č. 157)

295 Tamtéž (č. 74)

296 "Konsensuální zpráva o sympoziu v květnu 2005." gires, 2005, <https://www.gires.org.uk/consensus-report-on-symposium-in-may-2005/>.

experimentu: čím delší je doba sledování, tím vyšší je míra lítosti u intervencí zaměřených na změnu pohlaví.^{297,298}

Předběžná zjištění nizozemského dlouhodobého sledování již naznačují, že lítost nad plodností je významná.²⁹⁹

Během vyšetřování tragédie CJD britský soud konstatoval, že britské ministerstvo zdravotnictví mělo přijmout opatření v létě 1977 poté, co zaznělo varování před nákazou CJD, a australské vyšetřování stanovilo jako hraniční datum rok 1980. Je obtížné přesně určit, kdy si měli lékaři potvrzující pohlaví uvědomit, že jejich experiment s potlačení puberty způsobuje škody. Velmi brzy bylo zaznamenáno, že všechny nebo téměř všechny děti postupují k nevratným

hormony napříč pohlavími,³⁰⁰ a "problematické výsledky operací" byly ve vědecké literatuře zaznamenány již v roce 2008.³⁰¹ Pevnou hranici však lze vést se zjištěními systematických přehledů Švédska, Finska a Anglie z let 2019 a 2020.^{302,303,304} Každý z nich předcházeli komentářům Bowersové na fóru a komentářům panelistů na semináři Identity Evolution.

Jedním z nejvýraznějších rozdílů mezi oběma skandály je dopad terapie na budoucí šanci mladého člověka navázat dlouhodobý milostný vztah. Rodiče, kteří přihlašovali své děti na hormonální terapii pro úpravu výšky, tak činili v dobré víře, že se tím zvýší šance, že si jejich děti najdou romantického partnera, trvalou lásku a uzavřou manželství.

Naopak rodiče, kteří přihlašují své děti na

dnešní hormonální terapie pro změnu pohlavních znaků zřejmě neberou v úvahu skutečnost, že potenciálně ničí budoucí schopnost svého dítěte navazovat intimní vztahy. Nebo, což je pravděpodobnější, to sice berou v úvahu, ale jsou k tomu donuceni lži o přechodu nebo sebevraždě, kterou váhajícím rodičům říkají lékaři a odborníci na duševní zdraví potvrzující pohlaví.

Doba, po kterou měli mladí lidé užívat hormony, je také značně rozdílná. V případě experimentu s úpravou výšky mohly děti užívat hormony několik let, ale jakmile dosáhly své konečné dospělé výšky, léčba byla okamžitě ukončena. WPATH dnes prosazuje, aby dětští endokrinologové udělali z dospívajících celoživotní léčebné pacienty, kteří budou po zbytek života závislí na hormonech nesprávného pohlaví, aniž by existovaly důkazy, že je tento léčebný protokol bezpečný.

Kliničtí lékaři v 50. a 60. letech minulého století nemohli předvídat svět, ve kterém bude vysoký vzrůst pro ženy společensky přijatelný a dokonce obdivovaný, ani možnost, že by si velmi vysokí nebo velmi nízcí dospělí mohli vypěstovat odolnost, aby překonali své domnělé společenské znevýhodnění. Dnes členové WPATH nemohou předvídat, že jejich dospívající pacienti vyrostou, smíří se se svým rodným pohlavím a přestanou se identifikovat jako transgender, ale stále rostoucí počet detranziderů naznačuje, že to není vzácný jev. Mladí lidé, kterým lékaři pod vlivem WPATH trvale změnili tělo, však nemohou vrátit čas a napravit škody.

297 Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. "Access to Care and Frequency of Detransition among a Cohort Discharged by a Uk National Adult Gender Identity Clinic: (Retrospektivní přehled případů)." *BJPsych Open* 7, č. 6 (2021). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>. <https://dx.doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>.

298 Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. "Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach." (Přístup ke zlepšování kvality v ordinaci praktického lékaře). *Healthcare* 10, č. 1 (2022): 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>. <https://dx.doi.org/10.3390/healthcare10010121>.

299 Tamtéž (č. 48)

300 Tamtéž (č. 294)

301 Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. "The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights." [In eng]. *J Sex Med* 5, č. 8 (srpen 2008): 1892-7. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>.

302 "Genderová dysforie u dětí a dospívajících: "Přehled literatury." Švédská agentura pro hodnocení zdravotnických technologií a hodnocení sociálních služeb, 2019, <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/>.

303 "Lääkietieteelliset Menetelmät Sukupuolivariaatioihin Liittyvän Dysforian Hoidossa. Systemaattinen Katsaus." Summary, 2019, <https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Valmistelumuistion+Liite+1.+Kirjallisuuskatsaus.pdf/5ad0f362-8735-35cd-3e53-3d17a010f2b6/Valmistelumuistion+Liite+1.+Kirjallisuuskatsaus.pdf?t=1592317703000>.

304 Tamtéž (č. 160)

ZÁVĚR

Jak ukázala tato zpráva, WPATH není lékařská organizace. Nezabývá se vědeckým hledáním nejlepšího možného způsobu, jak pomoci zranitelným osobám, které trpí genderově podmíněnými potížemi. Místo toho se jedná o okrajovou skupinu aktivistických lékařů a výzkumníků, kteří se vydávají za lékařskou skupinu a obhajují bezohledný hormonální a chirurgický experiment prováděný na některých z nejzranitelnějších členů společnosti.

Bylo by trestné, kdyby chirurg přerušil míchu člověku, který se označil za kvadraplegika, nebo kdyby oslepil vidícího pacienta, který se označil za nevidomého. Stejně neetické je ničit zdravý reprodukční systém a amputovat zdravá prsa a genitálie duševně nemocným lidem. Učinit tak, aniž by se člověk nejprve pokusil překonat svou duševní nemoc, aniž by byl reálně připraven na vyčerpávající pooperační období nebo varován před celoživotním negativním vlivem. že zákroky budou mít vliv na jejich dlouhodobé zdraví a schopnost navazovat intimní vztahy, se rovná lékařskému zanedbání nejvyššího řádu.

Není tedy pochyb o tom, že jsme v současnosti svědky jednoho z největších zločinů v dějinách moderní medicíny. Skandál genderově pozitivní péče WPATH v sobě spojuje všechny prvky čtyř minulých lékařských přešlapů, které jsme popsali v našich případových studiích.

Lékařům nelze věřit, že se budou regulovat sami. I oni jsou lidé a mají stejné předsudky a zranitelnosti jako my ostatní. To platí zejména tehdy, když se prosadí skupinové myšlení a nesouhlas je umlčován. Když lékař vsadí na určitou léčbu svou pověst, může to vést k silnému střetu zájmů a potvrzení předpojatosti, což brání i těm nejkompetentnějším lékařům s dobrými úmysly vidět zjevné škody, které jsou pacientům způsobovány. Bowersovo tvrzení v deníku New York Times, že obor transgenderové medicíny je "stejně objektivní a zaměřený na výsledky jako kterýkoli jiný obor v medicíně", ukazuje, jak slepá je WPATH.

vedení je k realitě neetické organizace. přístup k medicíně.

Máme regulační orgány, které udržují etické standardy, a proto vyzýváme lékařské etické komise v USA i ve zbytku světa, aby urychleně provedly nezájaté, transparentní a přísné přezkoumání zásahů zaměřených na změnu pohlaví, které WPATH podporuje. Vyzýváme také APA, AMA, AAP a The Endocrine Society, aby odložily politiku stranou a odsoudily pseudovědecké a neetické lékařské praktiky WPATH.

Dále vyzýváme vládu USA, aby zahájila oficiální nestranné vyšetřování, jak je možné, že organizace, která takovým způsobem ignoruje lékařskou etiku a vědecký proces, vůbec získala pravomoc stanovovat celosvětové standardy péče v oblasti medicíny. Prosazujeme toto drastické opatření vzhledem k neoprávněné prestiži, nepatřičnému vlivu a z toho plynoucímu nebezpečí, které WPATH představuje.

WPATH neslouží žádnému účelu, nepřináší nic prospěšného pro oblast genderové medicíny a svádí odborníky v oblasti lékařství a duševního zdraví na scestí. Několik evropských zemí již od pokynů této skupiny upustilo, což ukazuje, do jaké míry se WPATH stala zastaralou.

Politický aktivismus a medicína by se nikdy neměly míchat. Organizace, která sleduje politické cíle, nesleduje zdraví pacientů. Spisy WPATH obsahují mnoho důkazů o tom, že tato organizace je aktivistickou, nikoli vědeckou skupinou. Od prohlášení profesora z Alerty, že trans zdravotní péče je o zpochybňování cisnormativity, až po Satterwhitea a jeho příznivce, kteří ignorují etické problémy nebinárních operací a soustředí se na důležitost používání politicky korektního jazyka, je jasné, že WPATH dává přednost politice před vědou.

Lékařský svět se sám koriguje otevřenou diskusí, vědeckou debatou a pečlivým zkoumáním. Žádný z těchto faktorů není v souborech WPATH přítomen. Namísto toho je zde politický diskurz a jazyková policie. Když se

někdo

klinický lékař zveřejnil studii o detranzitorech, prezident WPATH upozorňuje, že "uznání existence detranzitorech i v malé míře je pro mnoho lidí v naší komunitě považováno za nepřipustné". Vzhledem ke složitosti genderové medicíny, kontroverzím obklopujícím léčbu a drastickým, život měnícím účinkům hormonálních a chirurgických zákroků, které WPATH podporuje, je obzvláště znepokojující, že ontarijský rodinný lékař byl ve všech spisech jediným nesouhlasným hlasem.

Lékařská organizace, která se nedokáže postavit čelem k ničivým škodám, jež způsobuje její léčba, představuje nebezpečí pro pacienty, kterým údajně slouží. Neochota uznat oběti tohoto lékařského skandálu, odmítání uznat rostoucí počet důkazů, které ukazují, že rizika péče o pacienty s potvrzeným pohlavím výrazně převyšují jakýkoli údajný přínos, a extrémní přesvědčení mnoha jejích členů naznačují, že WPATH nikdy nebude schopna napravit svůj kurz. Interní komunikace ukazuje, že organizace je zkorumpovaná až do morku kostí.

V současné době zákonodárci, soudci, pojišťovny,

a poskytovatelé veřejného zdraví jsou v důsledku přerušeno řetězce důvěry podvedeni a důvěřují pokynům WPATH. Tyto zúčastněné strany si neuvědomují, že političtí aktivisté v rámci WPATH prosazují bezohledný, spotřebitelsky orientovaný přístup k extrémním tělesným úpravám na přání, a to i u nezletilých a těžce duševně nemocných osob. Z tohoto důvodu se domníváme, že lékařský svět musí směrnice WPATH odmítnout.

Genderová dysforie je složitý psychiatrický stav a neexistuje jednoduchá odpověď na otázku, jak nejlépe zmírnit bolest postižených. Pokus o nalezení takového řešení přesahuje rámec této zprávy. Je však možné s jednoznačnou jistotou konstatovat, že Světová odborná asociace transgenderového zdraví se nezasazuje o nejlepší možnou péči o tuto zranitelnou skupinu pacientů a škodlivý dopad činnosti WPATH v posledních dvou desetiletích učinil tuto organizaci nenapravitelnou. Nyní je nezbytné zahájit novou éru genderové medicíny, která bude upřednostňovat zdraví a blaho pacientů jako svůj hlavní cíl.

OBSAH

1. PROSTŘEDNICTVÍ PROSTŘEDNICTVÍ PRO MINISTERSTVA.....	73
2. MENTÁLNÍ HODNOTNÍ HOSPODÁŘSTVÍ.....	75
3. SURGICKÉ NEBO HEALTOVÉ KARE KOMPLIKACE.....	90
4. DE TRAN SPON DER N Í KON CEP CE.....	100
5. PUBLIKACE PŘEDPOKLÁDANÉHO PROSTŘEDKU.....	117
6. D O D A T E Č ň Ě N A T R A N S P E N D E N T N Í C H H E A L T C H K A R E C H	120
7. SURGICKÉ RISKY A PŘI ORETICKÉ RISKY NAPŘÍKLAD Ě P Ř Í S L U Š N Ý C H R I S K Ů	128
8. S P O L U P R Á V N Í P R O S T Ř E D K Y A V Ý S L E D K Y P O D P O R Y.....	131
9. V Ý Z N A M N É P O D M Í N K Y V E V Ý Z N A M N Ý C H M E D I C I N Á L N Í C H P O D M Í N K Á C H	134
10. V Ý Z N A M N É P O D M Í N K Y P R O P R A C O V N Í K Y.....	147
11. H Y G I E N E K O N C E R N S.....	150
12. N E S T A N D A R D N Í M E D I C K É P R O C E D U R Y.....	153
13. S L O V E N S K Á K O N C E R N E C.....	162
14. N E B I N A R N Í H O D O B R Ě H O P R O S T Ř E D K U N E B O P R O S T Ř E D K U	165
15. P Ř Í Č I N O U T R A N S I T U A E X P L O R A C E P R O T I R O Z V O J I.....	167
16. D Ě T S K É P R O S T Ř E D K Y.....	171
17. R E Z O U R C E P R O M I N O R S K É S T R Á N K Y N A T R A N S H E A L T C A R E.....	172
18. E V A L U A C E D I S P O Z I C I Í S E V E R I Á L N Í H O S P O D Á Ř S T V Í.....	174
19. B M I P O T Ř E B U J E P Ř I P O M Í N K Y P R O S T Ř E D N I C T V Í.....	176
20. V Ý Z N A M N É S P O L E Č N O S T I.....	180
21. E T I C K É G U I D E L I N Y K D O L E S K É M U K A R T U.....	182
22. V I D E O T R A N S K R I P T.....	184
23. A P P E N D I X : D O D A T E Č N É P O D M Í N K Y.....	216

Soubory WPATH jsou v plném znění uvedeny níže. Soubory jsme uspořádali pro lepší přístupnost, ale žádný materiál jsme neupravovali, neodstraňovali ani nepřidávali. Data jsou uvedena, pokud jsou k dispozici, a všechny diskuse proběhly v posledních čtyřech letech. Jména členů jsou redigována, s výjimkou prezidenta WPATH, chirurgů a dalších významných členů. Soubory jsou neupravené a nic z nich nebylo odstraněno ani přidáno.

1) OPERACE PRO POTVRZENÍ POHLAVÍ U NEZLETILÝCH

a) Členové WPATH diskutují o operaci přechodu u 14letého dítěte

DISCUSSION

14 years old trans female wants Gender Affirming Surgery

228 Discussion Views
3 Responses

Hello my dear Colleges, I would like to know how to proceed on a 14 years old trans female who started transition since she was 4. She wants to have Gender Affirming Surgery MIF and her parents are supporting her decision, But I have never done this on such a young patient.
What are your recommendations for this case???

Submit

Christine N. McGinn

As background, I have performed about 20 vaginoplasties in patients under 18 over the past 17 years. I currently am battling my hospital for the ability to continue to do so in certain cases where I feel it is sound medical practice based on the situation and the patient. I have never been sued. None of those patients have regretted their decision that I am aware of. Not all of these vaginoplasties had perfect outcomes. The majority of them did fantastic. The ones who had trouble usually had trouble following the dilation schedule and had vaginal stricture. Patients over 18 can have the same dilation difficulties. Even when patients had difficulties they did not regret surgery.

That said, I feel we need to be together on this topic as a professional society. So my advice is tread lightly here. I know that hospitals are more commonly banning under 18 surgeries as I hear desperate stories in my patients and from many of my peers I have queried. The ability to get surgery in the US before 18 is very limited because hospitals are preventing it and the aggressive attacks from the right have had a chilling effect on surgeons willingness.

I think we need a strong message that "gender surgeries" should not be lumped together and each specific surgery has its own discussion. For example a trach shave is not the same as Vaginoplasty.

I think we need to reject the argument that consent is impossible in a minor. My hospital performs all kinds of surgeries on minors without issue; they are singling these out because it is politically convenient.

I think we should strive for consensus regarding what a consent should look like for each of these surgeries.

Specific to Vaginoplasty, I have better success with dilation when the patient is at late 16 or 17. I would discourage Vaginoplasty surgery prior to that. In dealing with my hospital, I have offered to limit the under 18 surgery to 17. There is practical reason for this. Many of the bad outcomes are a direct result of rushing to get surgery before heading off to college/university. There are too many stressors in college that limit patients ability to dilate. For well prepared patients, I feel the ideal time in the US is surgery the summer before their last year of high school. I have heard many other surgeons echo this.

I also welcome appointments for the sole purpose of fact finding. I think it would be great for your 14 year old to hear about the surgery and what recovery is like and about hair removal if you require that. Conversations about surgery can be helpful at younger ages so that the parents and children can get their questions answered and navigate surgery and hormones as they relate to surgery. Perineoscrotal hypo plastia is also an important topic to discuss early.

Good luck with this challenging case and good for you to seek information from others!

Comment

 Marci L. Bowers [REDACTED]
I would not do it... Issue too immature, dilation routine too critical. Age 16 is the youngest I've EVER done though feel sometime before the end of high school does make some sense in that they are under the watch of parents in the home they grew up in, currently our standard is 18, though do agree this number is arbitrary, decision should be individual based on maturity.

Comment

[REDACTED]
We at Gr5 Montreal would not undertake a surgery at 14. Genital surgery is delayed until the patient reaches 18.

Comment

2) OBAVY O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

a) Členové WPATH diskutují o amputaci u pacientů s poruchou integrity těla (BIID)



b) Členové WPATH diskutují o traumatu a disociativních příkazech u trans pacientů

Trauma and the Presence of Dissociative Disorders in Trans Patients

Trauma is common among trans clients. Nonetheless, I was surprised to find that several of my clients met criteria for dissociative disorders, primarily OSDD. I was wondering if other people have noticed incidents of OSDD and DID among their trans clients, and whether there has been any difficulty with the system agreeing to transitioning medically, especially given that not all the alters have the same gender identity?

September 3, 2021

Submit

Hi [redacted] I do not know the statistics or correlation between gender variance or neurodiversity and DID/OSDD...but I still find it uncommon overall in my own practice. I think I believe I have had a total of 3 in the past five years. One had a conflict with gender ID/presentation within the system - was still working on navigating this when they switched to EMDR - I do not know outcome. I find it to be like family work :) One had an all male system but chose to not transition at all (AFAB), even socially. One I just cannot seem to recall but I believe they dropped out of treatment abruptly d/t family pressures. I do not believe I have ever been asked to write a letter for someone in this situation. Or if I did, the system was in agreement with medical transition - or they came to an understanding within themselves. My suspicion is that some are closeted about this aspect in the fear it will interfere with medical transition.

September 12, 2021

This is a really great point! I haven't seen any recent studies on the correlation between a positive transgender identification and dissociative disorders- but professionally (and personally) I have noted a high incidence of dissociative disorders amongst the community throughout both my interactions as both a social services worker and my personal connections within the community. (Yet, I will be the first to admit & challenge that my own experiences might be different, as an open transmasculine social work professional, I can be afforded a lot of trust from my predominantly LGBTQIAS2+ Clientele on that fact alone- thereby impacting the information I receive- as I have had numerous clientele presenting with OSDD/DID symptoms who admit that they didn't speak on the issue often with other social services members, fearing that this in conjunction with their perceived 'gender defiance' would make them appear 'too crazy'). I have found that with a diagnosis of OSDD/DID, clientele worry that they will be denied gender affirming medical procedures/interventions- a fear that has led to several of my trans clientele over the years, turning to black market gender affirming procedures/medication rather than attempting to go through the medical system.

September 15, 2021

Comment

I have felt good about calling it complicated PTSD, since trauma is the etiology and employers and spouses understand that as a mechanism. Also, I don't think surgeons would blink at that as much as DID. I would love to talk more offline as somehow I have 12 clients with DID and it seems there is a significant and important connection with gender diversity that I am now trying to screen for before starting hormones. This is because I have 2 such folks who after several years on hormones felt their decision to start hormones was colored by trauma and DID and now after more therapy and understanding wish they had dug deeper before starting hormones. This is a very small percentage but worth exploring in therapy prior to hormone approval.

September 26, 2021

With one client who had DID we worked on all alters giving consent to HRT before it was started. They had alters who were both male and female gender and it was imperative to get all alters who would be effected by HRT to be aware and consent to the changes. Ethically, if you do not get consent from all alters you have not really received consent and you may be open to being sued later, if they decide HRT or surgery was not in their best interest.

October 7, 2021

Comment

Thanks for raising this issue and for those who have responded.

I too have seen a relatively small but significant number of trans and gender diverse clients with DID; and have noticed an increase in the number of new clients with dissociative experience (cPTSD).

I am curious about how we collectively - clients, therapist, treating

physicians & surgeons - adequately respond to this. It concerns me that some individuals may not disclose for fear of denied access to treatment, yet I am also concerned about transition (even when all known parts/alters agree).

Is there a way those of us working with dissociative clients could work together to more fully describe the scope and approaches in this area?

October 17, 2021

Hi

I wondered if anyone responded to your request of working together in this area. I think you've raised this multiple times over the years. Gender health specialists really need to be working with clinicians with extensive experience in dissociation. I know these are both areas where you've worked extensively. I do not know if this new platform has the ability to create small groups, but if we could set up some sort of ongoing discussion on this topic it would be great.

November 11, 2021

Hello,

Would it be worthwhile to consider looking at the International Society for the Study of Trauma and Dissociation (<https://www.isst-d.org/>) and beginning a dialogue to see if there is something that can be looked at as a collective?

I have a large number of clients who have DDNOS/DID/c-PTSD or have dissociation on some level as part of their experience who are transitioning and are trans or gender diverse. I use EMDR in my practice and I have found that ISST-D to be helpful though not as inclusive as I would like. Would this be worth consideration and a potential way to define more approaches or interventions that are used/that could be talked about in this context?

October 17, 2021

Comment

I am grateful for your response, and I hope it prompts more discussion about this issue. Personally, I am pursuing training in treating trauma and dissociative disorders, as well as consulting with a specialist in these disorders, but it is difficult, and dissociative disorders are, after all, covert. I too would love to hear from others how we as clinicians and as clinical support teams can work with these clients to honor their gender identity and their fractured ego identities.

October 18, 2021

The concepts of adult autonomy and competency are important here. I work with people experiencing dissociative disorders and with people who are figuring out their gender/sex identity and with people who are experiencing both. These questions don't come up when a heterosexual cisgender person, who can afford it, requests lip-plumping procedures nor when a person living with DID requests such a procedure. Also, autonomy and competency questions arise in the case of an alter personality part or EP commits a crime. This conversation is important and, as others have mentioned, there is no one answer that applies to all.

October 21, 2021

Comment

This may not be exclusively for dissociative disorders, but in terms of different parts of the self that may hold various identities as consistent with IFS approach, there was a preconference training that was recorded by a few IFS and non-IFS experts on whether gender is a part, and how to navigate that when working with folks to make sure you're affirming them: Internal Family Systems and Trans Communities (<https://staffing.conferencescholar.com/p/internal-family-systems-and-trans-communities>)

October 24, 2021

Comment

Thank you! I look forward to viewing that!

January 16, 2022

We presented on the topic of people who identify as transgender and "plural" at this summer's American Psychological Association conference. There is a robust community developing of people who identify as "plural" and there are now "plural positivity" conferences. See pluralevents.org (<http://pluralevents.org>) for more information. Some individuals have plural make-up without any trauma (endogenous vs. traumogenic).

October 23, 2021

Comment

Thank you! I am excited to hear about your research and upcoming publications! I'm interested to know we understand the various experiences of plurality - and how that comes to be. Can you share some more about your thoughts about people having plural make-up without trauma?

January 16, 2022

Christine N. McGinn [REDACTED]
Hi.

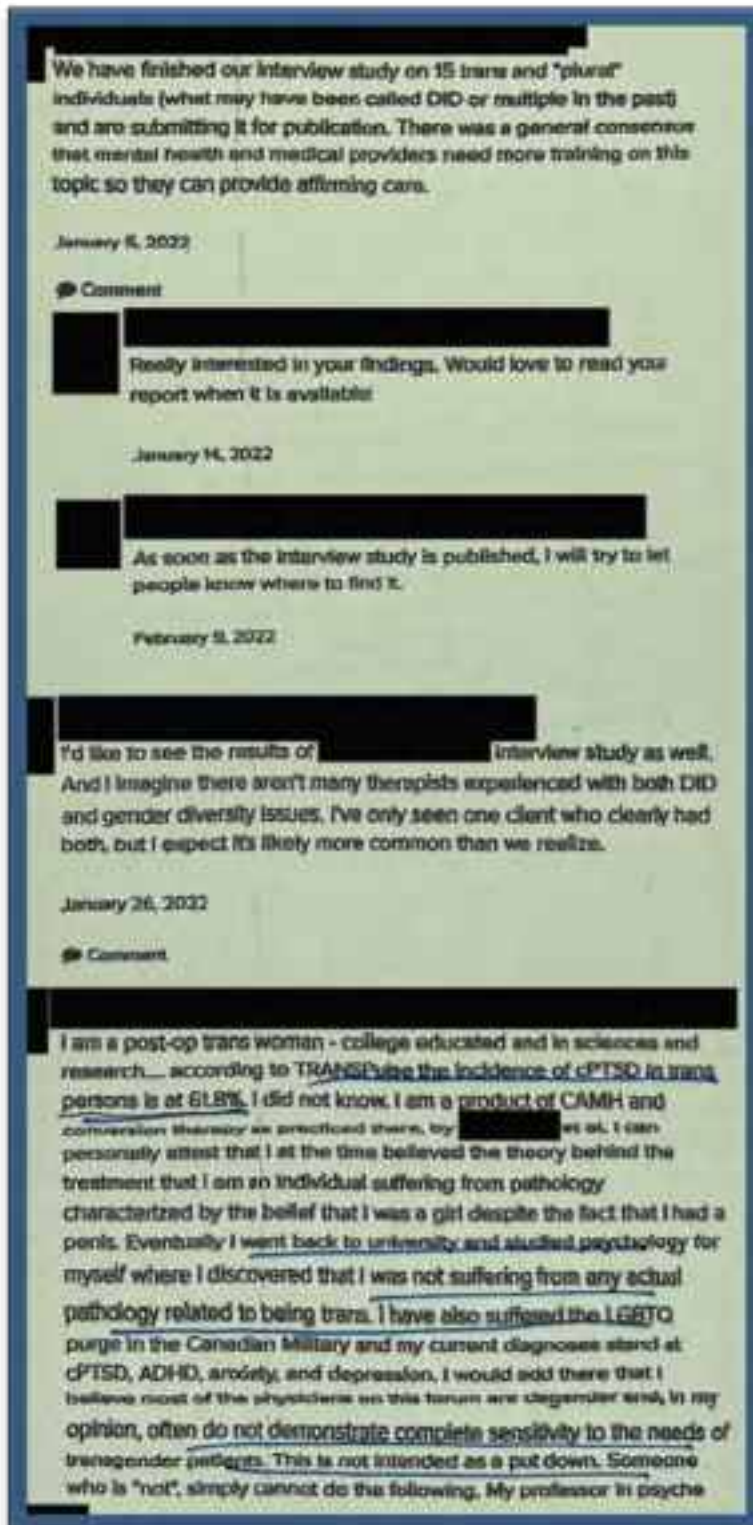
I have operated on three DID patients in the past. 2 of the three were self diagnosed with a stamp of a therapist and one was more

[REDACTED]

serious/obvious. 2 were vulvovaginoplasty and one was mastectomy (more serious case).


All three did ok out to the six month mark. I required an extra letter from a did specialist in all cases. I did a lot of extra hand holding on all three cases.

January 1, 2022



c) Členové WPATH diskutují o pacientovi s nediodnostikovanou poruchou nálady, který ohrožoval zdravotnický personál.

DISCUSSION

 **Communication about Dangerous Patients**

by **Thomas Satterwhite** [REDACTED]
 Founder/CEO

👁️ 1,137 Discussion Views
 ↩️ 7 Responses

I had a patient who became dangerous/threatening to our care team post-op, which ultimately ended in a restraining order. This patient had undiagnosed mood disorders that did not surface until post-op, after which, she travelled around the country to find other surgeons to provide care.

As a surgeon, I never want to violate a patient's rights or impede care in any way, but I also want to make my fellow surgeons aware of this past history.

When dealing with patients who have extreme negative interactions with a care team, whether it be due to a personality disorder, trauma, or any other factor, what can we do to communicate between physicians to let other surgeons know that there can be a potentially dangerous patient, in an appropriate medicolegal fashion?

[REDACTED]

[REDACTED]

This is a poignant and important dilemma. One way of navigating this may be to ask (and look at the literature on) what you would do if it was a patient who required other types of critical healthcare. For instance a patient that required ongoing heart-related healthcare but had been violent or otherwise difficult with providers. Another consideration is whether applicable privacy law in your jurisdiction permits you to reach out to colleagues in this way.

Not sure this qualifies, but I have had two "fall in love" (some poor likely obsession) and it was v hard to untangle things between us. I ended up consulting a psychiatrist for advice on how to terminate the relationship. They wanted a SM contract and I had to consult an SM person and learned the language about "contracts" per that milieu. In both cases, I was concerned about personal safety for a bit. There were no previous indicators available in both cases. I guess I could use advice on how best to detach when the relationship is no longer beneficial for either party.

Comment

Don H. Karasik [redacted]

In the US, I don't think you can reveal protected health information without consent of the patient, unless there is a specific threat to another person (e.g., with Tarasoff warnings). However, if the patient is seeking a revision or other follow up care, the new surgeon should require a release of information form to be signed to communicate with the original surgeon, and at that point the surgeons can discuss the threatening behavior.

Comment

[redacted]

[redacted] indeed, only possible with a signed information form.

[redacted]

if we get inside whatever state laws may be applicable, my understanding is that HIPAA permits disclosure of PHI between providers for treatment and coordination of care (link below in reference to mental health information specifically). I believe one course of action here would be to contact this patient's mental health letter writers, with whom you already have a coordination of care relationship. They should be notified that their patient has displayed symptoms of impaired mental health, particularly given that (1) these symptoms are relevant to surgical readiness and (2) they are the clinicians most likely to be asked to review m...

Read more

Comment

[redacted]

You are correct. The 2 provider evaluations you received is the informed consent and allows you to (unless the patient has provided you in writing a specific retraction of coordination of care) contact those 2 providers.

It's no different than a specialist getting a referral from a PCP and sending their note after consultation back to the PCP.

[redacted]

Hopefully a surgeon who assumed care of such a pt would reach out for previous records at which time all of this would be identified?

Comment

d) Členové WPATH diskutují o zahájení hormonální léčby u pacienta s traumatem

DISCUSSION

Initiating Hormone therapy in the midst of trauma focused therapy (TFT)

663 Discussion Views
4 Responses

I'm struggling with a patient (dx with PTSD, MDD with well documented, and observed dissociations). Moreover, a recent personality test suggested schizoid typical traits. They were referred to me to discuss HRT and eager to start. Psychiatry is recommending holding off, the patient is becoming more and more frustrated with me not moving forward with HRT. They are looking to me as a "trans expert" who is not helping them. My practice is based fully on the informed consent model however this case has me perplexed: struggling internally as to what is the right thing to do.

Submit

Dan H. Karasic

I'm missing why you are perplexed. Does the mental illness impair ability to give informed consent? Is there not persistent gender dysphoria? What is the nature of the dissociations, and do you believe it impairs ability to give informed consent? Why is the psychiatrist recommending holding off? The mere presence of psychiatric illness should not block a person's ability to start hormones if they have persistent gender dysphoria, capacity to consent, and the benefits of starting hormones outweigh the risks. Your client is under the care of a therapist and a psychiatrist (and presumably being treated for PTSD and depression), who can help manage emergent mental health symptoms. So why the internal struggle as to "the right thing to do"?

Comment

Understood,

But I don't see how HT would interfere negatively with the symptoms your patient is experiencing, nor with trauma focused therapy. In fact, withholding HT can make the patient experience more distress and thus intensified symptoms. I've had patients/clients with diagnosed DID, MDD, bipolar, schizophrenia, etc., who do just fine on HT. Think of it this way - would you deny a cisgender patient with the same psychiatric dx hormone therapy if they were hypogonadic? This is harm reduction and so doing nothing is not a "neutral option."

Comment

I agree with other comments. Start slow, be careful. With severe PTSD with dissociations, if the client isn't making progress with current psych, switch. They might have better ideas on calming the glutamate receptor such as use of NAC, Lithium, memantine to slow down the triggering and dissociation. It is good this client has someone who cares, which is the most important thing they need.

Comment

I agree with previous comments, and I strongly recommend reading this article on the matter: Kinnon R. MacKinnon, Daniel Grace, Stella L. Ng, Suzanne R. Sicchia & Lori E. Ross (2020): "I don't think they thought I was ready": How pre-transition assessments create care inequities for trans people with complex mental health in Canada, International Journal of Mental Health, DOI: 10.1080/00207411.2019.1711328 (Abstract (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.2019.1711328>))

e) Člen WPATH zpochybňuje připravenost pacientů s vážným duševním onemocněním na chirurgický zákrok.

DISCUSSION

Serious Mental Illness and Readiness for Medical/Surgical Transition

4,670 Discussion Views
5 Responses

I have several trans clients with serious mental illness. For example, bipolar disorder and autism or schizoaffective disorder. Even though these clients have a well-established trans gender identity, their likely stability post initiation of HRT or surgery is difficult to predict. What criteria do other people use to determine whether or not they can write a letter supporting surgical transition for this population? In particular, given the extensive recovery period and postnatal care required for vaginoplasty, have other clinicians found that their clients with serious mental illness can follow post-surgical dilation protocols?

Submit

Thank you for posting this [REDACTED]. I have a number of cases of folks with significant mental health issues (with various markers of "stability") including Autism Spectrum, PTSD/C-PTSD, Psychosis. I think part of our role is in treatment planning toward mental health sx stability pre and post medical interventions including surgery. In my mind this necessitates interdisciplinary, collaborative care and planning.

To be frank, I have a few who are (or will likely be) in a sort of holding pattern because of the lack of mental health and other support resources that I am recommending.

Does anyone know of literature on medical AND psychological outcomes for these/similar issues?

██████████

It depends on many factors that equally affect those without any psychiatric concerns - do they have a support system with actual humans to help them on a daily basis, do they have a safe place to recover, and do they understand instructions such as dilate, wash, monitor - or do they have one or two persons who can help? Also - autism is neurodivergence on a spectrum with variability in function but not classified as "serious mental illness." In addition, as gender affirmative practitioners, we always consider harm reduction as our primary lens - in other words, what will happen to these patients if they do NOT undergo their affirmative treatment, which is also a medical necessity?

In my practice, I have found that those with diagnosed psychiatric concerns, e.g., schizophrenia controlled by medication, usually have a prior support system of sorts and can get help. But I have also intervened on behalf of people who have been diagnosed with major depressive disorder, PTSD, homeless and got at least an orthectomy - which made a huge difference in their lives and put them on the road to emotional recovery and enabled them to seek assistance (and yes, they were successful). To me, the letter is an assessment of mental capacity to provide informed consent if such capacity clearly does not exist, the patient needs to be informed and a new appointment for changes in psychiatric meds or at least one discussion with their treating psychiatrist need to happen. I am personally not invested in the "well controlled" criterion phrase unless absolutely necessary, and I believe it's disappearing in the SOC v B version. Meanwhile, in the last 15 years I had to regrettably decline writing only one letter, mainly b/c the person evaluated was in active psychosis and hallucinated during the assessment session. Other than that - nothing - everyone got their assessment letter, insurance approval, and are living (presumably) happily ever after.

● Comment

██████████

Correct me if I'm wrong, but my impression is that the SOC7 recommend a letter stipulates: "While the SOC allow for an individualized approach to best meet a patient's health care needs, a criterion for all breast/chest and genital surgeries is documentation of persistent gender dysphoria by a qualified mental health professional." The letter of support is primarily to establish the primary/urable indication for surgery; gender dysphoria. And while this likely qualifies as an individualized approach, I'm concerned that denying necessary surgical care (even for the severely mentally ill) encroaches strongly on a patient's autonomy - presuming the patient in question has capacity to make their own medical decisions.

If you've already established persistent gender dysphoria to your own threshold of assessment, then the role of mental health here may simply be one of "optimization" rather than clearance. Any medical doctor would do the same prior to necessary operations by a surgeon as well. It would be great if every patient could be perfectly cleared prior to every surgical intervention, but at the end of the day it is a risk/benefit decision between you, the patient, the surgeon, and any other resources/family you can recruit to help promote the best outcome for the person(s) in question. If a patient can't follow a

dilation schedule, they may lose depth, but as long as they're capable of making that decision of sound mind while fully informed of the risks, then that may be all you can do. Please keep in mind that any surgeon should also be assessing for risks and ability for a person to recover optimally since they are more intimately familiar with post-operative complications, so you're not alone in your fear of complicated outcomes.

● Comment

It is my understanding that for top surgery (roughly) that medical and mental health issues need to be "reasonably well-controlled" and for genital surgery, the issues need to be "well-controlled" according to SOC 7. However, there is not a clear line on what well-controlled versus reasonably well-controlled are. It's a clinical judgment from the best I can tell, and I use consultations with my WPATH Mentors (they are so awesome and have so many years of experience to bounce things off of) to determine this if I have concerns. I think an interdisciplinary team approach to helping someone get what they need. Also, I like to adopt the "and" framework rather than the "or" framework for this. Someone can have schizophrenia and be ready for surgery... it is just a matter of what you see concerns are, communicating those concerns, and working in a patient-centered way with a team (ideally) to help them get to close to the goals as possible for surgery readiness. I also believe that collaboration with the surgeon(s) is ideal because their staff can help support with aftercare realities and a plan for pre and post-op care. I also am reminded that it has been pointed out to me that withholding care (letters of referral, etc.) is more problematic when compared to the provider's feelings about the potential for stability after surgery and/or difficulty with following through with aftercare instructions. Things like exploring minimal depth vaginoplasty are also an option. I say all of this in the most direct, confident and supportive way to help patients get what they need for care. Thank you!

● Comment

My feeling is that, in general, mental illness is not a reason to withhold needed medical care from clients. Doing so just increases the day-to-day level of distress these clients are called upon to manage, in the form of gender dysphoria. In contrast, receiving gender-affirming care can often significantly stabilize client's mental health.

My assumption is that you're asking this question because you're taking seriously your responsibility to care for and guide your clients. Unfortunately, though, I think the broader context in which this question even exists is one in which we, as mental health professionals, have been put inappropriately into gatekeeper roles. I'm not aware of any other medical procedure that requires the approval of a therapist. I think requiring this for trans clients is another way that our healthcare system positions gender-affirming care as "optional" or only for those who can prove they deserve it.

Even if your clients might struggle with some of the needs and challenges that come with surgeries, for example, I believe that they will likely be better off in the long run. More importantly, I also believe that they have the right to access that care if they choose.

3 CHIRURGICKÉ NEBO ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

a) Člen WPATH hlásí své obavy ohledně uretrálního ejakulátu svého pacienta.

DISCUSSION

Urethral ejaculate

Gender Affirming Surgery (474 members)

1272 Discussion Views
3 Responses

Hi everyone

I have a transgender patient who underwent full depth vaginoplasty a year ago (penile inversion technique). She notices an ejaculate with orgasm through her urethra that "smells like semen" and is bothersome. Although I am a gynecologist I assume this is residual prostatic secretions. Is there a solution? I have asked her surgeon as well if he has heard of this. Thanks!

Submit

Daniel D. Dugl

All the anatomic structures that produce semen (prostate, seminal vesicles) are still present after vaginoplasty. Typically people experience the greatest change in their fluid production when they start estrogen and block testosterone. After vaginoplasty, the muscles to expel the fluid are gone so the fluid won't come out as quickly, but they will likely have the same volume of fluid.

To my knowledge, there is no surgeon in the world that removes prostate and seminal vesicles at time of vaginoplasty—too invasive and risk of untreatable urinary incontinence. I don't think there is remedy.

Comment

Hi all,

As a woman of trans experience who had bottom surgery 40 years

ago, I say enjoy the ride. In my experience, it's the ultimate physical sign of orgasm...what's not to like?

Comment

Hello

With classic vaginoplasty, the prostate and the seminal vesicle remain in the body. Therefore, it is quite possible that during orgasm, seminal secretion, of course without sperm (because the testicles are removed), runs out of the urethra.

Comment

I suggest you consult your surgeon!

Patient may need revision Bbecause muscle of ejaculation did not cut it off.

Maybe testes still, and when patient is feeling they want to have sexual activity her canal will narrow, I guess!

Please return to surgeon and have physical examination.

Comment

It's true that the secretion from the prostate is still functioning after the surgery and some cases the transex hormone and the removal of testicles can lower the function of the prostate but in some cases have to wait for that result and some cases will bother the sexual activities. For the cases that have much water I have to inform the patients and accept it or use the cleaning gel to reduce the smell. Wait for other surgeons discussion.

Comment

Hello

Yes it is prostatic fluid, the only way to eliminate it would be by a prostatic resection with all the possible consequences that it comes with it. It is important to advice patients about this before surgery, so they know it could happen

b) Člen WPATH diskutuje o vzniku jaterních adenomů u klienta užívajícího testosteron/estrogen.

Hepatic adenomas and testosterone/estrogen

[Redacted]

Hi colleagues/friends: Wondering if anybody else has had to navigate the development of hepatic adenomas in a young person treated with testosterone and/or oral contraceptives. Without getting into too many patient-specific details, our team has a 16 y/o patient who was on norethindrone acetate for several years for menstrual suppression and who has been on testosterone for slightly over one year. Pt found to have two liver masses (hepatic adenomas) - 1x11cm and 7x7 cm- and the oncologist and surgeon both have indicated that the likely offending agent(s) are the hormones and have recommended the treatment ceases at this time to allow for regression of the masses. We are prepared to support the patient in any way we can (e.g. IUD, top surgery when medically stable, etc), however we are wondering if others have experience with this situation.

December 1, 2021

Submit

[Redacted]

I have one transition friend/colleague who, after about 8-10 years of T, developed hepatocarcinomas. To the best of my knowledge, it was linked to his hormonal treatment. He was in his midlife. Unfortunately I don't have much more details since it was so advanced that he opted for palliative care and died a couple months after.

February 24, 2022

c) Člen WPATH hlásí, že jeho mladá pacientka pociťuje vaginální bolesti při užívání testosteronu.

Vaginal pain in transmasculine patients on testosterone

[Redacted]

Hello, does anyone have insight on vaginal estrogens for vaginal/pelvic pain/spotting in patients on testosterone? I have a young patient on testosterone x 3 years who saw me after empiric PID treatment in the ER. None of his symptoms resolved, and all of his testing and imaging is normal. He has atrophy with the persistent yellow discharge we often see as a result. Amenorrhea for the past 3 years and using Premarin cream 0.625. The Premarin appears to have stopped working. Has anyone had luck with estrace tablets vs cream? Do you ever supplement with vaginal moisturizers or hyaluronic acid suppositories? Thank you very much.

March 24, 2022

Submit

[Redacted]

If you have a compounding pharmacy near by, compounded estriol cream works really well. I order 4 mg/gram and have them insert 1/4 gram daily for a week then 1-2 times a week thereafter. In my town, it costs \$45 for 30 grams that lasts several months.

April 2, 2022

Comment

[Redacted]

Thank you very much for your suggestion!

April 6, 2022

[Redacted]

I have found with a few patients, that topical/vaginal estrogens can help with some of the atrophic changes that may occur with testosterone. Some patients have developed pelvic floor dysfunction and even pain with orgasm and I have found that pelvic physiotherapy can also be helpful for that condition.

April 3, 2022

I developed vulval lichen planus and lichen sclerosis, 20 years after commencing testosterone treatment, and 17 years after hysterectomy. I had splits in the skin which bled, and were excruciating. I was initially told it was a consequence of using biological washing liquid, but a change made no difference. Eventually I took myself to the GUM clinic, the consultant sought advice from [REDACTED] who very kindly responded, suggesting an oestrogen (Ovestin 1 mg) cream. As a migraine sufferer, it was essential to minimise the treatment regime, as there is a raised risk of stroke. I used 5mg daily initially, until the conditions settled, then gradually reduced to a monthly maintenance treatment which I continued for a further 12 months. For the next 10 years or so, the condition used to reappear every few months. I would use the same treatment but only during the initial flare-up. It would take only a day or 2 to control the condition. So I have often silently thanked [REDACTED]. Gradually the conditions resolved entirely (I hope!) with no recurrence for the last 20 years. This seemed to coincide with my change from Sustanon 100 injections to 16.2mg/g x Testogel Pump. I then struggled with menopausal symptoms including extremely uncomfortable and visible hot flushes. These were resolved by increasing my daily dose from 40, 55mg to 11mg. To this day, if I forget to use the gel, I will have hot flushes by the evening. I wish we could do the same for the oral versions of lichen planus and sclerosis which have plagued me throughout my adult life. I often silently thank [REDACTED] for my sex life.

April 3, 2022

Comment

I used to have bleeding after penetrative sex. It would hurt to have an orgasm. My gynecologist initially prescribed estradiol cream. I was to put it on at night. The thing about the cream is that it gave me that "gush" of starting your cycle every morning. I have since switched to the estradiol ring. I change it every 3 months. My uterus atrophied also.

April 27, 2022

Comment

Unrelated, but for those with pain with orgasm only, I have two Trans men who have had success with taking lowest dose immediate release hyoscyamine 30-60 minutes prior to.

I have only 2 Trans male patients who preferred the compounded DHEA 10mg vaginal suppositories for atrophy, both because it has the coat of compounding and ideally it is done every day until goals of treatment are achieved and then most can go down to 3 times weekly.


Mostly I end up using DHEA for cis-females who have had breast cancer. The oncologists in my area are strict on not even vaginal estradiol after ER/PR positive breast cancer. It works well but again they do have to use more than once weekly on going.

May 1, 2022

[REDACTED]

I do not see this frequently, but definitely do see it. My patients often request topical testosterone, but as mentioned by [REDACTED], I am reluctant to do so because of systemic absorption. What I don't know is if the cause of the pain is from decreased blood flow leading to atrophy and scarring (akin to Peyronie's Disease) which may be managed by maintenance of blood flow from either more frequent erections or use of a PDE5 inhibitors, or from a direct hormonal issue which could be managed by topical testosterone. What confuses me is many of these transfemale patients still maintain detectable testosterone levels, while my hypogonadal cis-male patients do not complain of this.

February 23, 2022

 Comment

[REDACTED]

Have seen this a few times as I regularly ask about sexual health at follow up. I agree about the thoughts below about the atrophy and adjusting touch/sex with partners. Some address this with causing daily erections (I liken this to dilating for post vaginoplasty) and have tried testosterone 1% once with some success.

February 23, 2022

d) Členové WPATH diskutují o bolesti při erekci u pacienta užívajícího estrogeny

Pain with erection after starting estrogen/HRT

[REDACTED]

Question from one of our endocrinologists: *Just wondering if you have any insight as to why some transwomen may experience significant pain with erections post hormone therapy. I do think there are some tissue changes although would expect that to be more specifically related to the testes and take a few years to develop. I just spoke with someone who is only been on hormone therapy for 10 months but has had already at least 4 to 5 months of pain with any erections. She is planning on vaginoplasty but is slightly concerned that this may persist post surgery. I do not think that would be the case but have you heard this from any of the folks you have seen before or after surgery?

•

January 19, 2022

Responding first as a post-op trans woman myself. I certainly had pain with erections when I was taking estradiol before my surgery.

Erections were pretty uncommon during this period, and I tended to try to avoid having them because of this...even when they were not painful, they were physically uncomfortable and not pleasurable (not because of dysphoria, the issue was physical sensation). Since vaginoplasty (I'm four years out at this point) I've had no problem at all. Arousal is positive and without pain.

Speaking as a clinician, a portion of my trans feminine clients on HRT describe similar discomfort and/or pain. But no one I've ever talked to who is post-op has ever described this pain continuing.

My guess (and it's just a guess, I'm not a medical person) would be that the pain is related to erectile tissue in penis and that the removal

of that tissue during vaginoplasty addresses the problem.

January 23, 2022

I must say that our Transfeminine patients have not offered this complaint. I do have patient on estradiol who do desire erectile function. We try to balance or titrate Testosterone levels by attenuating Spironolactone or Estradiol to arrive a state of some preserved erectile function while maintaining estrogen effects as well. I have been treating transgendered patients since 1988 and I do not think any of my patients has offered this complaint. I will ask in the future.

February 16, 2022

Comment

In fact this is not an uncommon issue in my cohort of trans feminine patients. Colleagues have postulated it may be due to tissue atrophy. I and colleagues have found that the application of a small amount of 1% testosterone cream to the area seems to help quite a bit. Of course you do have to warn the patient that there will be some systemic absorption, so start with a very small amount and titrate against clinical effect and unwanted androgenic effects.

February 16, 2022

Comment

In my patients I see pain related to 2 different things. One is the tissue on the penis is thinner. So if they use their penis they and their partners need to try different ways to touch. The other patients that have pain it is usually related to not having erections for a while and then having an erection. The penis is not having those 5-6 spontaneous erections while they sleep. They will then go to have an erection and that tissue usually causes pain that my patients refer to as feeling like broken glass. Usually after having several erections in a row it gets better. I just warn them about these possibilities.

February 17, 2022

Comment

I have seen many hundreds of trans women and confess, similar to [redacted] I have not encountered this as a complaint (other than a patient with Peyronie's disease or a penile fracture from trauma).

February 17, 2022

[REDACTED]

The transgender people under my surveillance do not complain about this matter. However, I confess that I never asked them about it. It is in my personal protocol from now.

February 22, 2022

Comment

[REDACTED]

I do not see this frequently, but definitely do see it. My patients often request topical testosterone, but as mentioned by [REDACTED], I am reluctant to do so because of systemic absorption. What I don't know is if the cause of the pain is from decreased blood flow leading to atrophy and scarring (akin to Peyronie's Disease) which may be managed by maintenance of blood flow from either more frequent erections or use of a PDE5 inhibitors, or from a direct hormonal issue which could be managed by topical testosterone. What confuses me is many of these transfemale patients still maintain detectable testosterone levels, while my hypogonadal cis-male patients do not complain of this.

February 23, 2022

Comment

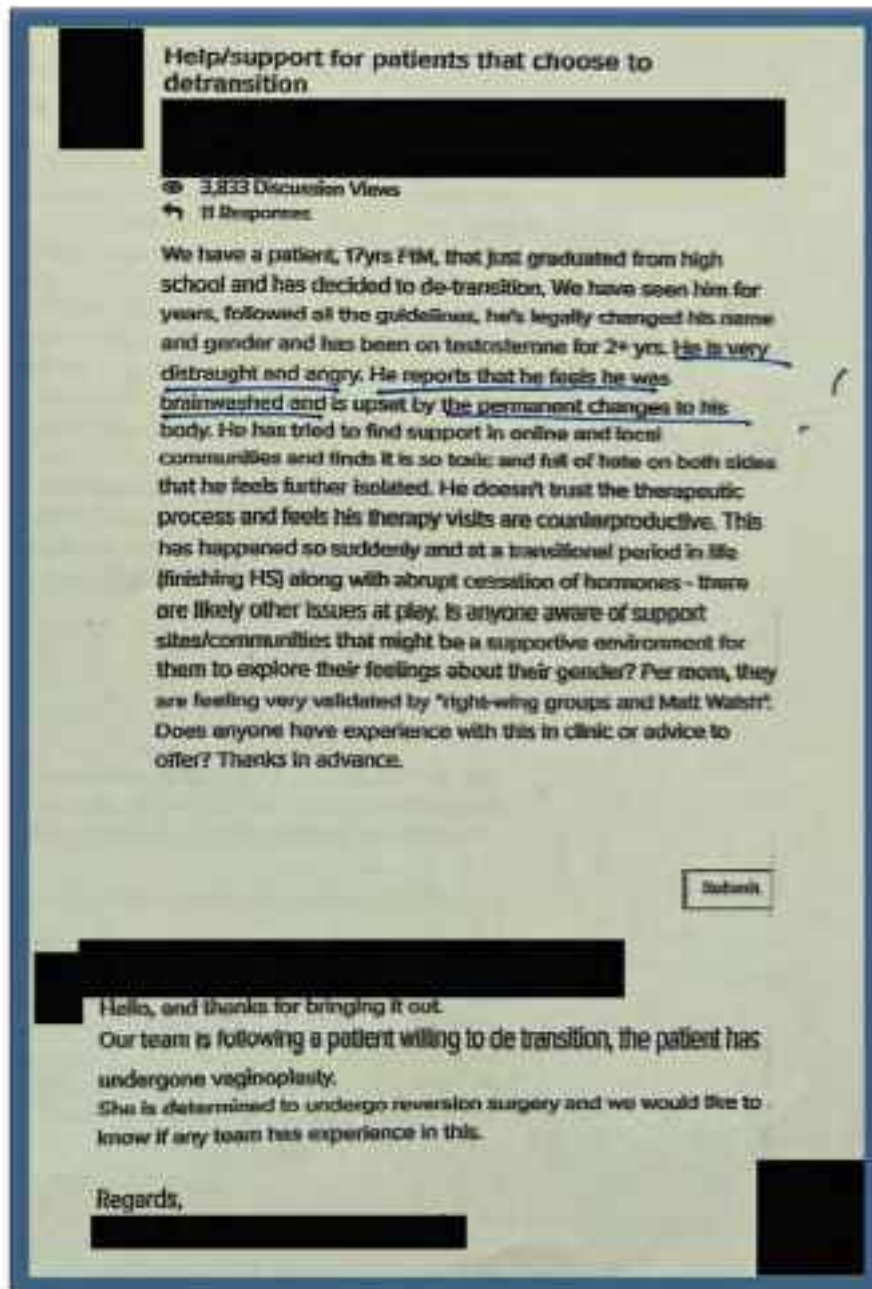
[REDACTED]

Have seen this a few times as I regularly ask about sexual health at follow up, I agree about the thoughts below about the atrophy and adjusting touch/sex with partners. Some address this with causing daily erections (I liken this to dilating for post vaginoplasty) and have tried testosterone 1% once with some success.

February 23, 2022

4 OBAVY Z PŘECHODU

a) Člen WPATH hlásí pacienta, který uvádí, že se při přechodu cítí "vymytý".



I have a patient I am currently seeing in psychotherapy who is also in high school and, medically at least, has opted to pursue a similar path. However, throughout discussion on this change in course with me and with his parents (also AFAB), he is framing it quite differently. Instead of even using the term "detransition," he is simply describing this as a turn in his gender journey. He does not regret the course he has taken so far, and acknowledges that he was the driver in getting him to this point. He also has had a very supportive environment (home, school, friends, therapy) that has allowed him to appreciate his ability to have agency in his journey, but simply says that, for now at least, he needs to take a breath, pause the T, and see how that feels to him (e.g., will it feel gender-congruent). I don't have any suggestions for any group, as this young person has found what he needs in his support network and has not expressed a need for any additional support group. I would, however, be very interested in any suggestions others may have for your person.

Comment

Maybe this young person needs to engage in anti-trans platforms as a place where she (pronoun?) can connect with her anger and feel less alone. The isolation you describe is pretty typical I think, which is why I am considering starting a support group (if there are enough people interested in joining). I worked with a 15 year old who detransitioned after being on T for more than 2 years and having top surgery. She was very angry and actively engaged in anti-trans online groups. In her case, as well as with the 20 year old I am currently working with, they believe their issue was really body dysmorphia rather than gender dysphoria, and both had presented as being very appropriate for hormones and surgery. I don't know what to recommend for your patient, especially since it sounds like she believes therapy is counterproductive. If I end up starting a support group, however, I would be happy to talk with you about whether she might benefit from joining.

Thanks,

Comment

Hi there, I am not a medical professional - I'm just a queer therapist who specializes in working with queer people, including those who navigate the transition process and gender affirming procedures.

I want to offer this portion of my response as a disclaimer: While I've supported people who've detransitioned or just experience fluidity in their gender over time, I've never witnessed someone claiming to be brunetashed. In my experience, these stories have come from people who have an active agenda against the rights of trans people and a truly insignificant number of people who've detransitioned and believe that their singular experience is part of a greater conspiracy to "turn the kids gay/trans". I think in this case it's also important to critically

consider what goes in to truly "brainwashing" someone. I'm sure you'd agree - that it's unlikely an entire network of mental and health care professionals over the span of this youth's adolescence have created a system sophisticated enough to collaborate in brainwashing a child in to transitioning. The barriers for a youth transitioning are so hard to navigate as it is, especially in a republican state like Utah where you practice.

I'm surprised to hear that this person has had difficulty finding support for detransitioners, as there's a growing number of "non-partisan" advocacy groups worldwide specifically offering support for detransitioners. They are so meticulous about how they present themselves and the language they choose, that it would be hard to identify them as "full of hate" (see the Society for Evidence-based Gender Medicine, the Gender Exploratory Therapy Association, and the International Association of Therapists for Gender and Detransitioners). In fact, they would be ecstatic to offer a "brainwashed detransitioner" support and in turn appropriate their story for their own gain. I feel uncomfortable mentioning these organizations since I don't endorse any of them, but maybe this is the avenue this family is looking for. The latter two associations I listed have membership databases of therapists who support detransitioners. But rather to this, any adequate mental health professional, queer or not, should be able to support someone detransitioning if they simply practice from a person-centered perspective.

So I guess instead of advice, I'm more so challenging the idea that those who believe they've been brainwashed into transitioning are actually lacking support, because there's a highly publicized movement of anti-trans (aka far right wing politicians) who would gladly support this person. I fear that, based on their admiration of Matt Walsh, they might simply be making claims that support their narrative. Mental health professionals are legally bound to ethical codes that require them to provide non-coercive support services (however, I know there are many different interpretations especially in places that don't explicitly ban conversion therapy etc). But regardless, there is no lack of professionals who'd be willing to support this person as best they can.

Comment

Helo - I am [redacted]

and also personally connected with many detransitioners and detransition communities online. You could send along my team's social media accounts where we are sharing personal narratives of detransition from our study [redacted]. You could also email me and I will share a link to a [post-ivermectin-inclusive detransitioners \(Record\) server](#) which offers support to individuals of all ages (most members are in the late teens to 30s). Unfortunately there are very few formal support resources for this population. [redacted]

Comment

I do not have direct experience with a rejection of this particular process, but do have experience with such events in psychotherapy. I have observed people's lead into a rejection of family, or family's belief system, or even indoctrination, and it seems the person is clear, and firmly, convinced of the rightness of their course. Then a reversal occurs. Sometimes the family has seemed supportive of the individual's fight for self-representation and self-determination. In my

experience both dimensions were not as they appeared to me. The person is not as firmly committed to our direction, and the encounter with the likely consequences in family or family group. And, the family was not as sincere or wholehearted in commitment to the individual's declaration of self. I have, at times, been seen as the instigator of the individual's decisions—even up to a renunciation of family or family values and beliefs. Or, if not, an colluder or collaborator in such a reaction. It is an unpleasant experience. I know that I do not take leadership in these situations, I follow my patient's direction. Still, I know, that I have a strong effect of acknowledging and supporting autonomy and the human right to self-determination. If the individual's conflict, and the family's have not been acknowledged and worked through, then it is easier to default to the explanation, espoused by some in the world outside the family, that the person was influenced, misled, even guided into behaviors that comply with practitioners' supposed ideology. That this, of course, happens in life, makes it harder to refuse. In any case, rebuttal has little effect because the person, and/or family, are using practitioners as authorities to rebel against and claim have manipulated and harmed them. Beyond offering that interpretation of what is happening, at least to the individual involved, there is little I know to do.

Comment

This reads to me as a pt who feels they have lost agency around their transition, and it's likely that therapy is the most appropriate place for them to explore this (as for support communities, I don't personally have referrals). I want to start with the fact that I don't have experience with this exact scenario and I am coming from a MH perspective, but analogously in therapy with depressed pts whose symptoms improve in treatment and suddenly decide they ever had depression to begin with, thus wanting to abandon the very treatment that provided this relief. My approach with these pts tends to be best received by taking them at their word on their experience -- assuring them that I do not doubt them personally AND will provide them with appropriate care termination pathways. Following that with information about what clinicians know from research and clinical experience: that this experience is not rare, and a portion of depressed pts (de/re-transitioners) followed over time do end up relapsing (returning to transitioning, re-experiencing dysphoria in this analogy), and frequently cite symptom relief and a desire to be "normal"/"well" (or in the case of de/re-transitioning, various external pressures/stressors) as the ultimate reason for abruptly stopping tx, when continuation of care may have been a more appropriate choice. Clearly that the team would be remiss in their clinical duty if they didn't explore the possibility that this may occur for the current pt and provide the pt with the option to continue contact with the tx team to safely end treatment and provide the best tools possible to return to care in the future. Again, my intention was not doubting the pt, but because you are doing your due diligence as a trained, knowledgeable provider. It's important to strike the balance between your expert knowledge in your domain, and their authority in their own internal experience in maintaining the therapeutic relationship. Sharing the team's experience of this change appearing suddenly opens the floor to asking them if this was equally sudden for them, or if they have felt that their tx team has been an unsafe place to discuss doubts they've had for a long time. Re-establishing an alignment of tx goals, affirming that you can support them in their decision to end tx is the healthiest way possible should that be their ultimate decision) can prevent an adverse reaction stemming from their perceived lack of support. Exploring options for partial de-transition or healthy re-transition can

give them the space they are desperately seeking to explore what this experience means to them and helps establish their care team as the space where they can openly discuss it. It might also open them up to the reality check that political pundits are not neutral support, even if their work resonates and affirms that they are allowed to explore what about the work of those pundits does resonate, openly with their treatment team. Additionally contrasting that the treatment team is not ideologically or politically motivated, but oath-bound to provide care in the best interest of their pt based on the best research available.

Explicitly state that the tx team's goal isn't to advocate for transitioning or de/tra-transitioning, but to help the pt figure out the best path for themselves and support them in that, and if the pt feels they haven't been heard in some way that the team wants to give them space to tell them how and why. If the pt had experiences with the team where they felt their concerns about transition or thoughts of de/tra-transition were not taken seriously in the past, it is important to affirm that the team will put in effort to rectify that, if the trust is completely gone, maybe the team can offer a referral to an alternate therapist or clinic? Hopefully this will give the pt room to explore their concerns, and help the team determine the appropriate course of tx. Should the discussion result in de/tra-transition and termination of tx, it would be important for the team to provide resources for the possibility of returning to transition, again because it is developmentally and clinically indicated, not because you expect this specific person to do something they have clearly expressed a desire that they do not want to do. It is important that this is addressed as an entire team, especially with the MFT provider(s). I hope this is a helpful conceptualization, I'm unsure if others might be able to provide more evidence-based approaches or referrals in contrast to my more clinical reflection.

Comment

[REDACTED]

I have done some research around individuals wishing to detransition. I know many have found a subreddit, r/detrans to be a supportive community for them to find others with a shared experience. Unfortunately there aren't many established support groups for detransitioners, but some are finding success plugging into other local mental health support groups or other online forums like the one mentioned. I may be able to get you information about at least one specific online support group via our online forum if interested, I hope this helps.

Comment

[REDACTED]

Attachment

Thank you for the responses. This was just published and might be helpful/informative to others interested in this topic PMID: 35877120 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35877120>), Full text (<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2794543>).

b) Člen WPATH diskutuje o nové studii jiného člena WPATH o detranzitorech

Survey Results of 100 Detransitioners

1 Attachment

Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-021-02163-w> –
 by WPATH Member Lisa Littman, MD, MPH

Abstract
 The study's purpose was to describe a population of individuals who experienced gender dysphoria, chose to undergo medical and/or surgical transition and then detransitioned by discontinuing medications, having surgery to reverse the effects of transition, or both. Recruitment information with a link to an anonymous survey was shared on social media, professional listservs, and via snowball sampling. Sixty-nine percent of the 100 participants were natal female and 31.0% were natal male. Reasons for detransitioning were varied and included: experiencing discrimination (23.0%); becoming more comfortable identifying as their natal sex (60.0%); having concerns about potential medical complications from transitioning (49.0%); and coming to the view that their gender dysphoria was caused by something specific such as trauma, abuse, or a mental health condition (38.0%). Homophobia or difficulty accepting themselves as lesbian, gay, or bisexual was expressed by 23.0% as a reason for transition and subsequent detransition. The majority (55.0%) felt that they did not receive an adequate evaluation from a doctor or mental health professional before starting transition and only 24.0% of respondents informed their clinicians that they had detransitioned. There are many different reasons and experiences leading to detransition. More research is needed to understand this population, determine the prevalence of detransition as an outcome of transition, meet the medical and psychological needs of this population, and better

inform the process of evaluation and counseling prior to transition.

What has your experience been with caring for individuals who detransition or are thinking about detransitioning? How can we work to better support this population and future research in this area?

October 19, 2021

Thanks for sharing super useful

November 3, 2021

Comment

You are very welcome.

November 10, 2021

Thanks for posing this. Ten years ago, I had about 8-10 trans adult patients (all natal males) in my general practice. I learned so much through looking after them! I now have had about the same number of patients (a different and younger cohort) mostly natal females who are expressing regret and seeking help for related issues such as natal hormone treatment, fertility and childbearing cessation and so on. It's remarkable how my tiny sample looks so much like what is being described in the UK. I am in Canada.

There are rich resources in my academic city for trans youth but I struggle to find specialists who can help address the needs of this recent "detrans" group. And they are not confused, just frustrated. I am asking them to help me build a network of resources and providers using their social media connections. Once again, they are teaching me so much!

November 8, 2021

Comment

Perhaps the people at The Gender Care Consumer Advocacy Network (GCCAN), founded in late 2019, which "seeks to empower recipients of gender transition-related care to become healthy and whole" can help direct you. Their detransition members may have suggested therapists. Their website is here <https://www.gccan.org> (<https://www.gccan.org>)

November 10, 2021

My thought is that the framing around "detransition" is really important. Given the history of pathologizing and medicalizing transgender identity, this idea of detransition often makes it feel like a mistake has been made in some capacity. This is often used to justify further increasing barriers to accessing care, or unintentionally furthering the belief that as providers, we should gatekeep access to medical transition. I'm not saying this is what you're saying of course, it's just what I hear about often in the media and by providers who don't have significant experience working with transgender patients.

And when I think about the ways we are trying to move toward destigmatization and informed-consent models of trans health care, I think it's important to emphasize the way it is okay for gender and interest in medical options to change over time for each individual. I think about the many "irreversible" procedures that we allow adults to easily access in our society (cis-gender people getting plastic surgery, tattoos, etc.). And for example, the rates of surgical regret for cis-gender people getting plastic surgery (like breast augmentation) is not used as a reason why we should create more barriers for cis-gender people having (informed) access to surgery. The most recent study I saw examining post-surgical regret for cis-gender women getting breast augmentation was 47.2% expressed mild, moderate, or strong surgical regret.

And then interpersonally, the people I know who have "detransitioned" by medical standards have stopped taking hormones because they had medical complications (DVT/PE, hypertension, etc.), or hate needles, or originally took hormones to get some of the irreversible changes (eg. voice change) but never intended to stay on them long term. All of those people would be considered "detransitioners" but didn't feel like they made a mistake.

To get back to your original question on how to support patients thinking about this, I think the best we can do is support each individual and be careful with how we let this be framed by the general public. Learning new things about your gender or what you want from your medical care should be something to be celebrated, and we don't have to see it as a mistake that was made. Of course, if an individual patient feels that they made a mistake, we can support them through that as well, but hopefully we can be careful with not letting that change the way others receive care. Those are just my general thoughts!

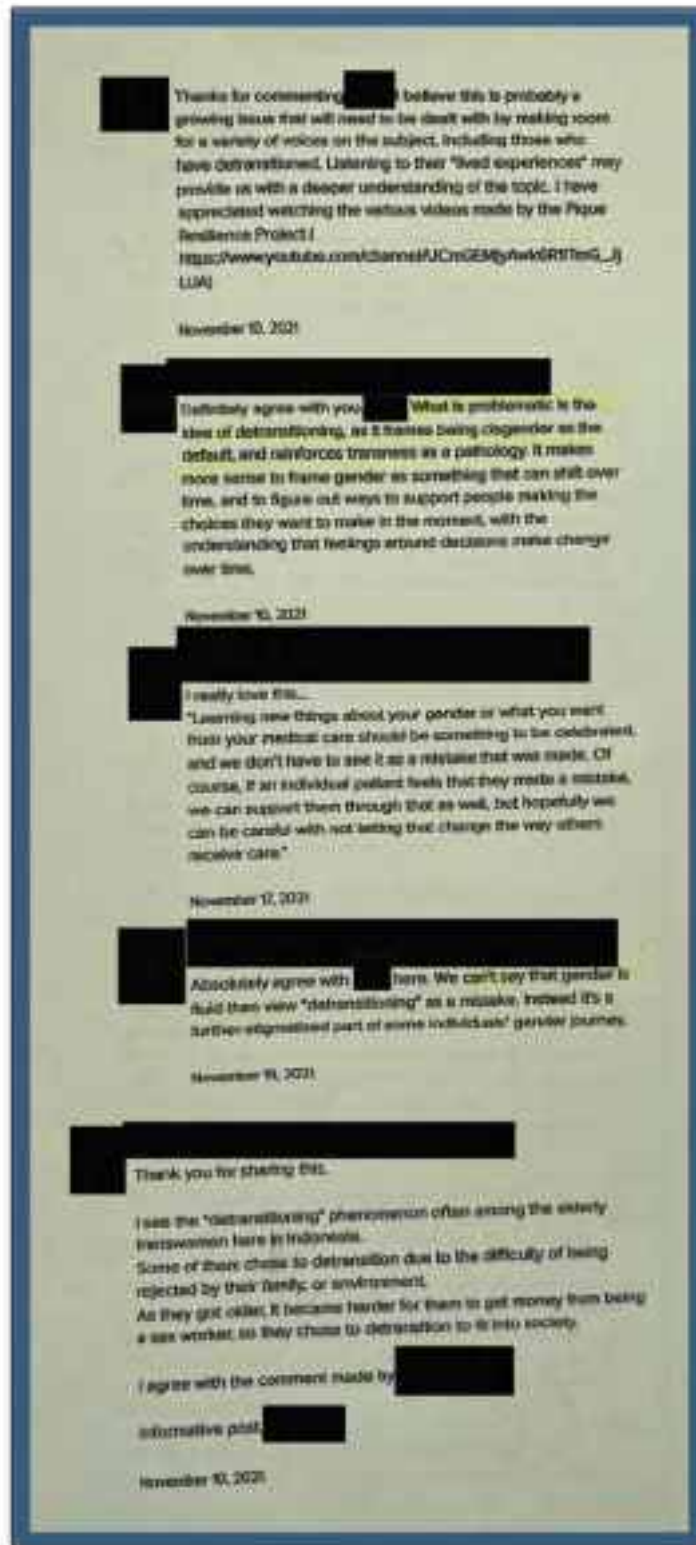
November 6, 2021

Comment

I second the comment above. The framing of what "detransition" means is very important. I have had a number of patients plan to have permanent changes to voice, grow facial hair and then stop injections. Most topical testosterone formulations are not covered for some. Others had breast development, laser therapy and are comfortable off Estradiol. I'm not sure how we contextualize those patients as compared to others that feel their gender identity may be more non-binary/fluid and want to stop medications or surgical treatments. Lots to understand here.

I second the comment above. The framing of what "detransition" means is very important. I have had a number of patients plan to have permanent changes to voice, grow facial hair and then stop injections. Most topical Testosterone formulations are not covered for some. Others had breast development, laser therapy and are comfortable off Estradiol. I'm not sure how we contextualize those patients as compared to others that feel their gender identity may be more non-binary/fluid and want to stop medications or surgical treatments. Lots to understand here.

November 10, 2021



Comment

Thanks a lot for bringing up this important topic, and I really agree with you that there is a danger in allowing a misleading framing like "detransition means the transition was inappropriate in the first place" to propagate. Importantly, we should note here that Litman's recruitment methods are extraordinarily skewed and the results should therefore be treated with extreme caution, and in my view, we should focus on more reliable studies for this discussion.

Like I have some serious concerns about how these kinds of "findings" are weaponized against trans healthcare. Aside from the enormous risks in the political sphere, there's also a nuther, but I think equally serious risk at the level of individual patients -- it is seeking to prevent regret, the possibility of detransition (with or without regret) is used to raise the threshold for patient autonomy higher than "here" informed consent, patients will already feel unable to explore with their gender specialist any doubts or worries about interventions and/or their gender identity. Therefore, in addition to causing more trans people to be steered west they need, those patients most likely to actually end up with regrets about their transition and/or interventions will be less informed when consenting, and are more likely to undergo a treatment despite doubts. In my local trans community, I know quite a number of people who underwent serious and invasive surgery they do not want because it was made a precondition of gender recognition and, at the time, this effectively meant it was a required part of any transitional treatment pathway (Dutch Name/Government apologies to transgender people forced to accept mutilation), as well as many who regret that their medical team, for them, too "boring" because they were (or at least felt) required to express certainty to access care. Does the fear of regret matter less because avoiding it would have resulted in "more" violation of discrimination not less as in the imagined would-be cis detransitioners?

In the end, individuals are entitled to make their own choices, and while medical systems and professionals can and should help them avoid mistakes, the power dynamic between a gender specialist and their patients, and between cis and trans people more generally, means that some mistakes are valued higher than others - that retroactively not providing care to a trans person in case they regret it is assumed to be less harmful than granting a mistake required for treatment, is just a symptom of that power dynamic. Encouraging patients to express their doubts, to make sure they're making a truly informed decision, will be impossible as long as those doubts are given weight over and above the conclusions the patient draws for himself about the relevance of those doubts.

What I'm trying to say is that people considering transition "do" need help in working out what that transition should even be for them, what is right for them, and indeed considerations like what options are socially safer than others, etc. But trans communities have a long history of being disbelieved and mistreated by medical personnel, transition-related needs are often very urgent by the time the person starts to seek help, and the threat of being access to care can motivate trans people to acquiesce to treatments we "know" we don't want, so it can definitely motivate us to hate doubts that, were they able to be properly explored, may point out ways in which the individual's needs can better be met without a particular treatment that they would later regret. But it won't get explored if that's the assumption, if the risk of regretting an action is given more weight

than the risk of regretting inaction.

So the first thing we can do to support detransitioners, retransitioners and everyone, is to make discussing doubts and complexity a normal part of the gender consult and not something that will prevent the patient from making their own informed choice. Another thing we need to do is to investigate what detransitioners want, because at present the focus of much research seems to be to use their existence to invalidate that of (other) trans people. Do they want interventions to reverse something? Are they just re-rejecting the gender binary after being shoved from one end of it to the other? If so, do they need ~~medical/~~ legal/psychological support to do so? How can we reduce the discrimination against transitioning/ed people that often precipitates a (temporary?) detransition? Most of all, how can we support detransitioners to benefit from the experience, to help them celebrate and implement the self-knowledge they've gained, and not to see themselves as "traitors" to trans people or to their AGAB, "failures" or "mistakes"?

Your original response:

Thanks all for bringing up this important topic, and [redacted] I fully agree with you that there is a danger in allowing a misleading framing like "detransition means the transition was inappropriate in the first place" to propagate. Importantly, we should note here that Libman's recruitment methods are extraordinarily skewed and the results should therefore be treated with extreme caution. She is not the Champion of detransitioners she would like to think, and in my view, discussions centering on her work will not help anyone, and we should focus on more reliable sources.

Like [redacted] I have some serious concerns about how these kinds of "findings" are weaponised against trans healthcare. Aside from the enormous risks in the political sphere, there's also a subtle, but I think equally serious risk at the level of individual patients – it, in seeking to prevent regret, the possibility of detransition (with or without regret) is used to raise the threshold for patient autonomy higher than "more" informed consent, patients will simply feel unable to explore with their gender specialist any doubts or worries about interventions and/or their gender identity. Therefore, in addition to causing more trans people to be denied care they need, those patients most likely to actually end up with regrets about their transition and/or interventions will be less informed when consenting, and are more likely to undergo a treatment despite doubts. In my local trans community, I know quite a number of people who underwent serious and invasive surgery they did not want because it was made a precondition of gender recognition and, at the time, this effectively meant it was a required part of any transitional treatment pathway (Dutch News: Government apologises to transgender people forced to accept sterilisation), as well as many who regret that their transition was, for them, too "binary" because they were (or at least felt) required to express certainty to access care. Does this kind of regret matter less because avoiding it would have resulted in "more" violation of cisgenderism (not less as in the imagined world-of-cis detransitioner)?

In the end, individuals are entitled to make their own mistakes, and while medical systems and professionals can and should help them avoid mistakes, the power dynamic between a gender specialist and their patients, and between cis and trans people more generally, means that some mistakes are valued higher than others – that mistakenly not providing care to a trans person in case they regret it is assumed to be less harmful than granting a mistaken request for treatment, is just a symptom of that power dynamic. Encouraging

patients to express their doubts, to make sure they're making a truly informed decision, will be impossible as long as those doubts are given weight over and above the conclusions the patient draws for themselves about the relevance of those doubts.

What I'm trying to say is that people considering transition "do" need help in working out what that transition should look like for them, what is right for them, and indeed considerations like, what options are socially safer than others, etc. But, trans communities have a long history of being disbelieved and mistreated by medical personnel, transition-related needs are often very urgent by the time the person starts to seek help, and the threat of losing access to care can motivate trans people to acquiesce to treatments we "know" we don't want, so it can definitely motivate us to hide doubts that, were they able to be properly explored, may point out ways in which the individual's needs can better be met without a particular treatment that they would later regret, but it won't get explored if that's the assumption, if the risk of regretting an action is given more weight than the risk of regretting inaction.

So the first thing we can do to support detransitioners, retransitioners and everyone, is to make discussing doubts and complexity a normal part of the gender consult and not something that will prevent the patient from making their own informed choice. Another thing we need to do is to investigate what detransitioners want, because of present the focus of much research seems to be to use their existence to invalidate that of (other) trans people. Do they want interventions to reverse something? Are they just re-rejecting the gender binary after being shoved from one end of it to the other? If so, do they need medical/social/legal/psychological support to do so? How can we reduce the discrimination against transitioning/d people that often precipitates a (temporary?) detransition? Most of all, how can we support detransitioners to benefit from the experience, to help them reiterate and implement the self-knowledge they've gained, and not to see themselves as "traitors" to trans people or to their AGAB, "fakers" or "mistaken"?


November 10, 2021

Comment

Thanks for sharing, following this.

November 10, 2021

Comment

 **Marc L. Bowers** [redacted]

- As you know, acknowledgment that de-transition exists to even a minor extent is considered off limits for many in our community. I do see talk of the phenomenon as distracting from the many challenges we face. I will echo other comments to say
- All surgeries and all medical treatments have regret rates that are typically much higher than what we see for gender transition. We do not see legislatures and the media go after breast augmentation, tummy tuck or facelifts ever that I know of
- Medical decision making needs to remain with doctors, with patients and with parents, not the courts or legislatures.
- Our counseling and informed consent process could use tightening.

We all need to be better and not be afraid to listen. Criticism does not

mean blame, it means we need to do better for our patients.
 — Patients need to own and take active responsibility for medical decisions, especially those that have potentially permanent effects.

November 10, 2021

Three points to address here:

1. "Framing" of detransitioning by society is unrelated to the experience of people who made decisions in their earlier years (under 20 usually). These are young adults who made decisions to change their bodies in irreversible ways, at a time in their lives that their physical and social identities were in developmental flux. Many, if not most, had co-morbidities that were not fully addressed before transition was offered to them. They were rushed; they all report that feeling. And their feelings are what this discussion should be about, it has nothing to do with public "framing." "Detransition" can be called something else: regret, a change of heart, whatever. But the way it is interpreted by our community of care providers should not be weaponized to discount these real experiences by claiming they are being used as "gatekeeping" devices. The detransitioned adults I look after, if anything, are very much immersed in their own suffering, loss and grief.
2. It was stated that aesthetic plastic surgery (rhinoplasty, breast augmentation, etc.) and tattoos are "easily accessible" in society. In fact, they are only easily accessible to the privileged few who can afford them - adults (or older youth with access to some degree of "luxury" funds). The hormonal and surgical interventions now so easily available to young, impulsive, mentally and cognitively unstable youth are being funded (in some countries, publicly) and advocated by registered health professionals, "branded" as "life-saving" when, to my knowledge, this claim is based on very loosely drawn conclusions from very weak data.
3. If, in fact, rates of regret for breast augmentation are as high as 47% when chosen by cosmetic surgery adults, that worries me deeply. I fear that rates of regret of gender transition, especially as it relates to future mental health and fertility, in adults who make these irreversible decisions at such a young age may, in fact, be even higher.

November 9, 2021

Comment

Some excellent points made. I have seen over 600 transgender patients over the past 25+ years; more recently than formerly. Of that number, I have had perhaps 4 detransition. I say perhaps because I have a couple whose identity depends upon when you ask. For example, a natal male now in his late 40s who transitioned to female 20 years ago but has stopped therapy to detransition more than once; she (currently female) feels guilt for transitioning (religious) and loses family support when female. After many months the therapist is too severe, and she resumes estrogen. It is of course likely that some individuals have detransitioned and not informed me. Overall I do think the number who detransition is small and should not mean we have done something "wrong" (agree with [redacted]). I am a little concerned that, as access to transitioning has gotten easier recently (obviously still many barriers) that there will be greater numbers. The majority of patients I see now are below 20 years old and clearly very dysphoric. However, I am seeing some who come to

Some excellent points made. I have seen over 600 transgender patients over the past 25+ years: more recently than distantly. Of that number, I have had perhaps 4 detransition. I say perhaps because I have a couple whose identity depends upon when you ask for example, a natal male now in her late 40's who transitioned to female 20 years ago but has stopped therapy to detransition more than once: she (currently female) feels guilt for transitioning (religious) and loses family support when female. After many months the dysphoria is too severe, and she resumes estrogen. It is of course likely that some individuals have detransitioned and not informed me. Overall I do think the number who detransition is small and should not mean we have done something "wrong" (Agree with [REDACTED]). I am a little concerned that, as access to transitioning has gotten easier recently (obviously still many barriers!) that there will be greater numbers. The majority of patients I see now are below 25 years old and clearly very dysphoric. However, I am seeing some who come to

me with mixed feelings or misunderstanding. Hence, the importance of mental health providers! There are a few individuals who seem to feel they should be allowed to switch back and forth merely at their request. I am not comfortable with that at this point; we need a better understanding of how to handle this type of situation.

November 11, 2021

me with mixed feelings or misunderstanding. Hence, the importance of mental health providers! There are a few individuals who seem to feel they should be allowed to switch back and forth merely at their request. I am not comfortable with that at this point, we need a better understanding of how to handle this type of situation.

November 11, 2021

Comment

[REDACTED]

I recommend this 2021 study with 2242 participants recruited from community organizations serving people who identify as Trans, gender expansive, questioning, and detransitioned. It's a bit broader than the study cited here based on the cherry-picked results of 100 curated interviewees out of 237 recruited from "detransitioner communities," which are at very high risk of being enriched with anti-trans activists. As a side note, these are the same locales where the parents interviewed for the ROGD study were recruited (not a single Trans person was interviewed for the ROGD study on Trans youth). Turben, Jack L.; Loo, Stephanie S.; Almazan, Anthony N.; Keuroghlian, AlexS. (May 2021). "Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis" (PMID:33794108, Full Text)

I also think that it is important to note that reliance on these inferior studies may be contributing to the suffering of Trans youth. Here's a recent report from the Trevor Project: Trevor Project: Acceptance of Transgender and Nonbinary Youth from Adults and Peers Associated with Significantly Lower Rates of Attempted Suicide

The Transgender Day of Remembrance is on November 20th, a scant 9 days from now, as people of all sorts come together across the world to remember the murdered dead and hope for a year when the numbers may someday go DOWN.

November 11, 2021

Comment

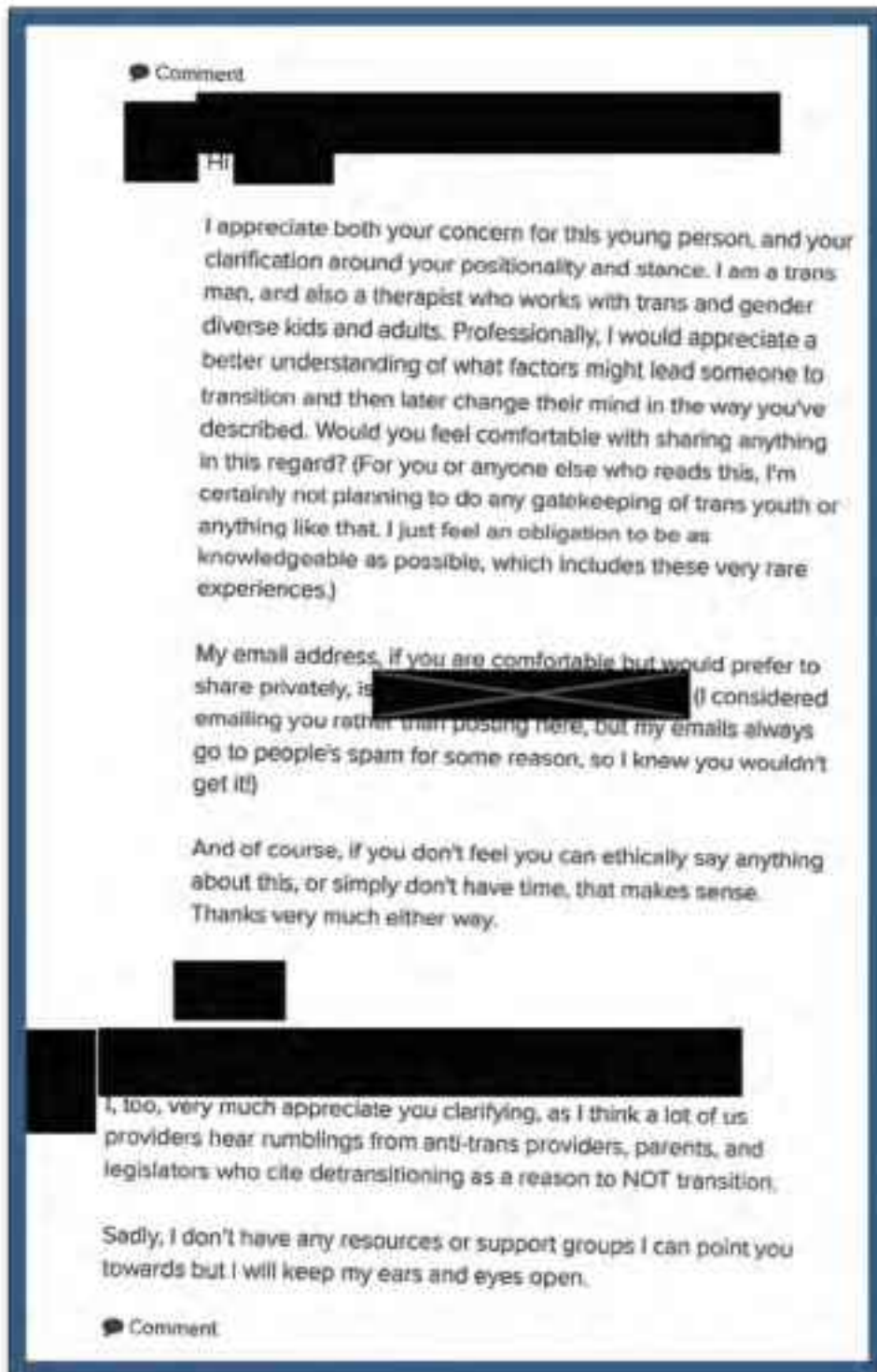


Marci L. Bowers [REDACTED]
Well said.

January 14, 2022

Comment

c) Členové WPATH žádají o vysvětlení ohledně detranzifikace



9 TAKTIKA POTLAČOVÁNÍ PUBERTY

a) Člen WPATH se ptá na vliv blokátorů puberty na celkovou výšku desetiletého pacienta.

Blockers for Pre-Teens: Height Potential?

[REDACTED]

I have been reading/hearing some conflicting information about the effects of puberty blockers on total height achievement. I've recently received questions from an AFAB pre-menarche 10 y/o patient about whether blockers will "stunt" his growth if he starts them now (as his doc has approved). I understand blockers can slow the rate of growth, but for those who start them at, say, age 10, before they have hit their growth spurt, and remain on them for the total 3-4 years, what happens afterward if they opt to begin HT (testosterone), rather than resume the puberty consistent with their natal sex?

I'm curious as to how medical docs approach important issues such as stature when starting blockers, especially in earlier stages of development. Are there ways to maximize growth potential for young patients?

Thank you for your time.

February 22, 2022

[REDACTED]

It is a complex question. Blockers, by suppressing puberty, keep growth plates open longer, so younger teens have a potential to grow longer, however their growth velocity is typically at prepubertal velocity, without typical growth spurt. That is the reason we use GnRHs in children with early puberty- to give them longer time to grow.

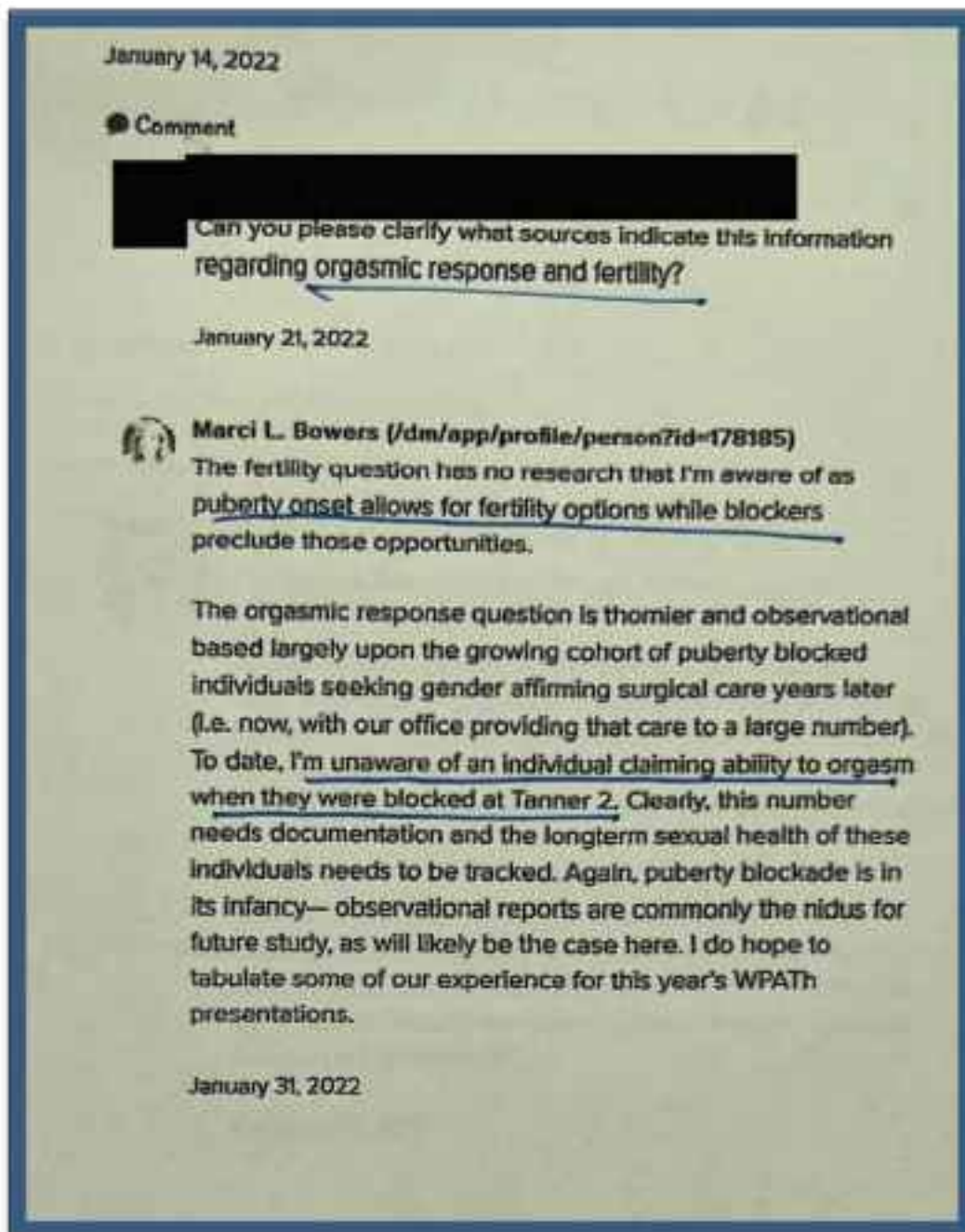
GAHT in lower doses could promote growth (as in early pubertal stages) while in higher doses cause bone maturation and epiphyseal closure. There are other factors that impact growth potential (genetic potential, nutritional status, thyroid hormone). High BMI will also impact bone maturation and cause faster closure of growth plates and cessation of growth.

In transmasculine teens I start T at around 25-30mg bi-weekly and increase T slowly. I monitor bone age to optimize duration of growth and hopefully reach maximum height potential.

I hope this answered your question.

March 15, 2022

b) Členové WPATH diskutují o tom, jak blokátory puberty vylučují možnosti plodnosti pro transsexuální pacienty



c) Členové WPATH sdílejí osvědčené postupy pro potlačení puberty a hormonální léčbu

DISCUSSION

Best Practices for Puberty Suppression

I'm interested in starting a thread here in the forum for pediatricians providing or are interested in providing puberty suppression or gender-affirmative hormone therapy. Hopefully it will also be a good resource for allied professionals interested in learning more about how other providers are administering this care.

How do you or your clinic offer and administer puberty suppression/blockers and what resources do you utilize? What advice do you have to offer to newer clinicians or clinicians interested in offering this type of gender-affirming hormone therapy for the first time?

December 21, 2021

Submit

Mered L. Bowers [redacted]

For AMAB persons, pubertal blockade prior to puberty is fully reversible and can offer significant likelihood of avoiding later surgeries such as top surgery. For AMAB persons, the issue is more complex. Some reversibility for gender exploration and some hope to avoid procedures such as Adam's apple shaving, voice drip.

January 14, 2022

Comment

Mered L. Bowers [redacted]

Etc. The issue is later genital surgery for AMAB persons with early blockade. We do not fully understand the onset of orgasmic response and blockers make this a major question. Fertility and more problematic surgical outcomes at adulthood are also concerns. Unless

pre-pubertal dysphoria is enormous, allowing for a small amount of puberty prior to blockers might be preferable in the long run.

January 14, 2022

Comment

6 DOD VÝDAJE NA TRANS ZDRAVOTNÍ PÉČI

a) Členové WPATH se seznámili s nejnovější zprávou ministerstva obrany (DOD) o financích na trans zdravotní péči.

US Dept. of Defense Spending on Trans Healthcare

👁 2,564 Discussion Views
👤 15 Responses

The US Department of Defense recently released numbers detailing finances spent on transgender active duty between 2016-2021. The DOD reportedly spent \$15M between January 2016 and mid-May 2021 on transition-related medical care for 1,892 transgender service members, according to FOIA records (analyzed by Military.com) (<https://www.military.com/daily-news/2021/06/18/heres-how-much-pentagon-has-spent-so-far-treat-transgender-troops.html>).

An immediate reaction I had was that institutions such as the Coast Guard were excluded from this report (because this is technically part of the Dept. of Homeland Security) even though Coast Guard utilizes Navy resources for trans care.

Some major statistics mentioned are:

- o Service members who received gender-affirming care during this period included 726 Army soldiers, 576 Navy sailors, 449 Air Force airmen and 141 Marines.
- o \$11.5M was spent on psychotherapy, \$3.1M on 243 gender-affirming surgeries, \$340,000 hormone therapy for 537 service members, and the rest on other care.
- o While access to psychotherapy is crucial for transgender service members, some trans folks have criticized current DOD rules for imposing requirements for certain psychotherapy sessions without regard to clinical need as a part of the administrative gender-change process.
- o This amounts to about 0.045% or less than one-twentieth of a percent of the DOD's 2016 annual medical budget for health care programs of \$33.5B (which DOD is asking be increased to \$35.6B).

That means approximately \$8000 per service member. Does that sound right to you?

Submit

[REDACTED]

Their figures are seriously flawed, all skewed toward more expense, rather than less. I know this as I had access to all the financials and the methodologies as part of my analysis for the 4 Court cases against Trump administration. Far too much to cover here, but these are inaccurate and inflated cost figures.

Comment

[REDACTED]

That is very interesting. I wonder why they would do that. I thought the amounts were fairly low, considering how much phalloplasty costs and how many individuals started and completed that surgery.

[REDACTED]

1900 service members, only 600+ on HRT? What are the others doing? 243 surgeries at \$14000 per? Fox News will have a heyday with these numbers. Did they list length of service commitments required, MOS, officer vs enlisted...? Service members cannot complain about required psychological evaluation. They're there to go to war, not transition. They have to be evaluated for fitness to continue as many of us have significant psyche histories.

Comment

First, thank you for all that you do for the trans military community, it's a community that is close to my heart.

I 100% agree with you. Being in NC, I have worked with more trans military personnel since 2008 than I can count. Before Obama, I had commands send me their soldiers, sailors, air-wingers, and marines because they knew their folks needed help. All on the "down-low" or looked the other way.

Obama came into office and made it possible for military personnel (and their families) to receive trans care.....unfortunately, they were ill-equipped, untrained, backlogged, and often times just bigots.

I started seeing a surge in commands finding me and sending me their military personnel (some of my enlisted folks commanding officers paid out of their own pocket to see me....warmed my heart). They just knew their trans military folks were some of the hardest working people they had and if they just got this off their "plate" they'd be even better (cost benefit analysis I suppose).

Now this is active duty.

On the VA side, I received so many referrals from the Salisbury VA.

Again, they were backlogged and there was no one trained to help these trans vets. This went on for a few years until I got a phone call from one of their psychologist saying she needed help but that was told that the VA system would no longer be referring trans veterans to me. She asked if I would speak to her supervisor (I can't remember if he was a psychologist or a psychiatrist) regarding providing them some training. I did and he made it very clear that my services for trans vets were no longer needed nor was the training I offered. He went on to say he established a "Transgender Task Force" (sorry I thought it was a bit much, strange, and so military). This person was unfamiliar with WPATH, its protocols, the SOCs.

After a few months, the trans vets started to return stating that their hormones were d/c'd because they were still trying to coordinate or figure out how to prescribe and in the interim put into a trans group.


If they weren't paying out of pocket, I was still billing the VA but for PTSD and a doc in Winston Salem, NC worked to help me keep them on their hormones.



All this to say their numbers are absolutely wrong. If Officers, trans military members, and military vets were paying out of their own pockets, the DoD couldn't have possibly spent that amount.

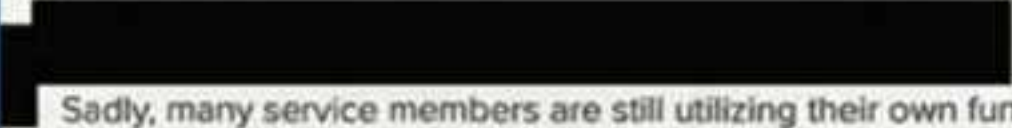
Granted, it's not like I saw 100,000 people. Over the years, I know enough to feel comfortably saying, therapy is not required, hormones are cheap, and surgery, well that's a one time event. Trans care is far more affordable and far easier to manage than treating active duty, veterans, and/or their family members who have chronic illness's.

Even if that number is true (we all know it's not), it is still such a tiny tiny part of their budget. I guess my other argument is, Did they assess the numbers for treating for PTSD, hypertension, diabetes, or mental health in general?

Their skewed numbers boils down to not wanting to pay for and justifying medically neglecting those that served protecting our freedom.

 Comment

 
Surgery is definitely not a one-time event. For those members seeking genital reconstruction, it can be in 2-4 "stages." For phalloplasty, which most of my 150+ active-duty FTM patients wanted, the cost can be upwards of \$200,000 not including travel, lodging, per diem, and aftercare medical supplies and medications.


Sadly, many service members are still utilizing their own funds for therapy (because of confidentiality issues) and some HRT (when they are about to get out or microdosing for alleviation of Sx). I work right outside Camp Lejeune in NC - Marine base. It can be tough when they are not comfortable coming out yet and yet they need help. They cannot disclose that they are military if they wish to use the civilian clinic for HRT out of pocket. I am still thankful for the progress...when I was a Marine...it was during don't ask, don't tell.

 Comment

[REDACTED] I agree with you - I suspect that many service members are self-funding their care rather than entertaining the bureaucratic systems and the potential stigma from seeking out care. The prior presidential administration's efforts to curtail coverage weren't just focused on avoiding payment for care altogether, it was a scare tactic to:

- 1) reduce the number of trans service members;
- 2) invoke fear in those currently serving in the armed forces by creating a hostile work environment (via stigma by association); ...

[Read more](#)

[REDACTED]
[REDACTED] For anyone working with a transgender veteran, please refer them to their closest VA LGBTQ Veteran Care Coordinator
[REDACTED]

 Comment

[REDACTED] Hi [REDACTED] I am surprised to read that the military has covered ANY gender confirmation surgery so far. I've worked with some active duty military and many veterans, but we have not been able to get any coverage for their procedures. I have tried to reach the local VA hospital surgery chairman, but never hear back. Can you please tell me where I could possibly recommend military patients go for coverage of procedures?

[REDACTED]
[REDACTED] for Veterans reach out to their nearest LGBTQ
Veteran Care Coordinator

[REDACTED]

For military members, they must connect with their military branches' TG Care Team Case Manager. They must follow the Defense Health Administration (DHA) protocol for getting referred to the Team (usually by their primary care provider or mental health provider). DHA requires a complex and thorough referral for the bottom surgery (TRICARE covered)...

[Read more](#)

[REDACTED]
[REDACTED] any suggestions for care coordination for those in the military, active duty? i.e. transgender service members wanting surgery

[REDACTED]
[REDACTED]

Hi [REDACTED] For active-duty personnel wishing to access Command Approved gender transition the best approach is to encourage those individuals to speak with their Command mental health provider or primary care provider to secure a referral to their military branch medical team handling those referrals. Each branch of the military has set up the process differently. The Navy has two TG Care Teams (San Diego, CA and Portsmouth, VA). The CA Team has two case managers/care coordinators. The VA Team, last I heard, does not. The Navy teams process the referrals remotely and...

[Read more](#)

Also, because of the high need for transgender resources, if you are a clinician/therapist - you might be able to get special contract to work with transgender service-connected members if you cannot get paneled with Tricare.

Here are a couple sites that also might be helpful for trans service members:

SPARTA Pride (<https://spartapride.org/>) - certain bases will have chapters such as we do here in Camp Lejeune NC

Transgender American Veterans Association (<https://transveteran.org/>)

Comment

Feel like this information is also entirely useless out of context. How much do they spend on insulin and diabetic care? How much do they spend on mental health care for PTSD diagnosis? There are a lot of things that I'm sure they're paying money for and without any context behind these numbers or any ability to compare them people are just going to see them and make what they will of them.

Comment

I will have to go back into my records to figure out what we estimated the military costs would be back before they made the decision to cover services. There was a cost study by the Palm Center that I was asked to review before they sent it to the DoD. I did and I thought their figures were wrong and told them so. If I recall right, I thought they were estimating too high. But it could be the other way. But they probably weren't so very wrong that it really mattered. Especially because it does not matter how little is spent on transgender care; as far as the public is concerned even a dime per person is too much.

7) CHIRURGICKÉ RIZIKO A PŘEDCHOZÍ ZDRAVOTNÍ STAVY

a) Členové WPATH diskutují o riziku, které pro pacienta s Beckerovou svalovou dystrofií (BMD) představuje podstoupení přechodné operace.

Becker's MS and gender affirming care

[REDACTED]

Good day, I am a primary care provider who provides LGBTQ+ healthcare and recently saw a new patient for gender affirming hormone therapy with the goal for future gender affirming surgery (vaginoplasty). Patient is a 22 yo trans woman who has a history of mild form of Becker MS, (rather than Duchenne) phenotype. The patient has been followed on a regular basis by a neuromuscular provider since childhood; maintains ambulation with no symptom progression. They have an x-linked inheritance which shows there is a 1/2 or 50% risk if assigned male at birth. I cannot find any reason why we cannot proceed with gender affirming hormone therapy. But, patient is adamant on getting a vaginoplasty in the future and would like me to guide them regarding what risks/benefits would be around anesthesia. Does anyone have any literature regarding the above pertaining to transgender patients?

I have found one recent study regarding laparoscopic gynecological surgery in cisgender woman with Beckers MS with the use of cisatracurium and inhaled sevoflurane, with a positive outcome. I know this will be an interdisciplinary effort, but any information would greatly be appreciated. Thank you.

February 25, 2022

[REDACTED]

[Submit]

To answer your question about anesthesia and GA surgery, there is a lack of literature. I am working on publishing a case series of perioperative outcomes for over 200 GA we do at our institution. We created a specialty anesthesia team for gender-diverse youth and

developed Enhanced Recovery after Surgery ERAS and anesthesia management guidelines for chest reconstruction, phalloplasty, metoidioplasty and vaginoplasty procedures. There are risks with transgender patients who have co-existing morbidities such as DM and may affect anesthesia and pain management. Please feel free to reach out to me to discuss more.

March 1, 2022

Comment

Thank you for your response. I just may take you up on your offer! I will be in touch. Are the EAS and anesthesia management guidelines accessible to folks outside of the organization?

March 10, 2022


Please see our attached article (and link) the Gender Affirming Surgical Program (GASPP) in the Department of Anesthesiology, Critical Care and Pain Medicine at Boston Children's Hospital has done to advance the perioperative care for transgender youth.


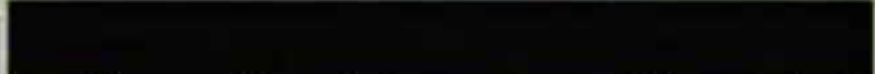

A Single Center Case Series of Gender-Affirming Surgeries and the Evolution of a Specialty Anesthesia Team
(<https://www.mdpi.com/2077-0383/11/7/1943>)

March 31, 2022

The attached PDF is an excellent review of the risks of general anesthesia for patients with muscular dystrophies, including Becker's (PMID:19762730 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19762730>), Full text (https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2009/10000/malignant_hyperthermia_and_muscular_dystrophies.10.aspx)). Of course, a detailed pre-operative pulmonary and cardiac evaluation will be essential for your patient prior to her vaginoplasty procedure.

March 1, 2022

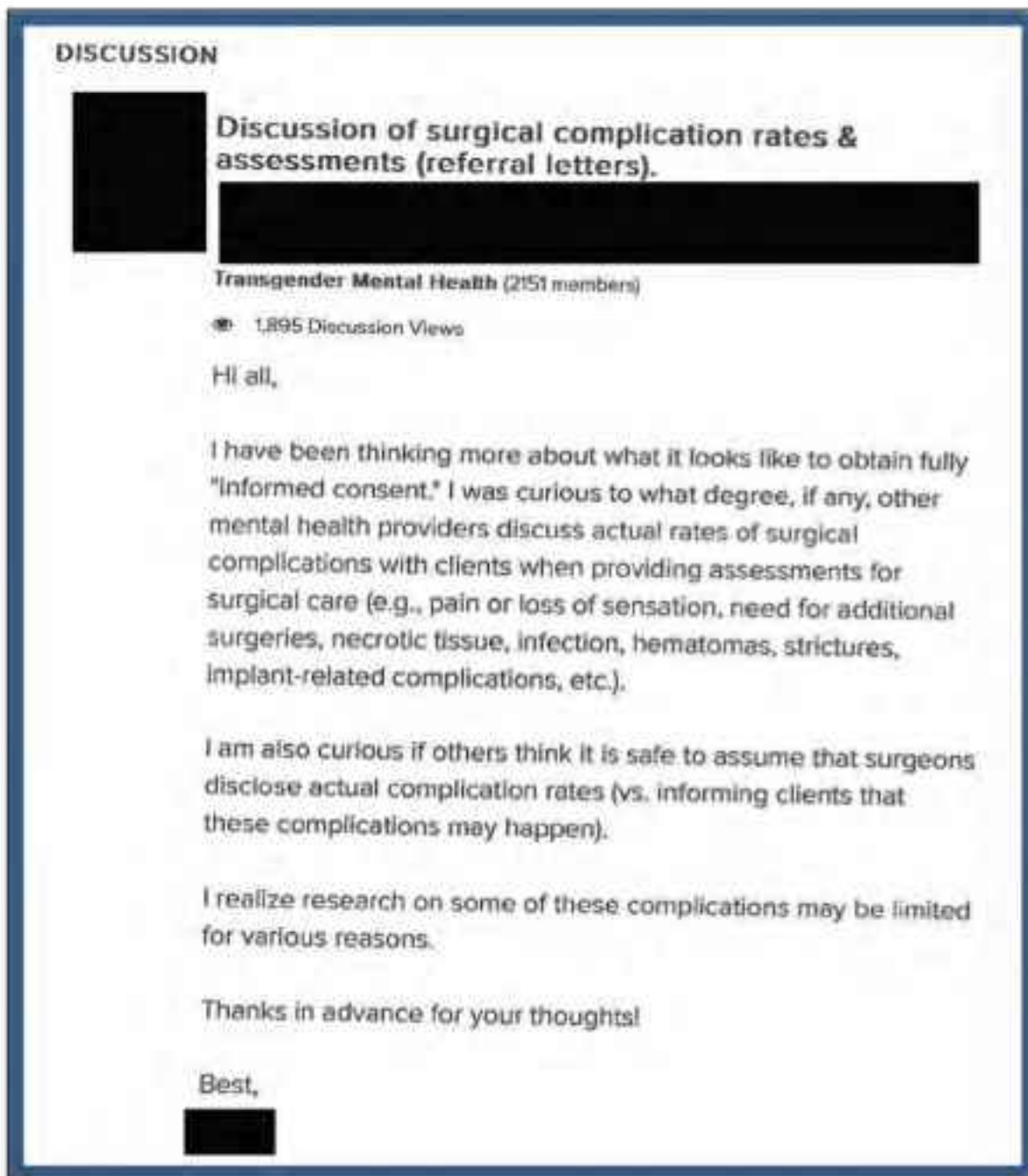
 Comment

 
Thank  I am in the process of doing my due diligence with patient in regards to above. I have done the research and notes a few studies around anesthesia and MS. I will take a look at the review.

March 10, 2022

8 MÍRA KOMPLIKACÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS

a) Člen WPATH klade otázky týkající se standardů informovaného souhlasu a skutečného počtu komplikací.



DISCUSSION

Discussion of surgical complication rates & assessments (referral letters).

Transgender Mental Health (2151 members)

1,895 Discussion Views

Hi all,

I have been thinking more about what it looks like to obtain fully "informed consent." I was curious to what degree, if any, other mental health providers discuss actual rates of surgical complications with clients when providing assessments for surgical care (e.g., pain or loss of sensation, need for additional surgeries, necrotic tissue, infection, hematomas, strictures, implant-related complications, etc.).

I am also curious if others think it is safe to assume that surgeons disclose actual complication rates (vs. informing clients that these complications may happen).

I realize research on some of these complications may be limited for various reasons.

Thanks in advance for your thoughts!

Best,

b) Člen WPATH vysvětluje, že tradiční model informovaného souhlasu je cis-normativní.

The screenshot shows a forum post titled "Informed Consent Models of Care" with 1268 discussion views and 3 responses. The post asks for evaluations of informed consent models. A user responds with a reference to a 2012 study by Madeline B. Deutsch and a critique of the traditional assessment process. The user also mentions having 3 attachments and provides a greeting.

DISCUSSION

Informed Consent Models of Care

1268 Discussion Views
3 Responses

What evaluation has been done on informed consent models of care?

Submit

Madeline B. Deutsch (2012) Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics, *International Journal of Transgenderism*, 13:3, 140-146, DOI: 10.1080/15532739.2011.675233 (Abstract (<https://psycnet.apa.org/record/2012-12402-005>))

But I'd also look at the vast literature on the uselessness and dehumanizing nature of the assessment process - the 'traditional' model has had no real evaluation and does not appear to be grounded in much more than 'commonsense' cisnormativity.

Comment

3 Attachments

Hello

Here are 2 studies I know of. I've also included references to pertinent ethics articles that may also be of interest.

- Deutsch MB. Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: a survey of the practices of selected clinics. *Int J Transgenderism*. 2012 May;13(3):140-5. (Abstract (<https://psycnet.apa.org/record/2012-12402-005>))

—
Read more

Comment

 1 Attachment



Hi 

I also recommend:

Clark, B. A., & Virani, A. (2021). This wasn't a split-second decision": An empirical ethical analysis of transgender youth capacity, rights, and authority to consent to hormone therapy. *Journal of Bioethical Inquiry*, 18(1), 151–164. (PMID:33502682 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33502682>), Full text (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-020-10086-9>))

—
Read more

Comment

9 POJIŠTĚNÍ V INTERVENCÍCH GENDEROVÉ MEDICÍNY

a) Člen WPATH vyjadřuje obavy ohledně ochrany osobních údajů v konzervativních oblastech.

ICD10 and Protecting Patients

512 Discussion Views
3 Responses

I have an ICD10 question. A decade ago, for privacy reasons, I would switch from a F64.9 diagnosis to a hypogonadism diagnosis as soon as it made sense, especially for those who had insurance through their workplace. It also helped improve privacy at the pharmacy pick up window. Too many people have suffered violence, and I want to protect them as much as possible. I don't feel the same pull toward privacy these days, but perhaps I am taking too much for granted. I practice in Ann Arbor, Michigan but see clients from areas of Michigan that are far more conservative.

I know I code towards hypogonadism on pharmacy claims when I see a client from Bay City or Saginaw or Mount Pleasant. I want the numbers to be evident to insurers; I don't want these clients to be invisible, yet I feel the balance rests on privacy and prevention of violence, as this is still a concern in many areas of this country. I keep the F64.9 or F64.2 in their active diagnosis list so I can pull a patient list when needed.

I have switched to hypogonadism code after gonadectomy. I know that historically some providers used this code for visits, labs and meds if someone's insurance didn't cover F64.0 or F64.9, but ethically I have not felt comfortable doing this if the person's natal gonads were intact. I realize this is not based on a guideline and would like to know what others are doing.

[REDACTED]

What happened to endocrine disorder NOS as an alternative?

 Comment

[REDACTED]

This is challenging to navigate - while the hypogonadism and endocrine disorder NOS are helpful to offer privacy and safety, justifying these codes to an insurer frequently results in an insurer pushing back for lab work justifying low testosterone or low estrogen at certain intervals (usually with an annual PA for controlled substances). For someone on long-term hormone therapy, justifying this is nearly impossible without going off of their hormones for a period of time to meet an insurer's required lab levels for coverage.

I would advise asking your patients directly about their comfort, explaining to them the logistical issues associated with obtaining medications (i.e. coding, concerns with privacy), and creating a course of action in collaboration with the patient. Presuming that a patient has coverage for gender-affirming care in their plan, I would consider keeping gender dysphoria-related ICD-10 coding (most insurers will not require bloodwork for this diagnosis) and advising requesting meds through their insurer's preferred mail order pharmacy - this negates potential conflict or safety issues with a less affirming pharmacist in their area. Another benefit of a mail-order option is that a patient can obtain a 90 day supply of their meds, also reducing potential pharmacist-patient contact.

 Comment

b) Členové WPATH diskutují o tom, jak klasifikovat genderovou dysforii pomocí ICD pro účely pojistného plnění

DISCUSSION

Gender Dysphoria - ICD 64.0 or 64.9 for Gender-Affirming Surgery Letters?

Transgender Mental Health (212E-wantbars)

8,941 Decision Views
16 Responses

Hello!

I am a therapist who dedicates part of my practice to writing pro bono letters. was told when I began writing psych clearance letters for gender-affirming surgeries to use ICD code 64.0 for Gender Dysphoria. However, some centers recently are asking for 64.9. What is the best code to use in general? And, has it changed?

Thank you in advance!

Submit

I work for the hospital and give letters for Gender Affirming surgeries in state of Florida. So far except for the ICD 64.0 no one has asked for 64.9. If the psychiatrist who gives a second letter of recommendation, choses to use it, its their wish. So far I have not come across this as an issue. However, it differs from state to state. I would suggest you contact your State Board if you are really concerned about the diagnosis or the letters. Also, remember not all surgeons are well versed with the WPATH SOC, version 8. So maybe calling and clarifying your rationale for surgery or including it in your letter might help make the process easier.

Comment

Thank you! I always used 64.0 as well, until this specific center asked for 64.9. I will write to them directly and ask why.

Insurance isn't taking 64.0 for me.

Comment

[redacted] responding

[redacted] did it used to?

It may have to do with wording. F64.0 in the DSM is Gender dysphoria in an adult or adolescent but in ICD-10 its title is Transsexualism and F64.3 is gender identity disorder, unspecified. If you're reading diagnostic criteria in both the DSM and ICD-10, F64.0 is the most accurate but F64.3 isn't inaccurate. I know in our EMR if you search the diagnosis with Distal title it only comes up as F64.3 I end up manually coding F64.0 and then modifying language to match DSM.

Comment

[redacted] "F64.0 is the most accurate but F64.3 isn't inaccurate" - that is exactly the thesis statement here! I wonder if we can list two if diagnosis to cover all bases.

[redacted] This tracks with what I have noticed as well. My EHR will list Dual role transvestite, and my staff cannot figure out how to change the wording in our system. So I have moved to using F64.3 more often for that reason.

It sounds like you are writing for gender care services that specify they want a diagnosis. As my writing style for letters has evolved over the years, I have made an effort not to use a diagnosis when sending information to insurance companies. And so far, I haven't been contacted and asked for a diagnosis. Instead, my letters read something like "It meets the recommended World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care guidelines for the type of surgery he is pursuing." Then I outline all of the criteria and provide information to support that the person fits the criteria.

Comment

[redacted] responding [redacted] did not know they would be approved without the diagnosis

LPC-MDSP in Tennessee here.

I've so far (fingers crossed) never had a letter rejected (mostly BCBS, Aetna). I've never (to far as I can remember) used F64.0—"Transsexualism" if I'm remembering correctly—as I hear I've described clients I've seen seeking letters. I've been using F64.3, which in some electronic health care systems I've called mine about this and grieved about it to them) automatically defaults to "Gender Identity Disorder" but in the coding of DSM-V, I see as being "gender dysphoria in adolescents and adults." So I put that title in with the disorder F64.0. So far so good.

In my letters I've been specifically identifying both the ICD-10 code for insurance purposes and...

Read more

Comment

Maybe they just want something with extra numbers????

Comment

Only F64.9 indicates dysphoria. For some GiD surgeries especially ones that could be considered more cosmetic there has to be a diagnosis of dysphoria to get them covered by insurance. F64.0 only indicates gender identity disorder (GiD) which does not imply dysphoria. Certainly if one has the dysphoria they also have the GiD so I usually include both diagnoses in every letter I write as both are true and help indicate the medical necessity of the surgeries.

Comment

Correction; F64.0 is supposed to indicate both but I find that insurance seems to think the F 64.9 is dysphoria so have had trouble when using just F64.0.

Unspecified Gender Dysphoria
302.6 (F64.9)

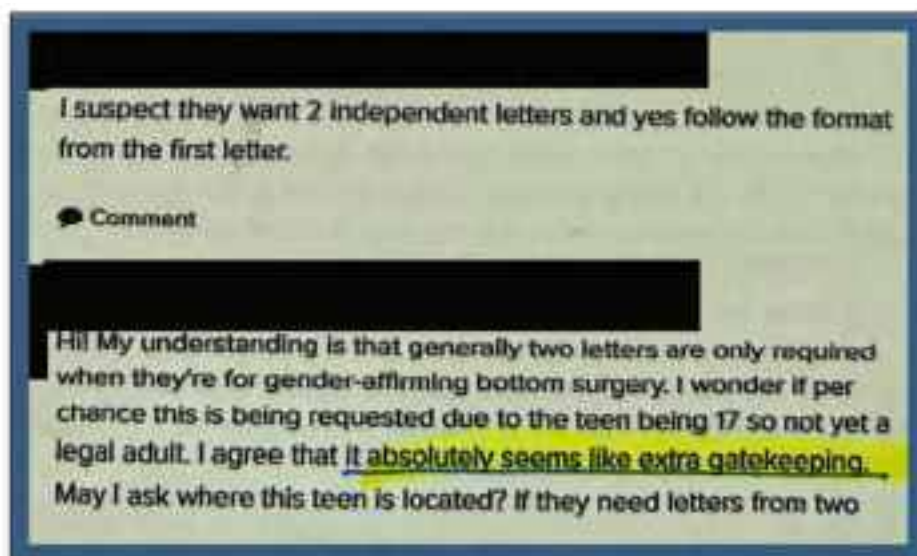
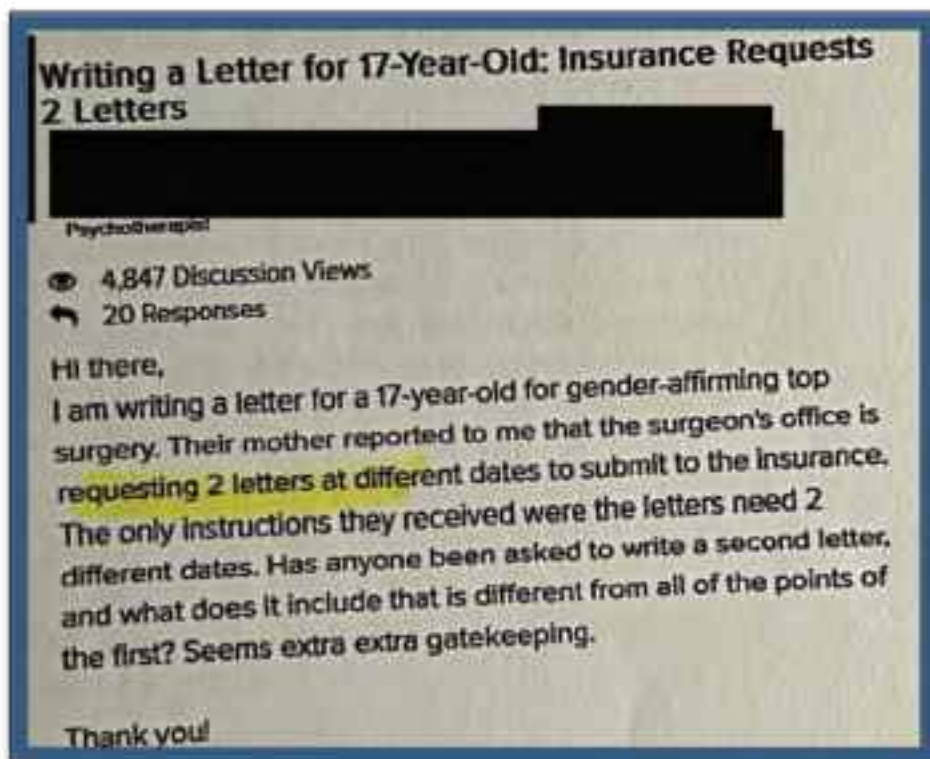
This category applies to presentations in which symptoms characteristic of gender dysphoria that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for gender dysphoria. The unspecified gender dysphoria category is used in situations in which the clinician chooses not to specify the reason that the criteria are not met for gender dysphoria, and includes presentations in which there is insufficient information to make a more specific diagnosis.

Comment


Hello there! I am an LMFT in CA and I just had two letters bounce back from a CA based surgery center requesting F64.9 instead of F64.0. I have written many letters for them before without issue. Also, in March my EHR, Simple Practice, changed all of the diagnostic code wording from the DSM 5 wording to the ICD 10 wording. Thankfully, I am able to edit the dx code wording in Simple Practice to align it with the less pathologizing DSM 5 wording as opposed to the ICD 10. I have reached out to both the surgery center and my EHR to inquire about the reasoning and timing of these changes.


Comment

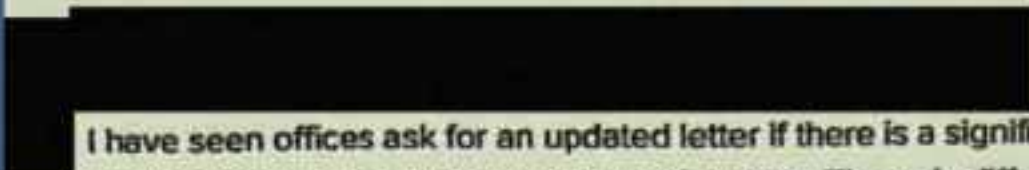
c) Členové WPATH charakterizují požadavek dvou písmen pro přechodnou chirurgii jako "gatekeeping".




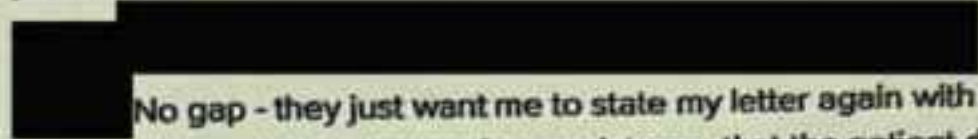
different providers, I believe there are quite a few of us who are willing to provide a session and letter pro bono if that's what's in the best interest of the client...

 Comment

 Exactly!

 I have seen offices ask for an updated letter if there is a significant gap between the first letter and time of surgery. The only difference is the date and any updates or a statement of no additional identified matters.


 Comment

 No gap - they just want me to state my letter again with a different date. I guess for consistency, that the patient did not change their mind 2 weeks later (ugh!).

Hi [REDACTED]


I've had similar requests from surgeons and insurance companies for top surgery for anyone under 18. The explanation given to me was because the client was a minor and they wanted evidence that the two assessments were done independently and not at the same time (i.e., not "rubber-stamped"). An example was a rejection I got when submitting a letter that my PhD colleague co-signed. There was a brief period when one letter signed by both was sufficient but I'm no longer able to do that at this time...

[Read more](#)

 Comment

[REDACTED]
[REDACTED]
Super helpful, thank!

[REDACTED]
Too many times than I care to remember! Agree it seems like extra gate keeping. As far as I can tell, there is nothing additional from the first— just two mental health professionals writing nearly the same thing...

 Comment

[REDACTED]
(Assuming this family is using health insurance to cover the costs of surgery) Do you know which insurance they have? Some insurers require two letters for all surgeries - many surgeons are also requiring a letter from the hormone provider to document length on hormones, thus, demonstrating to an insurer that the member has fulfilled any time on hormones requirements. I suspect that your client needs a letter from a second provider. If you know the insurer's requirements, you may be able to push back and help your client advocate with the surgeon if it's unnecessary. I suspect what will be needed is a letter from a second provider, or potentially, your initial letter co-signed wit...

[REDACTED]

- there is a surgeon that I know who requests two letters also for top surgery. I think sometimes it can be a long time from the time someone originally wrote the letter (especially during covid), but it is my understanding that the letter is written essentially the same way as the first. I agree it does feel like they are gatekeeping, so we just make sure our patients are aware of these expectations.

Comment

[REDACTED]

Hi everyone! Thanks for your replies. To clarify, insurance wants 2 letters stamped with 2 different dates from the SAME masters-level clinician (me!). I write letters all the time through GALAP (<https://thegalap.org/>) and am aware of 2 masters levels clinicians for bottom-surgeries. I was stumped with this one because they want me to write 2 different letters. [REDACTED] nailed it I believe with their answers! Thanks all.

Comment


[REDACTED]

Sounds like a mess! This definitely sounds like extra gatekeeping. Do you feel comfortable disclosing which insurer this is? You could report the insurer to your local state's insurer regulator for their clinically unsound coverage determination requirements.

[REDACTED]

In my experience working with the transgender community for over twenty years, usually when a second letter is requested, it is to be written by an independent qualified professional who conducts a one or two visit consultation to confirm the treating professional's diagnosis of Gender Dysphoria and opinion that the patient is eligible and ready for Gender Confirmation Surgery. While many surgeons will accept a single letter for top surgery my guess is that this particular surgeon may want to make absolutely certain that surgery is indicated for this patient because of his young age....

Read more

 Comment

[REDACTED]

I have not heard of a request for two letters from the same provider for the same procedure before. The only thing I can think of is to show that the status of the client did not change over time?

 Comment

[REDACTED]

[REDACTED]

Same thought, thanks!

[REDACTED]

[REDACTED]

I'm [REDACTED] (they/them) and I provide professional consultation

specifically regarding letter writing and assessment case conceptualization. If you're interested in consultation with a provider of lived experience, I'm happy to chat further. I've written quite a few second letters and have written letters for minors as well.

Comment

I have had surgery offices say 2 letters were requested by the insurance company. Same surgeon has not always requested 2 letters, thus, it seems insurance co controlled. Also patient has inquired and insurance company did not request 2. It seems to vary.

Comment

I am on the surgeon's side of things.

The first thing I would do is ask for a copy of the plan documents' section on Transgender Benefits. See what the letter requirements actually are, and then follow them to a T.

With a 17yr old, I also find it helpful to include info pertaining to the needs of the 17yr old (who will soon be 18) to begin their new adult life with the "first part" of their medical transition complete, why starting university with top surgery done is imperative, how reducing harm...

Read more

Comment

Thanks so much

All I can say is that I've had different states, insurance companies and providers ask for different things. For example, I learned that CA has a particular time frame in which the letter needs to be written. Not so in NY. I have not found much consistency in the letter writing process. Very interesting discussion.

d) Člen WPATH uvádí, že operace je nezbytná pro duševní a fyzické zdraví navzdory odmítnutí pojišťovny, a hledá způsob, jak obejít pojistnou smlouvu.

Insurance Denial

[REDACTED]

I have a client who was recently denied FFS from her insurance carrier, Geisinger Health Plan. The denial letter indicates for the request to be approved that she must be on HRT for at least 1 year.

Is there any way around this policy or wording I can use to help her appeal? The client has no interest in HRT at this time, and I certainly don't agree with an insurance plan telling her that she must be on HRT to obtain medically necessary surgery for her physical and mental health, along with her safety.

I greatly appreciate any support/suggestions!

September 14, 2021

[REDACTED]

Normally if we have a patient that isn't taking hormones we have to explain why in the letter and give justification regarding the person's lived experience.

September 15, 2021

Comment

[REDACTED]

A few things to consider:

1. For clients/patients needing a letter and is not/does not plan to go on hormones, you can write something like, "at this time, gender affirming hormone therapy is contraindicated in her treatment for gender dysphoria and does not align with her goals for reducing symptoms." Recommend citing GHP's policy, link below and WPATH SOC 7. Erring on less is more.
2. Generally, it would appear that Geisinger Health Plan's standard policy on gender affirming care explicitly excludes FFS procedures, so possibly an uphill battle that may result in an external appeals process, removed of the reason cited by the coverage determination letter. This policy


may not apply to your client's specific plan, so it may require further inquiry to confirm which policy applies.


3. Anticipating a second denial, highly recommend referring your client to a Consumer Assistance Program that assists residents with handling insurance appeals - every state maintains their own programs, some have discontinued state funded assistance, but worth seeking out.

4. Appeals processes are exhausting for clients and providers involved - it may be helpful to acknowledge how these processes may be affecting your client as many people report feeling demoralized while working through them, regardless of what types of advocacy you may be able to offer as a provider.

Gelsinger Health Plan Policies and Procedure Manual (<https://www.gelsinger.org/-/media/OneGelsinger/Files/Policy-PDFs/MP/301-350/MP307-Gender-Dysphoria-and-Gender-Confirmation-Treatment.pdf?la=en>)

September 15, 2021

 Comment

 the insurance companies I run across often are receptive when you indicate why FFS is appropriate without HRT...and quoting the SOC page 60 - "5. 12 continuous months of hormone therapy as appropriate to the patient's gender goals (unless hormones are not clinically indicated for the individual)."

Appeal

September 19, 2021

 Comment

10) POKYNY K ŽIVÝM ZKUŠENOSTEM PŘI PŘECHODU

a) Členové WPATH diskutují o možné vaginoplastice u starší pacientky

DISCUSSION

12 mo lived gender requirement for gender affirmation surgeries

275 Discussion Views
7 Responses

I have an 79yo assigned male at birth patient with a lifelong nonbinary/female gender identity requesting a limited depth vaginoplasty. Patient does not meet the 12 mo lived gender requirement of WPATH SoC version 7 because they are not comfortable socially transitioning at this age in front of their children and rural community. Does anyone know whether SoC v8 will soften the 12mo lived gender requirement? We'll find out end of Dec when it comes out, but at age 79, time is of the essence.

Submit

Does "12 months living in gender role" necessarily have to be interpreted as "12 months of being out as trans in absolutely every possible setting"? Plenty of trans people socially transition in some settings and present as their assigned gender at birth in other settings for logistical reasons (e.g. employment discrimination, family issues). I'm assuming the patient has been "living" in her identified gender at home and/or to certain select people (healthcare professionals? support group? trans friends?) for a long time, even if she's not out to the majority of the people in her community.

Comment

Hi [redacted] I'm happy to consult further about this, but the 'lived gender requirement' isn't a requirement of someone needing to be meeting whatever gender expression we deem they are supposed to: to 'pass,' but actually that they have been affirming their gender in whatever way feels safe and accessible to them at this time for over a year. So if someone has felt solid in who they are and what they need for their body for over a year, and has been affirming that to themselves or others, expressing in whatever ways they desire/feel safe, and they state they need gender affirming genital surgery to further affirm their gender and allow them to alleviate some dysphoria, then that does fulfill the criteria. Feel free to direct message me in [redacted] if you'd like to consult further.

Comment

[redacted]

I second the comments above and interpret the 12-month lived gender requirement in a much looser way. As long as the patient themselves has identified as their current gender for the past 12 months, the specific ways/settings in which they have expressed this matter much less to me when it comes to my letters of support. If specifically asked, I may include a statement attesting to limitations of the lived gender requirement in my letter (e.g., "She is limited in her ability to express female identity outside of the home due to the rural/conservative nature of her employer and community).

Comment

[redacted]

Very interesting, following to hear from the experts. Is this the patient's first gender affirming procedure? Are they on hormone therapy? Are they dysphoric and otherwise meet all WPATH criteria?

Comment

[redacted]

That was SOCB...no requirement for RLE in SOC7.

Comment

[redacted]

The SOC7 are meant to be flexible guidelines. I have successfully referred a number of patients who were not out for surgery, explaining why they were unable to meet this Lived Experience guideline. It's fine to refer her with the current guidelines. You don't have to wait for SOCB.

Comment

[redacted]

I understand the SOC, to be flexible so that we can make clinical assessments and determinations about what fits best for the patient and their gender goals.

[REDACTED]

Very interesting, following to hear from the experts. Is this the patient's first gender affirming procedure? Are they on hormone therapy? Are they dysphoric and otherwise meet all WPATH criteria?

 Comment

[REDACTED]

That was SOC6...no requirement for RLE in SOC7.

 Comment

[REDACTED]

The SOC7 are meant to be flexible guidelines. I have successfully referred a number of patients who were not out for surgery, explaining why they were unable to meet this Lived Experience guideline. It's fine to refer her with the current guidelines. You don't have to wait for SOC8.

 Comment

[REDACTED]

I understand the SOC to be flexible so that we can make clinical assessments and determinations about what fits best for the patient and their gender goals.

11) HYGIENICKÉ PROBLÉMY

a) Členové WPATH diskutují o nedostatku hygieny u pacientky po hormonální substituční terapii (HRT)

DISCUSSION

Hygiene concerns in an early transfemale

851 Discussion Views
2 Responses

I have a patient who is choosing not to change clothes, has not showered and has worn the same clothing since a follow up nearly a month ago. I'm not certain if this is due to dysmorphia but it may well be. She is also failing to shave her face so now has quite a lengthy beard. This is her first month of HRT. Has anyone else experienced this or have suggestions to approaching this issue?

Hi

I am a family practice provider. Seems to me the lack of hygiene may indicate depression. The shaving is likely less gender and more hygiene and depression but I'm not a mental health expert. In my 8 years experience I have never experienced this response at the first followup. I would be investigating if there is uncontrolled depression. Hope it helps.

Comment

Dear

I'd like to address some of your concerns if I might.

1. Safety first; is this client safe? Do they have stable housing, or shelter, an income, eating regularly? Are they subject to any abuse, assault, bullying, or harassment?

2. Secondly, when you say "early", is this early in the therapeutic process, early in transition, or early in your work with her? I ask because each requires different answers. I'm going to answer "early in work with you." You've diagnosed GD or were referred by someone who had, yes? You've probably done an assessment and BDI; is this person experiencing elevated levels of frustration, anxiety, or depression? Do they have a history of suicidality? There are so many triggers that can push the associated symptomology of gender dysphoria into crisis; have any of these occurred?

3. Regarding the unchanged clothing, does this person have much of a wardrobe? It is very common for Trans folk to maintain THREE wardrobes, particularly Trans women, one of male drag for situations where they are not out, one of female garb matching their gender identity for spaces they're able to present authentically, and garments, usually female, but of an androgynous cut that may be worn anywhere. She may not have many clothes in the second category. She may be very early in transition, still struggling with self-acceptance and cycling through stages of clothing purges.

4. Poor hygiene instantly brings to mind safety again, as in risk of self-harm, elevated depression, suicidality, but also safety as in no stable housing or access to shower facilities or laundry, or not out in housing situation and therefore constrained in dressing space and options due to fear of violence.

5. Has she been diagnosed with dysmorphia? GD diagnostics do contain elements of dissatisfaction ranging to disgust with natal biology matching gender designation at birth rather than actual experienced/lived gender/gender identity but aren't usually referred to with the term "dysmorphia" unless that is a separate diagnosis specific to particular areas of anatomy. Usually, gender dysphoria includes a critical focus upon genitalia or any prominent and visible secondary sex characteristic of GDAB biology. For Trans women, this includes beard shadow, shoulder width, hand size, chin prominence, laryngeal promontory, or other features which may be difficult to alter or conceal and therefore particularly stressful at this stage.

6. Again, with the cessation of shaving, does she have access to adequate shaving supplies and safe space to use them? Or is it possible that this is part of a struggle with self-acceptance and might represent a "flight into masculinity" paradigm? Also, remember race can figure as well. Black Trans women often have different issues managing beard growth, skin appearance, hair and removal methods, and may require elements that could be expensive or unavailable, such as specialty depilatories suitable for multiple skin types.

7. Frequently in the very early days of GAHT, folks experience a boost of positivity, hopefulness, find it easier to regulate, and often describe this concrete and tangible action forward as "gender euphoria." This can be true even if circumstances such as work or family may prevent them from presenting in their experienced gender and may have to continue living part or full time in their GDAB gender presentation.

I hope some of these observations prove useful.

12) NESTANDARDNÍ LÉKAŘSKÉ POSTUPY

a) Členové WPATH diskutují o vhodných standardech péče o nebinární pacienty, zejména pokud požadují nestandardní postupy.

Standards of Care for Non-Binary Patients
 by Thomas Setterwhite
 3,580 Discussion Views
 17 Responses

How do we come up with appropriate standards for non-binary patients?
 What best practices and standards are you following in your experience?

I've found more and more patients recently requesting "non-standards" procedures such as top surgery without nipples, mastectomy, and phallus-preserving vaginoplasty.

Submit

Thank you for raising this topic, Dr. Setterwhite. I look forward to seeing further input from colleagues and how the forthcoming SDC II touches on this topic. It would be important to offer additional information about foredoomed options when performing a procedure that removes tissues that might be wanted for further reconstruction- ie, penectomy only, discarding nipple grafts, etc.

While it might be true that patients who are nonbinary are more likely to make these requests, these procedures are options also selected by those with binary gender identities. Likewise, nonbinary patients...

Read more

Comment

Thomas Setterwhite
 Thank you for the very informative response! I like the term "low frequency request," though over the years, I've found the requests increasing in my practice. From my perspective as a surgeon, I am quite comfortable performing procedures that

are of a "low frequency" (ie, variations in top surgery, as well as bottom surgery, such as phallus-preserving vaginoplasty and nullification) on a fairly frequent basis (and I openly bring this up in my own website and patient materials, so prospective patients will feel welcome in bringing up any surgical goals to me), but it's been rather difficult for me to find other surgeons with the same comfort level who are willing to share their experiences. From a surgical perspective, it would be wonderful to collaborate with colleagues to optimize surgical technique and outcomes. I appreciate the discussion that has been generated.

[REDACTED]

I am not sure whether we need new standards of care or just a different way of looking at gender that is not through a cisgenderist gaze. If adult patients have body autonomy, what is the issue with having top surgery without nipples, for example? Surgical tattoos can help if the patient changes their mind later. I'm not a medical doctor but I do wonder whether it's what is considered standard or non-standard procedures that need to be reconsidered, rather than having separate SoC for non-binary patients. Just a thought from a non-binary mental health provider who has over a decade of experience serving trans, non-binary, &/or gender expansive populations.

Comment

[REDACTED]

YES!

I think it's important to recognize that not all people requesting non-standard procedures are nonbinary, and vice versa.

De-gendering procedures (while still being explicitly trans-inclusive) and taking a patient-centered approach regarding the type of procedure and other specifications is best, from my perspective. When you group certain procedures as "nonbinary" and others that are for binary genders, you risk patients feeling as though they have to ascribe to a certain category to get what they need.

Comment

Yes, this is a great reminder/approach!

This is an important point, thank you for making it

I think one of the lessons of the failure of gatekeeping-type approaches in this space is that when people are not free to define for themselves the goals and (so far as possible) timeline of their medical transitions, the risk of post-treatment regret is increased (albeit proportional to the teeny tiny baseline risk). For example, if a hysterectomy is presented to patients as a necessary aspect of a binary trans male transition, even if that surgery would have also been the patient's ultimate choice in the absence of that pressure, the lost autonomy in the decision will make the patient more likely to feel it as a loss, rather than/as well as/after feeling it as a

relief. It also makes it much more difficult to establish a trusting therapeutic alliance, eroding the ability of the patient to ask questions and explore possibilities.



Thomas Satterwhite

Thank you for pointing this out, [REDACTED] I wholeheartedly agree with your comments; I had written my initial question too hastily and too thoughtlessly. With every patient I operate on, I always take a patient-centric approach and I let my patient lead the journey (not me). And you are correct, of course—gender identity has nothing to do with one's gender expression and choice of surgical procedures. What I was trying to (clumsily) ask is: since there are established pre-op guidelines for "standard" (and I hate using this word) procedures such as vaginoplasty, phalloplasty, and mastectomy, how will we all (and the SOC) evolve to appropriately establish standards for "non-standard"...

[Read more](#)

Comment

[REDACTED] Are the current pre-op guidelines not sufficient? I know that for masculinizing top surgery procedures, these guidelines do not state whether or not someone should have nipples, what type of procedure would be most appropriate given chest size, or whether or not body contouring techniques are needed to address gender dysphoria.

My concern with creating a new set of guidelines for procedures that don't neatly fit into the currently established taxonomical classification is how new guidance may create new bureaucratic processes to handle at health care systems coverage level. In the US, our insurance systems still (largely) rigidly define what surgical procedures are appropriate for specific bodies (typically, based on binary sex or gender identity categories), and creating a new process for procedures that are less common will likely generate more challenges for patients and their letter writers.

That being said, what would you hope that creating new guidelines for these procedures would accomplish?

Is "non-standard" procedures the best term to use? They may become standard in the future....any more possible terms that could be used to describe these kind of procedures without having to describe them?

Comment

Variations of gender affirming surgeries.

I think an approach that might help would be reframing medical and surgical interventions as responsive to an individual's need related to their own specific "embodiment of gender" rather than the current terminology. The entire field of gender care is going to be inevitably overhauled by younger people (thankfully) and we will need to adjust our lens regarding interventions being responsive to the poorly defined "gender dysphoria."



Thomas Satterwhite

I look forward to hearing your talk! Over the years, the types of operations I've performed have evolved based on my patients' goals and wishes—for top surgery, I've performed mastectomies without nipples, or have created chests with varying degrees of remaining breast tissue, or created incision patterns specific to my patient's wishes. For bottom surgery, I've performed minimal-depth vaginoplasties (vulvoplasties), phallus-preserving vaginoplasties, and nullification procedures. I'm quite comfortable tailoring my operations to serve the needs of each patient. We've put together a...

[Read more](#)

Hi Thomas,

I'm so glad to see this question posed. I think we are going to see a wave of non-binary affirming requests for surgery that will include non-standard procedures.

I have worked with clients who identify as non-binary, agender and Eunuchs who have wanted atypical surgical procedures, many of which either don't exist in nature or represent the first of their kind - and therefore probably have few examples of best practices and...

[Read more](#)

Comment

I have experienced that pushback from both trans and non-binary patients as well over the last year compared to any time prior. Pushback means the need to justify the requirement for a letter from a mental health professional.

I've found this whole discussion incredibly useful.

Comment

DISCUSSION

Gender Nullification Surgery

1,746 Discussion Views

6 Responses

This morning I had my first patient ask about Gender Nullification Surgery.

I have no experience with this procedure, what the recovery is like, what the scars are like or who performs it. The patient is AMAB.

Any info is appreciated.

Submit



Rajveer S. Purohit

This is an uncommon but a very important topic (in my opinion). I found it really important to discuss with patients exactly what they want - e.g. orgasms or not, sitting to urinate, etc. Getting the letters of psychological support are particularly important in this case. That said, what I have done in the past is a total penectomy with neurovascular pedicle preservation and burial of a "neocitoris" so patients can continue to have orgasms - if they wish - a segment of the bulbar urethral remnant is preserved and brought out as a perineal urethrostomy and sutured to a u-flap posteriorly. Anteriorly, the skin above the phallus is developed as a flap and mobilized down to the...

Read more


Comment

Found this link. I have not had a patient request this either.

Comment

The Crane Center website also has info on nullification surgery.

I actually just came here to ask about this. I had an AFAB client bring it up to me today and I had never heard of it. I did find a couple of doctors via Google who provide it, but I would love to have more basic info about it!

 Comment



Thomas Satterwhite [REDACTED]


Hi [REDACTED] This is a procedure that we perform in our practice (Align Surgical Associates). We are based in San Francisco. We've been able to consistently get insurance coverage for many of our patients. Our website contains information on the procedures, and we do have information/photos on post op results (on "nullification" and other variations in genital gender affirming surgery) that can be viewed here: Gender Expansive Bottom Surgery (<https://www.alignsurgical.com/gallery/gender-expansive-bottom-surgery/>)

 Comment



Daniel D. Dugi [REDACTED]

We also offer this at OHSU in Portland, Oregon. Incision/scar pattern depends on patient choice of approach—we offer two approaches depending on patient goals. Haven't had a problem getting insurance coverage so far.

 Comment

Non-standard Surgeries and the Question of Consent

2014-11-11 11:11:11

I hope everyone had a lovely time at the conference; it was a pleasure meeting many of you!

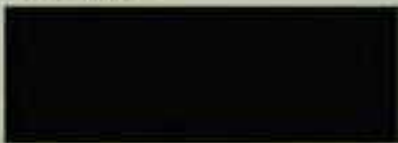
I wanted to make a post to open a discussion on a topic that has been subject of some tensions at the conference. Providers have delightfully presented about new techniques that are being developed to serve trans people whose embodiment goals do not fit dominant expectations—mastectomies without nipples, mastectomies for people who do not want breasts from estrogen, vagino-preserving phalloplasties, etc.

These new 'non-standard' surgeries are for many a fantastic development. Some, however, are concerned by them. People's discomfort with non-standard surgeries often turn on them being 'weird', then reflecting 'uncertainty' or 'lack of commitment' to transition, or them risking the ire of conservatives.




When thinking about non-standard surgeries, I think it is crucial for us to go back to the basics of trans health. Why do people seek out trans health? It's to have a body that feels comfortable to them, that feels like them, that feels like home—or, at least, as close to it as possible. Trans health is not and should not be about creating bodies that are socially acceptable, bodies that do not challenge or disnormalize. Trans health is about bodily autonomy, not about normalizing bodies. We didn't reject the idea that you can't change your gender only to double down on the idea that gender is binary and defined by genitalia.

Conservatives are scary and I understand the fear that non-standard surgeries will be weaponized against access to care. However, it is far from clear that offering individualized surgeries will lead to the downfall of trans care. First, they already think all trans surgeries are mutilation so non-standard surgeries aren't a big difference or mitigate conservatives. Second, individualizing surgeries reinforces our counter-narrative that trans care is not about pushing people into fitting stereotypes but about finding what fits each person best. I also don't think it would be fair to throw those who want non-standard surgeries under the bus—they're not less important or less deserving because what they want is different. Isn't making space for difference why we got into trans health in the first place? And if we reject those surgeries for being 'weird' or politically unpopular, can we trust ourselves to stand up for the other subgroups that religious conservatives target?

Food for thought.



Add to this discussion either by replying to this email or by using the button below.

Advisors of the Community: 
 Mari L. Brown 

13) OBAVY O KOJENÍ

a) Členka WPATH diskutuje o rizicích při poskytování možnosti kojení transsexuálním pacientům prostřednictvím chirurgického zákroku.

DISCUSSION

Lactation in a transwoman

1,081 Discussion Views
4 Responses

I have a 30 year old transwoman who wants to lactate "just to experience it". I.e., this is not to nurse an infant. Protocols to do this involve increased estrogen and giving progesterone, as well as domperidone (technically not approved here in USA). I have some ethical issues with this, as this is not without some risk. Interested in hearing comments.

Submit

I also have ethical concerns in this case. If a cis woman came to me with this wish, I would refuse therapy. After all, we are talking about a medical intervention that is not necessary.

Comment

I have also had success with metoclopramide TID + pumping along with estradiol, not necessarily at an increased dose depending on levels. There is some risk for tardive dyskinesia with this drug, but it is FDA approved and more easily accessible than domperidone.

Comment

I am an ethicist, not a physician. I agree with you that there is a questionable reason for this medical intervention. You are not a technician; you are a professional to whom society gives certain privileges in exchange for your prudent use of resources, your

commitment to interventions where benefits outweigh risk and to "at least do no harm." I understand your patient's desire to experience lactation as one function of her womanhood. But that is insufficient reason, in my estimation, to intervene medically. Our colleague [REDACTED] put it well—if a cis woman requested it, they would refuse....


[Read more](#)

 [Comment](#)

[REDACTED]

i have never had this request but I have had patients who have expressed a wish to lactate so that they can nurse/co-nurse a child. I think there are few studies of this being done successfully but would be interested to know more.

In regards to your patients request I would have huge concerns about the ethical implications of complying with such a request.

 [Comment](#)

b) *Nebinární žena vyjádří přání vyvolat laktaci a užít Cialis*

Cialis or Viagra and lactation

[Redacted]

👁 536 Discussion Views

Self-identified non-binary female (AMAB) hopes to induce lactation for their 7-month-old; also interested in Cialis. I'm seeking research or clinical experience on the safety of Cialis (tadalafil) or Viagra (sildenafil) during lactation? In LactMed I see, "Limited data indicate that sildenafil and its active metabolite in breastmilk are poorly excreted into breastmilk. Amounts ingested by the infant are small and would not be expected to cause any adverse effects in breastfed infants". Thank you!

Submit

14) ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO NEZLETILÉ OSOBY

a) Členové WPATH diskutují o 13leté nebinární pacientce, která žádá o HRT.

Best practice for 13yo non-binary requesting T

👁️ 1601 Discussion Views
👤 2 Responses

Hello folks,

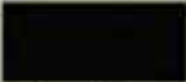
I have an incoming 13yo (soon to be 14yo) who has identified this past year as non-binary, referred to me for assessment to start testosterone (per child's request). Thoughts? I was under the impression that is more the exception to start for kids under 16, not the norm and ideally the adolescent be at least 16. It has been a while since I've had younger clients seeking hormones and wanted to make sure I am up to date on information, guidance and best practices.

A possible complication, sounds like there is some purposeful malnutrition and restrictive eating for "a more non-binary appearance".

Thank you in advance.

The current SOC actually removes the age requirement all together and recommends not starting until the adolescent is reasonably able to provide informed consent, the age of which will be different person to person. Individual practices may vary, but you can provide that assessment and then the prescribing clinician and inform families of their own practice.


● Comment


You bring up some very interesting issues. At what age should transition begin, and what are the problems associated with possible detransition is a person who is so young.

I usually recommend that the person be living as the other sex for 6-12 months since they may find that they are uncomfortable with the sex that they feel is appropriate. Also, they need at least ~~one supportive~~ parent involved.

It is very difficult to ask that they wait until age 16 because by then they will be dealing with menstrual periods and complete breast development. Waiting appears to increase the rate of suicide attempts.

After much experience as a pediatric endocrinologist, I would not rule out treating if the person is living as a male and is convinced that transition would be correct for him.

 Comment

15) DŮVOD PRO PŘECHODNOU A EXPLORATIVNÍ TERAPII

a) Člen WPATH se ptá, zda existuje základní příčina, která vede k přechodu.

What is 'exploratory therapy'?

2,482 Discussion Views
3 Responses

We are increasingly seeing references to exploratory therapy a prerequisite to transition-related medical interventions. Oftentimes, although not always, this is coupled with Littman-esque concerns that youths are transitioning due to trauma, social pressure, or internalized misogyny and homophobia. Beyond the idea that potential 'causes' of the trans identity should be explored, I have rarely seen extensive discussions of the parameters of exploratory therapy. For those who practice I had a few questions. I acknowledge that they are leading questions, but hope you will nevertheless make a good faith attempt to answer them as fully as possible:

1. What do you do if the patient refuses to explore with you? Do you refuse them gender-affirming care, even if it may be necessary?
2. How long does the exploratory therapy last? How do you know if it has gone on long enough? Do you go until you find a 'root cause'?
3. How do you distinguish between, e.g., trauma that caused someone to be trans and trauma that a trans person happens to have? Do you trust the patient's beliefs? Would you equally trust a patient's view that it is not grounded in trauma?
4. If you find that self-identification is rooted in, e.g., trauma, how do you assess whether this response is adaptive or maladaptive, and whether the person can safely be encouraged or helped to re-identify with the gender assigned at birth? If this proves unsuccessful, would you ever consider recommending access to gender-affirming care? Under what conditions?

5. If a patient re-identifies as cisgender, do you wind-down the therapy or do you continue at the same pace to ensure their re-identification is genuine and not a coping or adaptive response? Why or why not?

6. Relatedly, do you consider self-identification as transgender more suspect or deserving of exploration than self-identification as cisgender? Why or why not? How is this reflected in exploratory therapy?

7. Is there any evidence that exploratory therapy leads to better outcomes, however you define them, or that it can successfully identify youths who aren't 'truly trans,' youths whose identification is maladaptive, and/or youths who would be harmed by accessing gender-affirming interventions?

8. Do you believe that transition-related medical interventions such as hormones can be offered in parallel to exploratory therapy either as a means of reducing present gender dysphoria or as a way of helping the individual explore their gender and whether gender-affirming care is right for them? Do you think social and medical transition being temporary is an inherently undesirable outcome? Why or why not? Is this related to an intuition that bodies that have undergone medical transition are less desirable and should be avoided if possible?

9. What do you make of the distress of the numerous youths who are 'truly' trans, who we have reasons to believe are a strong majority and will experience ongoing distress during? Based on the recent Littman study, the high end of non-disclosure of detransition to clinician is around 75% and the high end of detransition estimates is around 3%. Even assuming the correctness of these higher bound estimates, we would still have 88% of individuals not detransitioning.

9. Given your concern about precipitated and premature affirmation as a foreclosure of gender identity and exploration, what are your thoughts on encouraging puberty blockers more broadly to all questioning or even perhaps all cisgender kids? Would your answer change if we were 100% certain that puberty blockers had no long-term side effects?

10. Do you believe that such exploratory therapy can create psychological and emotional pressures to re-identify with the gender they were assigned at birth?

11. Do you believe that such exploratory therapy can create psychological and emotional pressures to lie, misrepresent, or otherwise engage in the therapy in bad faith so as to ensure access to sought interventions? Do you believe this could lead patients to suppress doubts and worries and, as a result, make less-than-informed decisions on accessing gender-affirming care?

Thank you ahead of time for your answers.

I would be really interested in where these ideas come from, the references. I have a parent of an 18 year old client who is demanding this verbatim. Mind you the client is 18, so the parent can't demand a single thing.

Comment

I deeply appreciate you and the work and thought that went into these questions. I am likewise concerned about these issues and share your deep concern regarding the children and adolescent sections of the SOC 8. It's perhaps naïve, but I expected the guidelines to advance possibilities and as I read it, many parts feel more restrictive than what's in place, even in my more conservative part of the country.

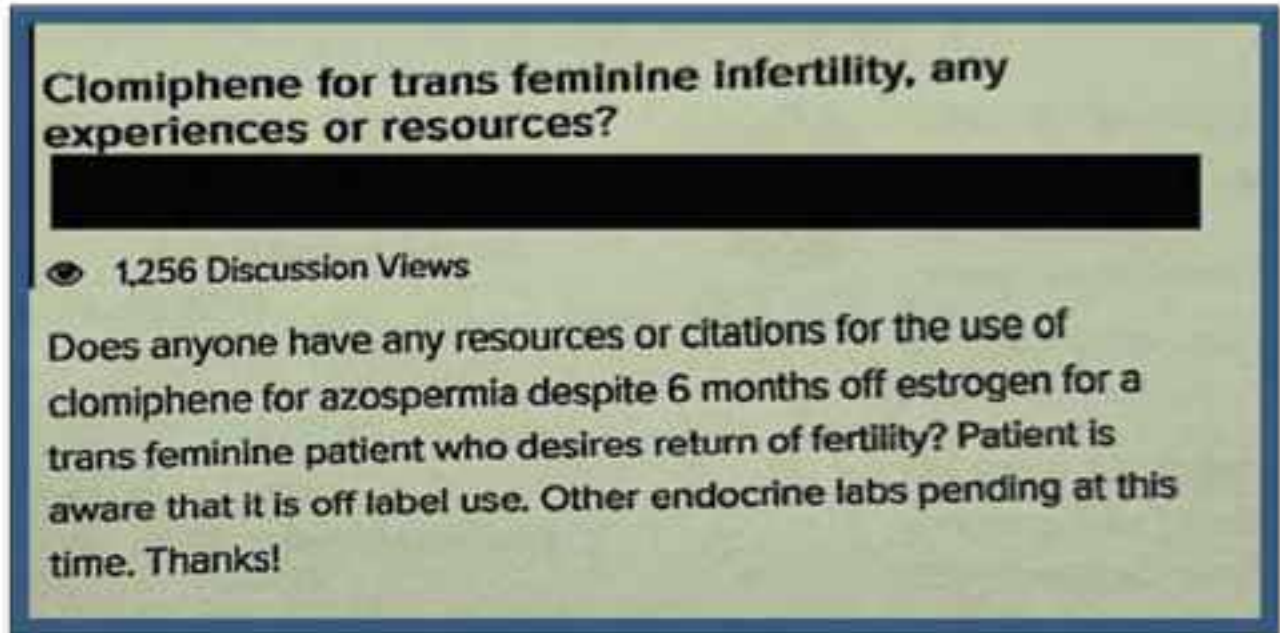
Comment

I would like to thank [redacted] for this timely article. We (the LGBTQ2I community) are not progressing out of a particular 'hole' we seem to be trapped in...this deep depression of ignorance. I am a scientist, and have come to understand profoundly that there exists reasons for everything being how everything is, including that "T" word...transition. I stress here the word "reasons" as opposed to "causes". There is no "cause" for transition...there are reasons and the word "choice" is not applicable. So...if it is not by "choice" then it is by... what? When we answer that question adequately then the gatekeeping will stop, and not before. People are born gay...they do...

[Read more](#)

16) PROBLÉMY S PLODNOSTÍ

a) Člen WPATH hledá zdroje pro léčbu neplodnosti



17) ZDROJE PRO NEZLETILÉ V OBLASTI TRANS ZDRAVOTNÍ PÉČE

a) Členové WPATH diskutují o školním psychologovi, který hledá zdroje pro studenty v oblasti genderu.

Resources on Gender

[REDACTED]

I was contacted by a psychologist who works at a school (K-8) and is looking for general info on gender. The purpose is to help their students (and parents) understand what gender is and to allow them the freedom to explore. In speaking to her, I realized that my plethora of resources is almost all for kids who already identify as trans. Does anyone know of any resources for children that help them understand gender, or that answer questions parents may have about gender?

February 14, 2022

Submit

[REDACTED]

[REDACTED] from a few years ago, and I now work with the Trans community as a woman of trans experience. I have put some resources together that you might find helpful. They are not targeted at children, but would be helpful for parents and teachers. [REDACTED]

[REDACTED] Gender Education ([https://\[REDACTED\]/gender-education](https://[REDACTED]/gender-education))

I also have a book on transitioning coming out soon. I hope you can find something helpful.

February 23, 2022

Comment

[REDACTED]

These 2 books are great.

The Reflective Workbook for Parents and Families of Transgender and Non-Binary Children: Your Transition as Your Child Transitions (https://www.amazon.com/Reflective-Workbook-Families-Transgender-Non-Binary/dp/1787752364/ref=sr_1_4?crid=9FC75QBVHLWJ&keywords=maynard+transgender&qid=164565)

The Reflective Workbook for Teachers and Support Staff of Trans and Non-Binary Students (https://www.amazon.com/Reflective-Workbook-Teachers-Non-Binary-Students/dp/1937521781/ref=tgb_l_1?pf_rd_p=9f4c79d6147d4734&pf_rd_s=keywords%3Dmaynard%3Dtransgender&pf_rd_s=2154&pf_rd_p=maynard%3Dtransgender%3Dcaps%3D%3D&pf_rd_t=1)

February 23, 2022

Comment

[REDACTED]

For tweens/pre-teens, I like to use the Gender Quest workbook (https://www.amazon.com/Gender-Quest-Workbook-Exploring-Identity-Workbook/dp/5018953176/ref=tgb_l_1?pf_rd_p=3146280c34334444&pf_rd_s=keywords%3Dgender-quest&pf_rd_s=2154&pf_rd_p=3146280c34334444&pf_rd_s=preference%3Dgender-quest%3Ddigital%3D%3D&pf_rd_t=1) with charts to guide our discussions. For younger children (although I don't personally work with this age group), The Gender Identity Workbook for Kids by K. Storck would be my recommendation.

February 23, 2022

Comment

[REDACTED]

[REDACTED] For parents I would recommend my book, How To Understand Your Gender (<https://books.google.com/books/about/understand-your-gender-a-practical-guide-for-exploring-who-you-are/dp/0990786527465/>). I have been told that it's a good resource for parents. It's definitely not just about trans people or trans issues but rather a guide to understanding gender for people of any gender(s). It is also suitable for high school students but not really K-8, although I know some middle-schoolers who have enjoyed it.

For K-8, I would recommend the following books:

The Big Book of LGBTQ Activities (<https://us.jip.com/collections/gender-diversity-gender-diversity-pid-006/products/the-big-book-of-lgbtq-activities>)

The Every Body Book (<https://us.jip.com/collections/children-s-books-gender-diversity-pid-876/products/the-every-body-book>)

The Pronoun Book (<https://us.jip.com/collections/children-s-books-gender-diversity-pid-876/products/the-pronoun-book>)

For younger children, Who Are You? (<https://us.jip.com/collections/children-s-books-gender-diversity-pid-876/products/who-are-you>)

I hope this is helpful.

February 23, 2022

Comment

[REDACTED]

I just learned of this resource, which may be helpful for your needs. There's a resource page for parents and supportive adults which gives some basic info: TYFA - Parents (<http://trans4young.org/parents.html>)

18) HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI DYSFORIE

a) Členové WPATH diskutují o nalezení validovaných měřítek pro závažnost genderové dysforie

Dysphoria severity

[REDACTED]

2,287 Discussion Views
3 Responses

Good day, is anyone out there using a validated measure for assessing dysphoria severity in routine clinical care? If so, what would that be and how have you found it useful in your practice? Thanks.

Submit

[REDACTED]

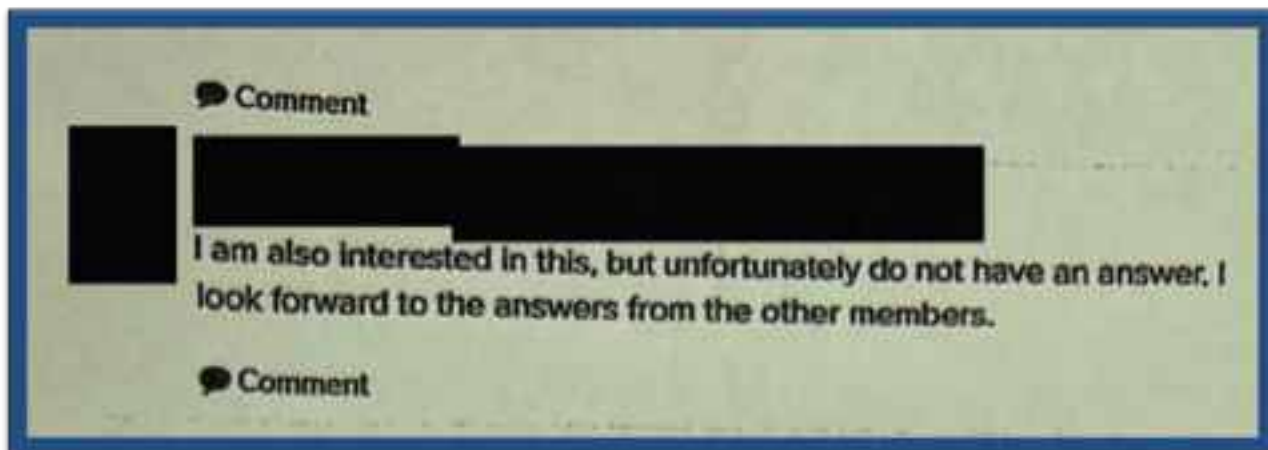
These are perhaps more research-oriented, but I like the gender distress and positivity scales developed by the Trans Youth CAN team: <https://transyouthcan.ca/project-documents/#data>. I particularly appreciate the attention to gender positivity, not just distress, and think that could be better incorporated into clinical practice. (https://transyouthcan.ca/project-documents/#data. I particularly appreciate the attention to gender positivity, not just distress, and think that could be better incorporated into clinical practice.)

Comment

[REDACTED]

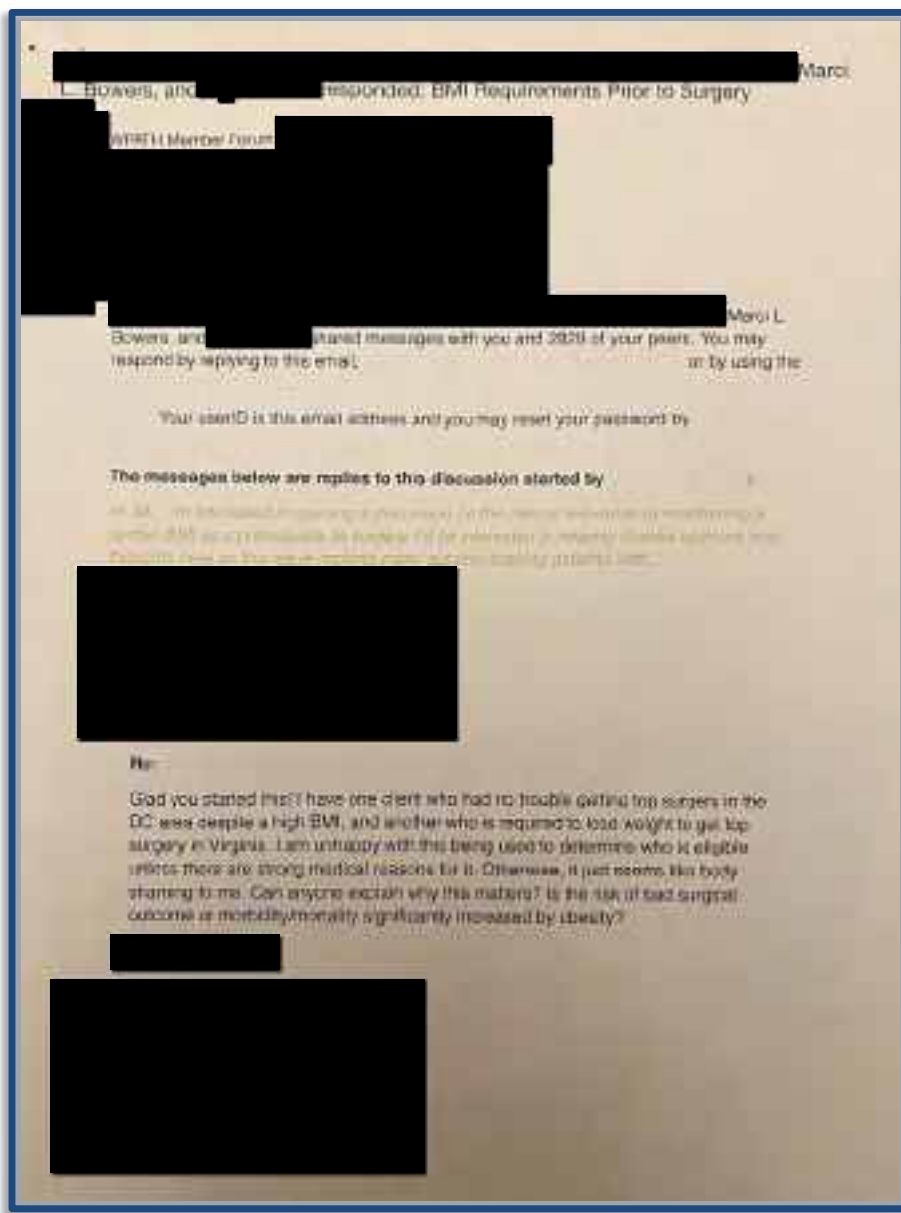
[REDACTED] We have recently switched to using the Transgender Congruence Scale, which has been validated and can be tracked over time to observe whether congruence is improving/dysphoria is decreasing. It is inclusive of all gender identities. Hult, T.Z., Ralston, A.L., Haws, J.K. et al. Psychometric Evaluation of the Transgender Congruence Scale. Sex Res Soc Policy (2021). <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00659-7> (https://doi.org/10.1007/s13178-021-00659-7) In clinical practice, we are only doing this at our initial intake at this time, and truthfully generally find the provider history-taking to be th...

b) Člen WPATH vyjadřuje nedostatek validovaných měřítek pro určení závažnosti genderové dysforie.



19) POŽADAVKY NA BMI PŘED OPERACÍ

a) Členové WPATH diskutují o klinickém významu udržování určitého BMI jako předpokladu pro operaci.



Re:

Thank you for introducing this topic here. I have had several clients who have needed to delay surgery (one who did manage to lower their BMI) and at least one who may not have access to surgery at all given BMI requirements. It's disheartening and my understanding of the reasoning behind the limits has not squelched my concern for heavier people who need access to surgery and are not likely to healthily or successfully get their BMI in range. I look forward to this conversation.

[REDACTED]

[REDACTED]

Re:

It goes to outcomes. Poor outcomes are noted in significant numbers of pts with elevated BMI especially if diabetic or with other comorbidities. Trust me, poor surgical outcome is far worse than any dysphoria from not being able to proceed with a particular surgical procedure.

[REDACTED]

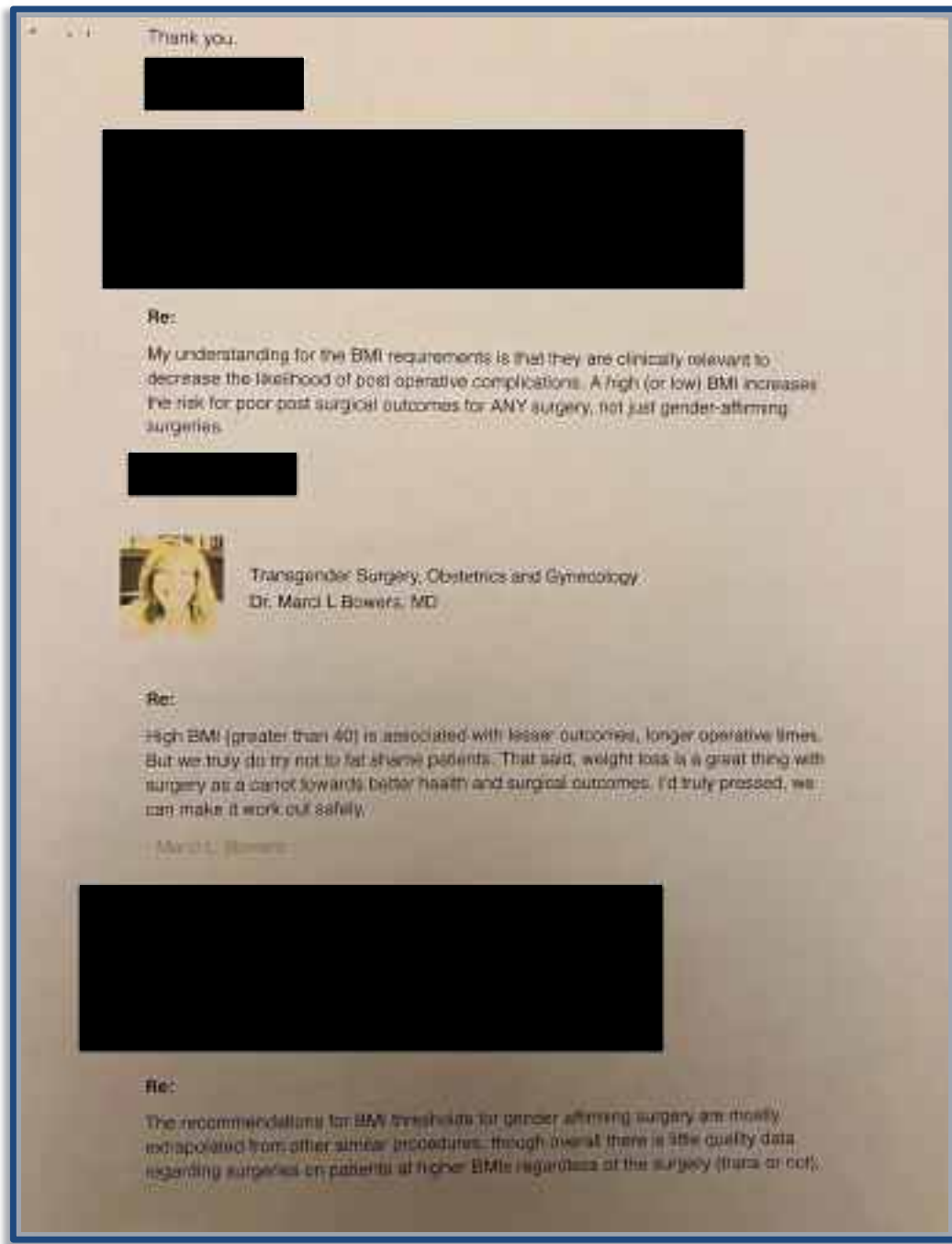
[REDACTED]

Re:

I have a client seeking top surgery, and following a discussion about his eating disorder, was told to lose weight. This triggered disordered eating, and we have been working to get his eating disorder under better control since.

I have another client who was told he needs to be admitted to the hospital for top surgery due to his BMI. His insurance does not cover this, and he cannot afford the astronomical cost.

I am extremely interested in this discussion. I have been thinking of approaching a surgeon who does not have a BMI limit [REDACTED] to ask if conversations, doc to doc, could be had. I am in Washington state.



... due to systemic fatphobia and lack of quality care for people who are at higher BMIs. Poor health and disease is blamed on high BMI, people are told to lose weight before surgery, etc., and thus nothing is done to actually treat people at higher BMIs because the first go-to solution is to ask people to lose weight before doing anything else.

I think a great next-step toward a solution would be for surgeons who are doing surgeries on patients at higher BMIs to publish their data about the outcomes. Additionally it would be great for providers to be educated on the low success rates of sustainable weight loss and take that into account when prescribing it to patients prior to surgery, and instead try to figure out other alternatives to allow patients to have surgery safely. I don't dispute the fact that outcomes are riskier at higher BMIs, but I do dispute that it is the fault of adiposity itself rather than weight bias influencing how patients at higher BMIs are cared for and operated on.

[REDACTED]

[REDACTED]

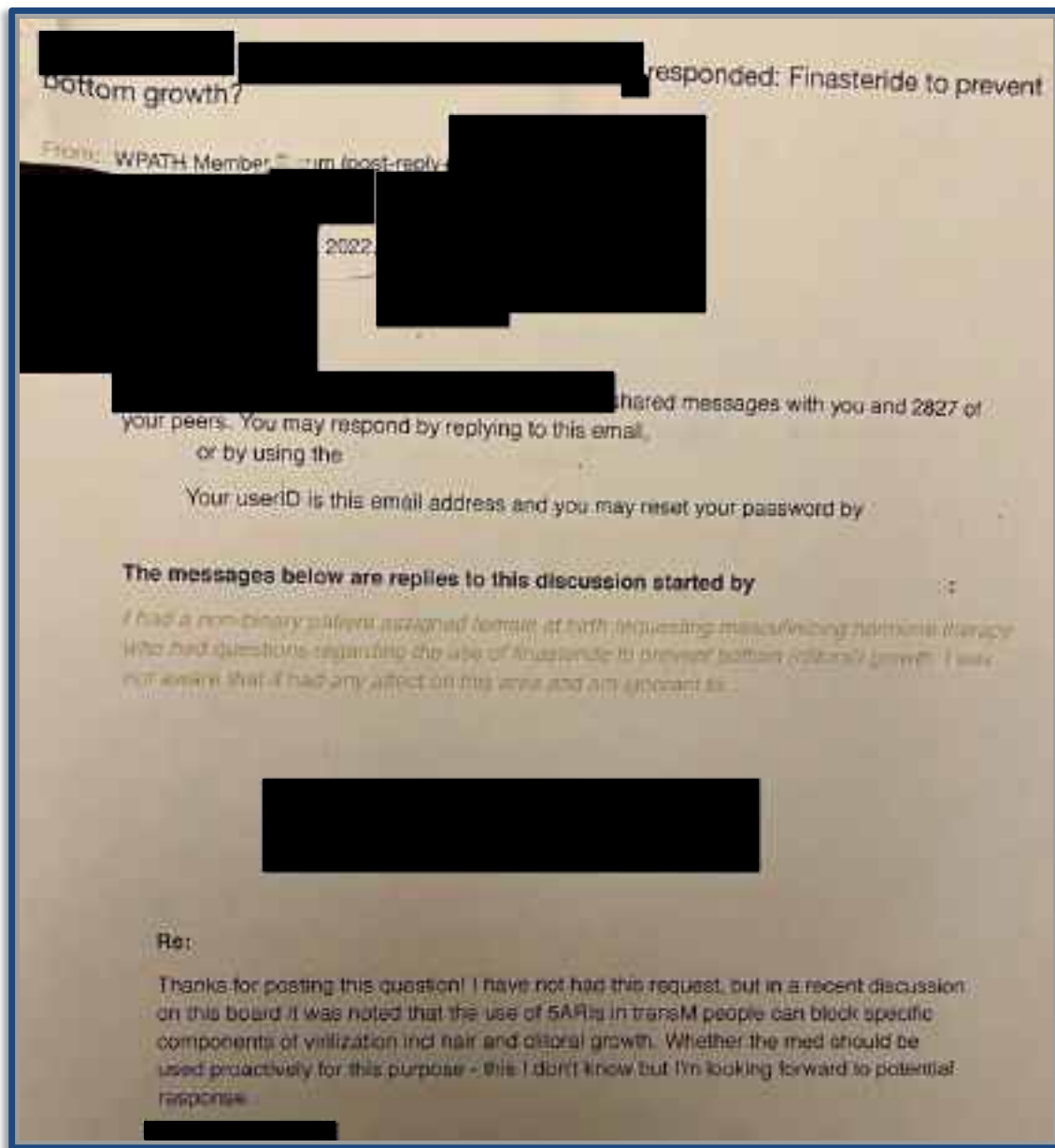
Re:

I do want to add on, I recognize that this is a systemic issue and not the fault of any individual provider. I think most people are doing the best they can with the info they have to provide safe surgeries. However that doesn't also mean positive change can't take place to allow patients at every size to have surgery safely and to learn more about how best to support patients at higher body weights without defaulting to weight loss as a first option. Like you mentioned it is also important to take into account the high prevalence of eating disorders in trans individuals and that recommending weight loss to access surgery can exacerbate this.

[REDACTED]

2) HORMONÁLNÍ KOMPLIKACE

a) Členové WPATH diskutují o používání finasteridu k prevenci růstu spodiny (klitorisu)



Re:

I haven't had experience with this use of finasteride or this request in particular, but my understanding is that finasteride blocks the conversion of testosterone to dihydrotestosterone (DHT). DHT is primarily a hormone important for embryological development and in the adult cis-male is active in scalp hair follicles and prostate tissue primarily. I would guess that clitoral growth would occur to some extent in response to testosterone even in the presence of finasteride, but will be interested to hear if others have tried using it to block clitoral growth.

[REDACTED]

[REDACTED]

Re:

I have had a similar patient who is requesting finasteride to prevent bottom growth whilst starting testosterone.

We have not been able to find any evidence for this but it is clearly something that is being discussed in the community.

It has been difficult to give them a definitive answer. Any resources, evidence or advice would be appreciated.

2) ETICKÉ ZÁSADY PÉČE O DOSPÍVAJÍCÍ

a) Členové WPATH diskutují o etických standardech péče (SOC) pro léčbu 13letého dítěte s opožděným vývojem.

DISCUSSION

Ethical inquiry - adolescent

Patricia, Transgender Medicine (285 members), Transgender Healthcare Policy and Public Health (263 members), Transgender Mental Health (73 members)

• 1288 Overview Views
• 5 Responses

In a developmentally delayed 13yo adolescent, currently on pubertal suppression, that may not reach the emotional and cognitive developmental bar set by SOC* within the typical adolescent time frame if at all, what is the ethical approach to care? When would gah be indicated?

*S.T.C. "the adolescent demonstrates the emotional and cognitive maturity required to provide informed consent/assent for the treatment."

Many thanks,
[Redacted]

[Add bookmark](#)

Submit

Hi [Redacted]

How developmentally delayed is this young person and how was their cognitive capacity for consent measured and evaluated? What is the level of consent and cooperation from the parents or guardians? I have had a couple of youth ages 14 and 15 with PDD, both M/F, one of whom was considered able to consent and was affirmed and one of whom was not, according to the specialists. It apparently was based on their psychiatric stability. Because the SOC* does not get this far into the weeds on young patients, I think the judgement is left up to individual teams, their expertise with developmental concerns, social...

[Read more](#)

This is how I would approach this if asked to advise:
A guiding principle would be weighing harm of acting vs not acting, if the adolescent's gender identity has continued unchanged and the pubertal suppression is preventing unwanted pubertal changes or suppressing effects, then continuing to suppress puberty remains important to prevent harm from stopping it. As you know, leuprolide cannot be continued indefinitely (past 1-2 years) without a sex steroid hormone as well, to prevent bone mineral and density loss. This risk ...
Read more

● Comment

The SOC's pretty clear that an interdisciplinary team approach may be preferable in some cases, or finding a way of communicating important ideas in a different way (perhaps involving the kid's parents or other providers, to get a better sense of what's worked in the past), and that in others we're required to take the time to ensure folks understand the risks and benefits of treatment. Kids with intellectual disabilities are able to consent to other surgeries. I wonder if there's important context your question is missing? Or if you're looking for a particular kind of approach? But so much depends on the particular kid... Thank for asking that factored to see if others offer...
Read more

● Comment

I think the key here is careful attention by the entire team, and then careful collaboration. Are the parents completely supportive? Is there any reason to believe that the delays would be significant enough to alter the pathway of transition? I would look at having an evaluation by a child life specialist, as well as another provider.

I suspect there is no one perfect answer, but it certainly makes sense to have a consensus with the developing child. I would also make very certain of where the parents are with the assessments, desires of the child, and the available GAHT plan. If in doubt, do not harm...
Read more

● Comment

You may find the following helpful: <https://thebmj.com/content/402/92110>
<https://thebmj.com/content/402/92110>

● Comment

Přepis: Workshop o vývoji identity, který se konal 6. května 2022

Před více než rokem unikl na veřejnost jiný záznam z panelové diskuse, který trvá 1 minutu a 30 sekund (celkem 1 hodinu a 22 minut).

Video v souborech WPATH je nový záznam, má jiné uspořádání a nemá žádnou souvislost s předchozím únikem. Časový údaj dříve zveřejněné části videa WPATH je 23:16 - 24:43. Je to poprvé, co je panelová diskuse zveřejněna v plném znění.

CLIP 1

Cecile Ferrando: Transmaskulinní pacienti. A mluvíme o časně ooforektomii, tedy o časném odstranění vaječníků, a o tom, co to znamená u někoho, kdo užívá testosteronovou terapii, ale nemusí být na testosteronu celý život. A já jim jednoduše vysvětlím, že je třeba ho doplňovat, aby měli kardiovaskulární ochranu, zdraví kostí, dobré zdravé kostí, když stárnou.

Um, takže to jsou věci, na které myslíme v této skupině 20letých žen, kterým odstraňujeme vaječníky. Existuje určitá obava, že dlouhodobě, pokud někdy přestanou užívat testosteron, mohou být, um, um, v metabolickém riziku, což je prostě něco, co je třeba zvážit. Ale historicky máme populaci pacientek, které také nevyhledávají lékařskou péči.

Takže je tu i tento matoucí faktor, který to trochu komplikuje. Ale nakonec jde o informovaný souhlas. A z mé strany jen spravuji pacienty, kteří vyhledali léčbu alternativními způsoby. Um, a že to jsou, ty, ty mohou být docela náročné.

Ren Massey: Díky, Cecile. Chtěl by ještě někdo přidat nějaké postřehy?

Dan Metzger: Víte, když začínáme lidem podávat testosteron nebo estrogen, snažíme se co nejjasněji říct, které věci budou trvalé a které se vrátí zpět. Takže pokud jste začali užívat testosteron, váš hlas se změní. To je trvalé, ale možná budete svalnatější, ale pak to není trvalé, pokud byste přestali.

Myslím, že u dětí je třeba mít na paměti, že často vysvětlujeme tyto věci lidem, kteří ještě ani neměli biologii na střední škole. A, a, um, uh, a vím, že jsem, slyšel jsem ostatní v, v tomto druhu, v tomto druhu prostředí říkat, no, my si myslíme, že dospělí jsou jako opravdu šikovní biologicky.

A ve skutečnosti má spousta lidí o těchto věcech jen velmi malé lékařské znalosti. Prostě dáváme lékařům a odborníkům na duševní zdraví za samozřejmost. Takže si myslím, že musíme být, ehm, konkrétnější, než si myslíme, že musíme být. Um, kromě chirurgických věcí, víte, myslím, že, myslím, um, uh, a trvalých fyzických změn, které se dějí s testosteronem nebo estrogenem, um, víte, můžete mít nějaký vývoj prsou, kterého byste možná později litovali.

Ale myslím, že je poměrně bezpečné nějakou dobu užívat hormon X a pak přestat a vrátit se k hormonům z natality. Za předpokladu, že jste neprodělali nějakou gonadektomii, pak, jak zmínila Cecile, je to jiná otázka, pokud máte méně hormonů, um, takže, um, myslím, že je důležité, um, aby to lidé věděli, a myslím, že také, jako, prostě obecně, víte, lidé to chtějí, ale nechtějí tohle, ale chtějí tohle, ale nechtějí tohle od hormonu, a já jako, no, víte, možná nejste binární, ale hormony jsou binární, a tak, víte, nemůžete získat hlubší hlas bez pravděpodobně trochu vousů.

Takhle to nefunguje, nebo nemůžeš, ehm, nemůžeš, ehm, víš, dostat estrogen, aby ses cítila více žensky, aniž by se ti vyvinula prsa. To, to, to nefunguje moc dobře. A existují různé způsoby, jak se pokusit některé z těchto věcí obejít, ale obecně, um, víte, když podáte hormon, bude dělat to, co dělají hormony.

Bude působit na receptor, receptory jsou všude, a získáte nějaký fyziologický účinek, a je těžké si vybrat účinky, které chcete. A vím, že to je, um, vím, že to je, uh, jako něco, čemu by děti normálně nerozuměly, protože ještě neměly biologii, ale myslím, že spousta dospělých také doufá, že budou moci získat X, aniž by dostali Y,

a to není vždy možné.

CLIP 2

Ren Massey: Díky, Dane. Ano, očekávání a informovaný souhlas. Máme tady hodně práce, dokonce i jako odborníci na duševní zdraví, um, v mé práci, já, ještě předtím, než lidé začnou s hormony, procházím dlouhé, um, informace o účincích různých druhů hormonální terapie, uh, jen proto, aby měli, mám jasno, že mají nějaký smysl pro pochopení toho, do čeho jdou, protože i dobří hormonální doktoři tady v mé oblasti.

Ne vždy si na to uděláme čas, nebo je pro nás snadné předpokládat, že nám lidé rozumějí. Víte, ale ten estrogen někomu hlas nezvyší. Nebo pokud jste v určitém věku, testosteron vás neudělá vyššími. Takže řídit očekávání je podle mě opravdu důležité. Uh, vypadá to, že Dianne je připravena něco říct.

Dianne Bergová: Ano, jen jsem chtěla navázat na důležitost, která je spojena s informovaným souhlasem. Um,

Často se setkávám s lidmi, kteří, protože je takový nedostatek terapeutů, kteří by poskytovali nějakou psychiatrickou terapeutickou podporu, často se setkávám s lidmi, kteří se již zapojili do nějaké, a to je opět u mládeže, kteří se již zapojili do nějaké zdravotní, ehm, intervence. A tak jedna z věcí, které dělám, je, že prostě tak nějak sedím s těmi mladými lidmi a jejich rodiči a říkám: Aha, tak mi řekněte víc o tom, co víte o té lékařské intervenci.

A podobně jako Dan říkal, že u dětí a dospívajících bychom to opravdu nečekali. Je to tak trochu vývojově mimo jejich vývojový rozsah, aby někdy pochopili, do jaké míry na ně mají některé z těchto lékařských zákroků vliv. A tak si myslím, že se snažím udělat vše, co je v mých silách, abych jim pomohla co nejlépe porozumět.

Ale co mi opravdu vadí, je, když mi rodiče nedokážou říct, co potřebují vědět o lékařském zákroku, který zřejmě podepsali. A tak si myslím, že informovaný souhlas musí u rodičů probíhat úplně jinak. Že se to musí dít pro

děti a dospívající a mladiství, ale musí se to stát a musí to být proces a myslím, že terapeuti jsou v opravdu dobré pozici, aby tento proces provedli, protože máme mnohem více času.

s našimi lidmi než 20 až 20 minutová lékařská prohlídka, což je další problém, protože lékařský systém funguje tak, že je na to často velmi málo času. Takže si myslím, že to je opravdu jedna z našich rolí je opravdu dělat to a opravdu podezření, že a zabrat poměrně dost času, aby to udělal, a je to víc než jen jako určitě poskytujeme informace, ale pak je třeba jakoby poslouchat, co mladí lidé dělají s těmito informacemi, aby jakoby ne, ne chytit, ale zachytit způsoby, jakými ve skutečnosti nerozumí tomu, co, protože řeknou, že rozumí, ale pak řeknou něco jiného, co vás přiměje myslet si: Aha, oni ve skutečnosti nepochopili, že, že budou mít vousy, že?

Protože řeknou něco jiného, co vás přiměje myslet si: Aha, oni to nepochopili, ale řeknou, že to naprosto chápou.

CLIP 3

Dianne Berg: Tento komentář se týká toho, že jsem několik let pracovala na klinice pro intersexuální nebo pohlavní poruchy jako psychologka. Přicházela jsem na sezení s rodiči a obvykle to byly velmi malé děti. Takže jsem s těmi dětmi nepracovala. Pracovala jsem spíš s rodiči a přicházela jsem tam po tom, co tam byl lékař, po tom, co tam byl dětský endokrinolog a udělal, byl tam hodinu a mluvil s nimi.

A. Dětský endokrinolog přišel a řekl, že ano, že to naprosto chápou. Nemám žádné obavy o jejich pochopení. Přišla bych tam a řekla bych, dobře, tak mi řekněte, co jste se z toho dozvěděli, a oni by jen řekli: "Nemáme ponětí, o čem mluvili." A já bych řekla, že to není pravda. Protože oni, oni cítí úctu.

Částečně je to tím, že se cítí méně uctivě k tomu, jaký jsem já, než k tomu, jaký je lékař, lékařka. A tak, a protože opravdu vyhledávají péči, tak prostě budou. Říct, že vědí, když opravdu, opravdu nevnímají, co se děje. A tak si myslím, že čím víc se nám podaří normalizovat to, že je v pořádku, že to není hned.

Je v pořádku, že máte otázky, víte, tím více budeme skutečně dělat skutečný proces informovaného souhlasu. Pak se děje to, co si myslím, že se v současné době děje, a to si upřímně myslím, že není to, co bychom měli dělat z etického hlediska.

Ren Massey: Díky, Dianne. Oceňuji tyto připomínky. Chceš k tomu něco dodat, Gayo?

Gaya Chelvakumar: Chtěl bych jen říci, že souhlasím se všemi připomínkami, které zde zazněly. Myslím, že proces informovaného souhlasu je tak důležitý a rozhodně je důležité si uvědomit, že to není jeden rozhovor v jednom okamžiku, že je to mnoho rozhovorů v průběhu času, um, a že tyto rozhovory nemusí skončit, jakmile byla zahájena léčba a intervence, že tyto rozhovory mohou pokračovat i poté, co intervence proběhla.

Dokonce se jich zeptat, jak se cítí ohledně změn, které se dějí, a diskutovat o tom, jestli v tom chcete pokračovat, abyste, víte, informovaný souhlas je tak důležitou součástí zahájení jakékoli intervence a je to tak těžké. A často přemýšlím o tom, co jsi zmínila, Dianne, o lidech, kteří říkají, že rozumí, i když tomu nerozumí, jen proto, že jsou tak soustředění na intervenci, že se bojí sdílet věci, kterým možná nerozumí, pokud jde o informace, které jim sdělujeme, a jak, jak to řešit, je podle mě velmi, velmi důležité.

Řeknu jen, že moje osobní praxe se vyvíjela, jak v lékařském prostředí. Myslím, že tyto rozhovory a rozhovory o informovaném souhlasu se v průběhu času také hodně vyvíjely, protože jsme si uvědomili několik různých věcí, víte, že identity se mohou měnit a potřeby přechodu se mohou měnit, což také změnilo způsob, jakým vedeme, myslím, rozhovory o informovaném souhlasu a zahájení intervence.

Ale je to tak důležité a myslím si, že to, že je to proces a neustálá konverzace, je to nejdůležitější.

CLIP 4

Dianne Berg: A Gaia, nevím, jestli to dělají i ostatní, ale já s tím opravdu bojuju, protože tak nějak chci, aby děti, se kterými pracuju, ať už je jim devět nebo třináct let.

a pohledu na potlačení puberty nebo hormony v některých ohledech být trochu dětský endokrinolog, jako já, chci, aby tomu rozuměli na této úrovni, um, způsobem přiměřeným věku.

A já s tím na jednu stranu bojuju, protože je to jako, no, když dítě bere léky na cukrovku, musí rozumět všemu, co se týká jeho slinivky a všemu, co se děje, a všemu tomu, jestli děláme stejný proces i u jiných lékařských věcí, a jestli je to nespravedlivé. Takže já prostě bojuju s touhle hranicí a chtěla jsem to říct, protože si nejsem úplně jistá, co s tím mám dělat.

Další věc, kterou dělám velmi ráda, je, že děti, mladí dospělí, mladí dospívající nebo dospívající přicházejí s otázkami, které mají na svého lékaře. Takže pojďme, pojďme, pojďme napsat skvělou otázku. Napište si ji. Napište si ji. Požádáme vás, abyste se na to zeptali, až se příště vrátíte, aby byli, byli opravdu, myslím, ehm, jedna z věcí, kterou máme v jedné z prací, které jsme publikovali, je, jak je důležité vstřípit Okay určitou míru samostatnosti.

Děti a dospívající o jejich lékařské péči a transgenderové osoby o jejich lékařské péči, které se dostanou k asertivitě. Mohou klást otázky. Dostanou možnost být skutečně dobře informováni. A tak s tím chceme začít už velmi brzy tím, že děti budou jako, polož otázku, napiš si, co si myslíš, a zeptej se lékaře.

Můžete se zeptat lékaře. No, já vlastně nemůžu. Ale můžeš. Ano, můžete. Můžete se doktora zeptat na cokoli, na co se ho chcete zeptat. Myslím, že je důležité vstřípit vám tento způsob myšlení o lékařské péči.

CLIP 5

Gaya Chelvakumar: Důležitým bodem číslo dvě je právě spolupráce mezi lékařským týmem a poskytovateli péče o duševní zdraví, aby mezi členy týmu probíhaly také průběžné diskuse. Takže pokud, když poskytovatelé duševního zdraví vedou rozhovory o očekáváních týkajících se Medicaid, je to prostě jako: Hej, možná byste chtěli strávit trochu více času mluvením o tom, nebo to je oblast, která, zdá se, že tam jsou nějaké nejasnosti, nebo rodiče nebo dítě jsou opravdu, um, znepokojeni, myslím.

V této, v této oblasti zdravotní péče je právě teď multidisciplinární péče tak důležitá a schopnost vzájemné spolupráce je tak, tak důležitá a tak užitečná, protože někdy nejsme, víte, možná v kontextu lékařské schůzky, rozhovory, které se musí uskutečnit, nemohou proběhnout a pak je možná potřeba další rozhovory s, s poskytovatelem duševního zdraví, aby se ujistili, že rodiče a děti mají všechny informace, které potřebují, aby pro sebe udělali nejlepší rozhodnutí.

Ano, souhlasím. Je velmi užitečné účastnit se těchto panelů a slyšet, jak na tom všichni jsou, protože si myslím, že se všichni potýkáme s tím, jak to a ono udělat co nejlépe, aniž bychom přetěžovali naše pacienty a rodiny.

Jamison Green: Ale náš systém zdravotní péče to nepodporuje, pokud mohu skočit do řeči, náš systém zdravotní péče to nepodporuje.

Myslím tím, že pokud máte kliniku, jako už, jako je univerzitní prostředí, kde je Dianne, nebo kde je dokonce Cecile, a nejsem si jistý, kde přesně jste, Dane, ale vím, že mnoho lidí, kteří poskytují tuto péči, jsou nezávislí lékaři a odkazují své klienty na chirurgy. Uh, po celé zemi a jejich endokrinolog může být jejich skutečný May, nemusí nikdy, nikdy mít, endokrinologa.

Hormony jim může předepsat jejich primární lékař, který o Transcare nemusí nutně vědět všechno. V podstatě se snaží být oporou a víte, náš systém zdravotní péče. Neustále nás nechává na holičkách. A tak vytvořit, souhlasím s tím, že nemusíme mít nutně možnost Pokud máte známé onemocnění, jako je cukrovka, nemusíte rozumět každé nuanci toho, co s vámi inzulin udělá, abyste mohli dát informovaný souhlas.

Potřebujete, ale protože s tím máte spoustu zkušeností. Ale v této oblasti je to všechno nové, je to všechno sporné, a právě tady narážíme na problémy. protože se všichni bojí. A vím jistě, že lidé, dokonce i dospělí, dokonce i dobře vzdělaní, starší dospělí, kteří se poprvé dostanou k péči, si sednou s člověkem, který jim bude předepisovat hormony, a podívají se na formulář informovaného souhlasu, kde se píše, že vaše hormony budou dělat to, to a to. Nic z toho zatím nevnímají, protože se bojí, že nedostanou to, co potřebují. Oni, oni jen tak, ukážou mi, kde to mám podepsat. Protože já jsem, tohle je moje chvíle, musím se jí chopit. A oni ty informace opravdu nevnímají.

CLIP 6

Jamison Green: A lidé se také mnohokrát bojí operace, takže si mohou přečíst popisy jiných lidí o operaci a uniknou jim detaily nebo jim unikne ta pro ně nejdůležitější informace jen proto, že se bojí ji přečíst. Víte, takhle prostě lidé fungují.

Takže si myslím, že zároveň bojujeme proti přání komunity, aby se snížila kontrola, aby se snížil odborný zásah, aby se snížil čas strávený v ordinacích lékařů. A jak to zvládneme a zajistíme, aby každý měl správnou úroveň vzdělání, aby se mohl sám správně rozhodovat? To je problém, kterému čelíme.

A tady si myslím, že dochází k určitému odklonu. Protože přílišná medikalizace, stejně jako Uh, přílišná binarizace, stejně jako prostě tlak, kterému jsou lidé vystaveni kvůli opozici, vytváří dynamiku, ve které je pro nás všechny velmi, velmi těžké pracovat. Trans lidé a kliničtí lékaři, velmi, velmi těžké.

Proto si myslím, že tyto dialogy jsou zásadní a že je nakonec musíme vést i mimo tento prostor.

Ren Massey: Dobře. Takže se omlouvám. Chtěl jste pokračovat? **Dan**

Metzger: Dobře. Můžeme to udělat po.

Ren Massey: Chtěl jsem vám navrhnout tento skvělý rozhovor. Mám další připomínky, ale říkám si, ah, lidé asi potřebují přestávku účastníci i panelisté. Takže jsem požádal o dvanáctiminutovou přestávku. A my se tady znovu sejdem a těšíme se, že se sem za chvíli všichni vrátíte. Děkuji.

CLIP 7

Ren Massey: Myslím, že jsme na těch 12 minut docela blízko času. Oceňuji, že jste se vrátili. Zajímalo by mě, jestli, ehm, no, chtěl jsem se podělit jen o něco málo o informovaném souhlasu. A potom, pokud se chce někdo další vyjádřit, tak se cítím

zdarma na. Něco málo jsem tam viděl. Myslím, že je to opravdu důležitá součást toho, co můžeme udělat, abychom lidem pomohli.

Um, pokud jde o jejich rozhodovací procesy a také, víte, jen na začátek, dávám lidem jasně najevo, že do nich neinvestuji, ať už jde o mládež, nebo o rodiče. Ať už jsou to dospělí, že nemám žádnou investici do toho, jaká je jejich genderová identita, i jen proto, že přechod byl správný pro mě, neznamená, že je správný pro někoho jiného.

A to není moje předpojatost. A doufám, že to lidem od začátku dává pocit bezpečí při zvažování různých možností, pokud jde o genderovou identitu a možnosti vyjádření pohlaví. Až se budeme bavit o hormonálních a lékařských zákrocích pro ty, kteří tyto možnosti zvažují. Víte, jedna z důležitých věcí, kterou považuji za důležitou, je ujistit se, že se zabýváme zachováním plodnosti. Pokud jste se všichni podívali na návrhy standardů péče, které vycházejí, S.

O. C. Eight. Doufejme, že příští měsíc uvidíte, víte, řadu míst, kde je podporováno a etické mluvit o možnostech zachování plodnosti A to i u mladých lidí, kteří jdou na blokátoru puberty, protože mnoho z těchto mladých lidí Děkuji za přikyvování hlavou. Mnoho z těchto mladých lidí přejde přímo na afirmační hormonální terapii, která může eliminovat Nebo eliminuje, víte, vývoj víte, jejich gonád produkujících spermiie nebo vajíčka, které budou moci být využitelné, pokud budou chtít být později partnery někoho jiného při přispívání genetickým materiálem pro reprodukci

CLIP 8

Ren Massey: Užitečným nástrojem se mi stal dotazník Johna Stranga TYFAQ (Trans Youth Fertility Attitudes Questionnaire). Pokud vím, nemusí být nutně standardizovaný, ale je to mechanismus pro diskusi.

Existuje verze pro rodiče a pro děti, verze pro mládež, kde se probírají některé otázky týkající se plodnosti, myslím, že je to 16 otázek.

A pak také můj proces informovaného souhlasu, budu zahrnovat, um, jako osoba, která není lékař, ale někdo ve zdravotnictví s mnoha zkušenostmi a znalostmi a G. E. I. S. Pod mým pásem se účastní všech těchto konferencí. Vždy se něco naučím. Znovu se zabývám vratnými a nevratnými účinky a potenciálními riziky, jak nejlépe dovedu.

Jsem laik, protože nejsem lékař. Hm, znalosti a vycházím ze sedmi standardů péče, které vyjdou nově, jak jsem zmínil, a také z prozatímních pokynů. Uh, nejnovější jsou z roku 2017. A existují i další zdroje. Takže, ehm, vidím, že tam někdo dal soubor, ale jsou způsoby, jak si myslím, že to můžeme všichni projít.

A také jen na závěr dodám, že to s mládeží probírám odděleně od rodičů. Uh, a pak s rodiči odděleně od mládeže, ideálně, a pak je všechny spojit. Ujistěte se, že jsme všichni na stejné stránce toho, čemu rozumíme. Hm, Omezení uznána, a, ehm, víte, často mají otázky, a já říkám, že se musíte zeptat svého poskytovatele hormonů, konzultanta, se kterým se, ehm, budete setkávat, na, ehm, určité otázky.

Určitě se tedy držím svého oboru, ale myslím si, že součástí multidisciplinární povahy této práce je být v těchto věcech dobře zorientován, alespoň do určité míry, a to je také jeden z důvodů, proč zde máme multidisciplinární panel.

CLIP 9

Ren Massey: chce, vidím, že tam někdo přidal QIFAQ. Chce k tomu někdo přidat nějaké připomínky, než se přesuneme dál a za chvíli bychom se případně mohli začít zabývat případy? Chce někdo něco dodat k tomu, co jsem řekl? Vypadá to, že Dan by mohl.

Dan Metzger: Víím, že mluvím do prázdné zdi, ale víím, že mluvím do prázdné zdi. A to samé by se stalo i u cisgenderového dítěte, že? Byli by jako: Fuj, děti, děti, hnus. Anebo obvyklá odpověď SPAC: Budu adoptovat. Prostě budu adoptovat. A pak se jich zeptáte, no a co to obnáší? Kolik to stojí? Aha, já myslela, že prostě půjdeš do dětského domova a oni ti dají dítě.

Ne, takhle to není. Hm, ale, hm, a já jsem se to právě snažil najít, ale nemůžu, nemůžu to rychle najít, protože mám jenom jako obrázek diapozitivu, ale zřejmě minulý týden na Pediatrické endokrinologické společnosti, hm, někteří holandské výzkumníci začali, hm, uvádět nějaké údaje o, hm, mladých dospělých, kteří přešli na přechodnou dobu a reprodukční lítost, jako lítost, a je to tam.

Hm, a nemyslím si, že by nás něco z toho překvapilo. Nepamatuji si žádná čísla ani nic podobného. Jen mám, znovu opakuji, obrázek diapozitivu. Ale doufejme, že to je něco, co bude v nejbližší době zveřejněno. Ale, ehm, víte, myslím, myslím, že teď, když sleduju spoustu dětí do jejich dvaceti let, tak si vždycky říkám: Aha, ten pes to pro tebe nedělá, že?

Jo, říkají si, ne, prostě jsem si našla úžasného partnera a teď jsme děti a da da da. Takže si myslím, víte, že mě to nepřekvapuje, ale pořád nevím, co mám dělat pro čtrnáctileté. Rodiče to mají v hlavě, ale čtrnáctileté děti, ty prostě... Je to jako mluvit se čtrnáctiletým klukem o diabetických komplikacích. Je jim to jedno. Nezemřou. Budou žít věčně. Je to tak? Takže si myslím, že, že když děláme informovaný souhlas, tak vím, že to je pořád velká mezera, že to prostě, že to děláme. Snažíme se o tom mluvit, ale většina dětí není nikde v nějakém mozkovém prostoru, aby o tom opravdu, opravdu, opravdu vážně mluvila. Já, to mě vždycky trápilo, ale víte, my pořád chceme, aby ty děti. Byly šťastné, šťastnější v daném okamžiku, že?

CLIP 10

Dianne Berg: Toho si mnohem méně cením u devítiletého, desetiletého nebo jedenáctiletého dítěte, které začíná potlačovat pubertu. A jak řekla Ren, pokud budou pokračovat, tak, a, a chci říct, je to, je to jako, není to vývojově v jejich prostoru, aby mohli, museli o tom přemýšlet. A nemělo by to být, ehm, správně. A tak si myslím, že to tak je.

Myslím, že v našem oboru se stále více prosazuje snaha zjistit, jak k tomu můžeme přistupovat. Um, rozhodně jsem v tom trochu na vážkách.

Gaya Chelvakumar: Já bych jen dodal ještě jednu komplikaci, a to, že pokud máte, což se běžně nestává, ale pokud máte zájem o zachování plodnosti, tak možnosti, jak to udělat, v závislosti na věku a stupni vývoje také mohou být. Z lékařského hlediska to může, ale nemusí být možné, ale pak z finančního hlediska to také může, ale nemusí být možné, a to je další složitost, přidává další vrstvu složitosti do těchto diskusí také, a to v každém věku, myslím.

Dianne Berg: A ze sociálního a sexuálního hlediska, že? V některých ohledech mohou být věci, které je třeba udělat, abyste si zachovali plodnost, mimo rámec toho, co mladí lidé, kde se mladí lidé nacházejí z hlediska svého sexuálního vývoje, a přesto.

To je to, co se musí stát a, um, jo,

Ren Massey: Ano, nemyslím si, že máme všechny odpovědi, a oceňuji vaše připomínky, které upozorňují na nuance a problémy. Zjistil jsem, že je jich celá řada. Úroveň vspělosti a to, zda o tom přemýšlíme, nebo zda o tom nepřemýšlíme. Opět záleží také na věku a kognitivní vspělosti, emoční vspělosti.

Um, já stále, já vím, že vy všichni děláte takové věci také. Myslím si, že je lepší jim dát informace a mít je, Být schopen se smířit, jako že bychom si to chtěli dovolit, ale v tuto chvíli nemůžeme. A tak budeme pokračovat touto cestou tak jako tak, ale ne později zjistit: Aha, nikdo mi nikdy neřekl, že to nemůžu, víte, udělat.

CLIP 11

Ren Massey: Proč nám to nikdo neřekl? A tak si myslím, že v této oblasti dochází k posunu, ale myslím si, že potřebujeme, aby se na to zaměřila pozornost, aby to bylo součástí diskuse v procesu informovaného souhlasu pro mládež i dospělé. Hm, A zpět k tomu, co jsem říkala úplně na začátku po přestávce, součástí je také snaha ujistit se, že lidé mají pocit, že neinvestují do toho, kde jejich genderová identita nebo identity přistávají, protože ta část v této studii, kde lidé říkali, že se nevrátili ke stejnému poskytovateli, to mi vadí, chtěla bych, aby lidé měli pocit, že mohou pokračovat se mnou, ať už jsou kdokoli.

Um, pokud mohu pomoci v jiných otázkách, víte, několik lidí, se kterými jsem pracoval, bylo, um, něco z toho, co Dianne říkala dříve, víte, jejich sexualita musela objasnit některé z jejich otázek týkajících se genderové identity. A, um, oni, já jsem byl rád, když se jim to vyjasnilo. Dobře. Možná nejsem trans, možná jsem nebinární, možná jsem cis, um, a možná to byla spíš otázka sexuality.

A byli ochotni se mnou dále spolupracovat při zkoumání otázek sexuality. Víte, chci,

aby lidé měli pocit, že nemusí vystupovat s určitým pohlavím, aby byli...

spolupracuje se mnou. Um, že chci být inkluzivní a podporovat všechny aspekty jejich bytí, takže. Dobře.

CLIP 12

Ren Massey: Nějaké další myšlenky, než se možná podíváme na případy? Dobře, jakmile se přesuneme k případům, tak tohle je pro mě vždycky ošemetná část práce.

Dianne Berg: Promiň, Ren, můžeme se jen, Melissa Goldsteinová se jen ptá, jestli má někdo skvělé zdroje zejména pro plodnost a zachování. Aha, Gaia to právě vložila, vložila jsi to právě ty?

Gaya Chelvakumar: Právě jsem vložil jeden článek, který o některých z nich začíná pojednávat.

Ren Massey: Jsem, jsem ráda. Myslím, že to je znalost, že? A takových znalostí není mnoho. Takže jsem to chtěl jenom potvrdit. Jo. Dobře. Děkuji. Je skvělé, že tu máme všechny ty úžasné zdroje. Dobře. Takže, uh, vydržte chvíli. Pokusím se sdílet obrazovku, abych, ehm, prošel některé případy, které naši panelisté, ehm, dali dohromady.

A to je část, ve které vždycky tápu.

CLIP 13

Ren Massey: Přečtěte si případ DJ. Dejte mi palec nahoru, panelisté.

Dobře. Dobře. Zajímalo by mě, jestli mají panelisté nějaké připomínky nebo myšlenky, kterými byste chtěli začít diskusi o tomto mladém člověku a jeho zkušenostech.

Promiň, Randalle. Přečtu si další.

Dan Metzger: Pro mě to není netypický příběh. Myslím tím, že ten člověk má nějaké závažné psychické problémy, se kterými se musí vypořádat. Je to

zní to, jako by měli nešťastnou sexuální traumatickou sexuální událost, což zní pravděpodobně dost hrozně. Ale pro mě je to dítě, které, které, které. Hm, dostalo falešný start a, ehm, a, ehm, možná to nebylo na místě, kde by mělo plnou podporu nebo kde by se cítilo plně podporováno.

Hm, ale pro mě to není de transitioning. To je jen dítě, které se snaží vypořádat se svinstvem. A, um, chci říct, že mi toho kluka samozřejmě může být líto, ale podle mě to není něco, co by se mělo dostat do zpráv jako, víte, systémový problém. Víte, za předpokladu, že se tomu dítěti dostává psychiatrické péče, kterou potřebuje.

Pro mě to není nijak neobvyklý příběh. Hm, a se šťastným koncem. Takže hurá.

CLIP 14

Dianne Berg: zdůrazňuje, že je důležité mít trvalou podporu a sledovat děti v průběhu času, abyste získali co nejvíce informací. A tak nějak důležitou roli hraje behaviorální zdraví, složka duševního zdraví. Myslím, že duševní zdraví může být často velmi špatně hodnoceno.

Um, pokud jde o to, že se snažíme dělat věci, které se vlastně nesnažíme dělat a, a tak si myslím, že tohle je dobrý případ, který tak nějak ilustruje, že pokud sledujete to dítě a setkáváte se s ním relativně nedávno, relativně, um, často, tak to tak nějak uvidíte v reálném čase a projdete to s ním a pomůžete mu to zpracovat a přijít na to, jaký to má pro něj význam.

Um, A doufejme, že když máte dostatečně dobrý vztah, nevím, jestli se to stalo v tomto případě, ale vypadá to, že ta osoba se svěřila s některými projevy šikany a traumatizující sexuální událostí až o rok později. Naděje by byla, že pokud se nám podaří vybudovat si s dětmi v průběhu času dostatečný vztah, ať už máme jakoukoli specializaci.

Že bychom se o tom dozvěděli v reálnějším čase než o rok později a že bychom to mohli, víte, prostě dělat jako součást pravidelného procesu kontroly všech oblastí života. Hm, takže to opravdu vyzdvihuje důležitost toho pro určitou, pro určitou mládež.

CLIP 15

Ren Massey: komentář. Všimla jsem si, že terapeuti, kteří se podílejí na pomoci mladému člověku rozlišovat mezi útokem a jeho pohlavní identitou. Myslím, ehm, že při práci s mladými lidmi se občas stává, že ani neoznámí napadení nebo nějaký typ sexuálního, Nátlaku nebo nepříjemného zážitku.

Možná to ani nebylo vynucené, ale mohlo to být téměř jako sebevynucování. Mysleli si, že mají udělat X, a tak jako, asi takhle lidé sexuálně komunikují, a tak se dobrovolně ukázali, jako ta druhá osoba na

v tu chvíli je nenutila, ale snažila se je přimět k tomu, aby se o sexu dozvěděli. A tak možná dělaly věci, které jim vůbec nebyly příjemné. A tak o tom nechtějí mluvit s terapeuti. Takže, chci říct, um I dobří terapeuti, víte, budeme občas omezeni, když, uh, nemůžeme dostat všechno, co se děje s našimi dětmi, se kterými pracujeme.

A někdy se s tím nesetkají ani dospělí. Takže někdy je to vysoká laťka, kterou je třeba překonat, aby se člověk pokusil zachytit vše, co může ovlivňovat jeho pohled na sebe sama a na všechny oblasti jeho životních zkušeností.

CLIP 16

Gaya Chelvakumar: A já jen zopakuji prohlášení Brennana a Dianne. Myslím, že tento případ pro mě jen zdůrazňuje potřebu, kromě pokračující, víte, pokračující péče, ale také možná jako ponechání otevřených dveří, že pokud je to vaše rozhodnutí v tomto okamžiku, ale to se může změnit a my jsme, víte, jsme tady, abychom vás podpořili, ať už je vaše rozhodnutí jakékoliv, a že můžete vždy, víte, pokračovat v tom, abychom pokračovali v návštěvě týmu, um, víte, udržovat, udržovat kontakt s mladými lidmi a dát jim vědět, že mohou, Je v pořádku změnit názor.

Je v pořádku se vrátit a vědět, že lidé někdy musejí odhalit věci ve svém vlastním čase. Takže i když doufáme, že se věci odhalí v reálném čase, někdy lidé prostě nejsou na místě, aby čelili svému traumatu a tomu, co se děje. A tak se ještě více stává důležitou, myslím, ta průběžná péče.

Hm, a i když se jedná o trvalou péči, alespoň nechat otevřené dveře, mladí lidé, nebo i dospělí, jsou na místě, kde chtějí, kde se chtějí znovu zapojit, že ty dveře jsou stále otevřené?

Dianne Bergová: Ano, byla tam poznámka. V chatu zazněla poznámka o tom, že se někdy necítíme dobře, když se ptáme na otázky týkající se zejména sexuality.

A já si myslím, že to je opravdu pravda. Myslím tím, že jsme se ještě nedostali tam, kde by to bylo jen součástí, Každé typické oblasti, na kterou se ptáte, a myslím si, že je to opravdu důležité, um, a je, je součástí, a, a ne, a ne, a ne rámovat sexualitu, Myslím, že další věc, která se děje se sexualitou, je, že se rámuje jako negativní, všechny věci, které bychom neměli dělat, um, místo toho, abychom měli pozitivní, druh pozitivního přístupu k sexualitě, a tak jak s, s mládeží a, jsou dospělí.

Vložíme to do konverzace přirozeně? A jak se jako kliničtí lékaři můžeme vyrovnat se sexualitou a sexuálními tématy? Hm, ve společnosti, která s tím není příliš spokojená, ale není s tím spokojená vhodnými způsoby, je s tím spokojená některými způsoby, které pravděpodobně nejsou příliš zdravé.

A jak to tedy lidi naučíme? Myslím, že to je jedna z výhod, kterou mám, když pracuji na klinice sexuálního zdraví, která má genderovou složku. A myslím, že je to opravdu důležité.

CLIP 17

Ren Massey: Rensey Rensey: Dobře, děkuji. Jdu, jdu, jdu. Přejděte k dalšímu případu. Dobře, pokud se mi podaří přimět sdílení obrazovky, aby se mnou spolupracovalo. A je to tady. Dobře. Případy. Toto je kolektivní úvaha. Několik trans mužů ve věku kolem 20, 30 let provedlo řadu sociálních a lékařských zásahů. Nyní si jasně uvědomují, že kdyby se zpětně přiznali o deset let později, možná by nepodnikli všechny lékařské transformační kroky, které učinili, kdyby byla na stole možnost nebinární identity. nelíbí se jim, že je ostatní vnímají jako muže, ale vzhledem k fyzickým změnám nemají pocit, že by měli na výběr. Existují různé intenzity toho, jak je to pro ně rozrušující, ale společným tématem je, že se jim nelíbí, že je ostatní vnímají jako muže v takové míře, v

jaké je vnímají jako muže. To mi přišlo opravdu zajímavé.

Kdo by se chtěl zapojit do tohoto rozhovoru?

Dan Metzger: Myslím, že jedna věc, kterou by mohli udělat z lékařského hlediska, je promluvit si se svým poskytovatelem hormonů a zjistit, zda existuje nějaká možnost. Předpokládám, že tito lidé stále užívají testosteron, pokud ano, že by mohli alespoň snížit dávku na něco, co by stále chránilo kosti a stále by se cítili dobře, ale možná by to méně stimulovalo, ehm, jako růst vousů n e b o jiné věci.

Jejich hlas se samozřejmě nezmění, ale možná by se dalo trochu pohrát s dávkováním testosteronu, aby to nebylo tak mužné.

CLIP 18

Cecile Ferrando: Myslím, že jde o stanovení cílů. Um, takže víte, že jsem chirurg a že dělám hodně testosteronových implantátů pro pacienty. Takže dělám implantace testopelů. Když mluvím se spoustou pacientů, většina pacientů, které vidím, se snaží o realizaci, maskulinizaci. Takže jim dávkuji na fyziologickou úroveň.

Mám ale skupinu pacientů, kteří se snaží o nedostatečné dávkování, ale chtějí doplnit testosteron. Takže si sedneme a promluvíme si o tom. Cíle léčby, pochopení, zda, víte, musím jim vysvětlit, že někdy poddávkování může, um, nepovede k zastavení menses, což je někdy skutečným cílem, jako ne virilizace, ale zastavení menses.

A tak v těchto situacích mluvíme o tom, jaké další věci můžeme udělat, které nemusí mít feminizující účinky, víte, mnoho našich transmaskulinních pacientů nechce užívat perorální antikoncepci atd. Takže někdy podávám testosteron ve formě pelet. A také těmto pacientkám zavedu nitroděložní tělísko.

A tak je to opravdu o diskusi o tom, jaké jsou jejich cíle. Nyní se setkávám s mladšími pacienty. Takže ne nutně pacienty, kteří byli dávkováni na dávkách testosteronu a kteří nyní pracují zpětně. Ale mám pár pacientů kolem dvaceti let, kteří.

V tomto spektru se přikláním spíše k mužské straně, ale nechci být zcela maskulinní.

Takže je také podávám. Myslím, že to má i fyziologickou složku, která zlepšuje jejich stav a dodává jim pocit pohody. Ale taky si myslím, že je tu ta složka, že mám pocit, že dělám nějaké kroky směrem k maskulinizaci, ale ne úplně.

Takže se cítím dobře. A myslím, že je. A taky si myslím, že my, ehm, ehm, vlastně pro tenhle dav, nebudu říkat podceňovat. Myslím, že, ehm, ehm, lidé z mého, ehm, odkud pocházím, podceňují důležitost toho, aby měl pacient pocit kontroly nad svým přechodem a plánem péče, což není cizí pojem, když mluvíme o tom.

Víte, paternalismus a autonomie, ale určitě, pokud jde o tento typ péče, je opravdu důležité umožnit pacientům, aby měli určitou kontrolu nad tím, jak jejich přechod probíhá nebo jaký je. Takže i u pacientů, kteří byli na vysokém dávkování a kteří chtějí pracovat zpětně, ale jak právě podotkl Dan, někdy nelze zvrátit všechno.

Vpravo. Takže k určité maskulinizaci již došlo, ale možná je opravdu důležité dát pacientovi pocit, že je schopen kontrolovat, co se bude dít v budoucnu.

CLIP 19

Cecile Ferrando: dávkování testosteronu. Pro mě je to jednodušší ve formě granulí, protože můžete opravdu dávkovat na určité úrovni. Je to podle mých, z mých zkušeností, snadněji kontrolovatelné než intramuskulární a subkutánní dávkování. Ale je to o stanovení cílů a diskusi a hodně může přinést právě diskuse typu Rozumím tomu, jaké jsou vaše cíle, a uvidíme, zda vám mohu pomoci jich dosáhnout.

Určitě je tato konverzace snazší, pokud jde o hormony, než o chirurgický zákrok.

Dianne Berg: Myslím, že to, co mě napadá, je pomáhat lidem prozkoumat, co to znamená být mužský, ženský, mužský, ženský, protože je tu takový ten vnitřní smysl a pak je tu také

Zní to, jako by pro některé z těchto lidí, ať už z jakéhokoli důvodu, šlo spíše o to, jak je vnímají ostatní, a možná, možná o to, co jim ostatní přisuzují nebo co o nich předpokládají, protože je interpretují jako muže, ačkoli možná tyto věci, tyto aspekty mužství nejsou tím, o co usilují nebo co chtějí.

A tak si myslím, že je to, je to, je to všechno o takové té terapii, o tom, co to znamená v naší kultuře být, co znamená gender, co znamená gender v naší kultuře? A jak se to projevuje na tom, jak vidíte sami sebe a jak vás vidí ostatní? Takže to jsou takové ty hlubší, hlubší rozhovory.

CLIP 20

Ren Massey: Chci jen něco dodat. Oceňuji, co jsi právě říkala, Dianne. Jednou z mých úprav při přechodu byla ztráta toho, že mě ženy, se kterými jsem se setkala poprvé, automaticky vnímaly jako bezpečnou. A byl to velmi zvláštní zážitek, když jsem šel po parkovišti, víte, sledoval jsem ženu, která šla z obchodu s potravinami, a uvědomil jsem si, aha, ona se ohlíží přes rameno, jestli ji nesleduji.

Jsem hrozbou? Nebo být ve výtahu a... nechat někoho, víte, aby se vzdálil, co nejdál to půjde. A, um, to, to bylo, to byla, to byla, to byla ztráta, upřímně řečeno, nebýt, uh, vnímán nebo předpokládán jako bezpečný už. Um, takže si dokážu snadno představit, že některé z těchto věcí by byly, um, opravdu tísnivé, um, sociální dopady, um.

Být vnímán jako mužský v naší kultuře. Vypadá to, že jsi tím chtěl něco říct.

CLIP 21

Dianne Bergová: A tak trochu i obráceně, že? Myslím tím, že mnoho mých trans ženských dospělých a dokonce i dospívajících klientek, um, hodně mluví o tom, že slyší.

o tom teoreticky, ale to není, dokud se to nestane, že opravdu dostat to jako není zapláceno Nebylo dáno tolik vysílacího času, jak se Stát vnímán jako žena.

Víte, myslím, že všechny věci, které feministky říkají už opravdu dlouho, začínají být lidem jasnější. A myslím, že to jsou některé ztráty nebo jen některé uvědomění si toho, jak se gender projevuje v sociokulturním prostoru. A tak nějak, co to bude znamenat a jaký to má pro lidi význam.

Takže si myslím, že to platí oběma směry, protože gender je tak mocným prostředníkem, ať se nám to líbí nebo ne, je to tak mocný prostředník sociokulturních prostorů a interakcí a prostředí.

Ren Massey: Jo, k tomu se přidám, víte. Spousta z nás je mladistvých nebo soustředěných nebo těžkých v našich praktikách. Hm, nebo mladí dospělí a, a nezletilí.

Ale jeden z mých svěřenců, který je, myslím, na dnešním setkání, a několik dalších lidí se mnou mluvilo o tom, že jsem měla i klienty, kteří byli dospělí a kterým byl při narození přidělen mužský pohlaví a ztráta privilegií a bezpečí, kterou ve světě zažívali, byla opravdu znepokojující.

A zejména někteří starší lidé. Um, my jsme vlastně, um, de transformace, re transformace pro, z důvodů, aby se vešly nejen kolem pracovních věcí, ale někdy, aby mohli jít do zařízení s pečovatelskou službou s menšími potížemi. A větší pocit bezpečí. Takže si myslím, že existují i další problémy, opět, tlak zvenčí, někdy to ani nemusí být vnitřní zkušenost, které si musíme být schopni uvědomit a podpořit lidi v různých kontextech, se kterými se můžeme setkat.

CLIP 22

Ren Massey: Myslím, že to podtrhuje to, že od začátku můžeme lidem pomoci prozkoumat i jiné než binární možnosti. Víte, mám mladého člověka, se kterým právě pracuji, um, který byl na blokátorech asi dva roky. Matka se nemůže dočkat, až to dítě přestane brát.

Dětská endokrinoložka říká, že by to možná mohlo trvat o něco déle. A dítě je váhavé. Um, opravdu nechce mít vousy. Um, ale... o menstruačních cyklech a tak trochu váhá, jestli jim vadí vývoj prsou, vývoj hrudníku, nebo ne, a která zájmena používají. A všichni víme, že operace hrudníku je docela nevyhnutelná, nebo to tak alespoň vypadá, protože to důsledně vadí.

Je tedy výhodnější zůstat na blokátorech, nebo nechat dítě... přejít zpět na endogenní estrogen? Nebo je lepší přejít na nízkou dávku testosteronu či co? Víte, a v jakém okamžiku? Pokud dítě nechce mít vousy, ale třeba mu nevadí, že mu roste hrudník, a přesto plánuje operaci hrudníku?

Možná tedy budeme chtít být kreativní v tom, jak lidem pomoci, aby se k nim přiblížili. Situace, které jsou složité.

CLIP 23

Ren Massey: Dobře. Takže přejdu k dalšímu. Vidím, že máme několik dalších připomínek k tomu, co lidé chtějí. A být vnímán jako muž se může stát velmi rychle. Ano. Dobře. Pokusím se znovu přimět obrazovku ke spolupráci. Dobře. Přečtu případ tři u S. 14 let, 11 měsíců, při narození přiřazen jako muž, který se identifikoval jako žena, kterou předchozí poskytovatel duševního zdraví upřednostnil pro genderovou dysforii v posledním roce.

Žádná významná anamnéza. Anamnéza pohlaví a počáteční prezentace, pacientka uvedla, že rok před prezentací se její přítel přiznal k bisexualitě a pacientka uvádí, že se to potvrdilo. Hej, to je to, co cítím. Zpočátku se s tím nikomu nesvěřil, ale pak o šest měsíců později řekl matce, že je bisexuál.

Cítil jsem, že to mámu zmátlo. Přibližně ve stejné době pacientka také hlásila, že se cítí, vypadá hezky, roztomile a hezky. nosí ženské oblečení. Uvádí, že se tak vždy cítila, ale nikdy nejednala na základě impulsu vyjádřit se pomocí ženského oblečení. Pacientka uvádí, že měsíc po začátku školy dospěla k závěru, že je trans.

Pacientka se nejprve svěřila online příteli a poté přítelkyni, která ji povzbudila, aby to řekla matce. Když pacientka řekla matce, že se identifikuje jako transsexuál, její reakce prý nebyla překvapená. Pacientka zkoušela různá jména a nakonec si vybrala jméno Nora. Pacientka uvedla, že se cítí dysforicky a že smutek jde ruku v ruce s dysforií.

Pacientka uvedla, že má zájem začít užívat hormony pro potvrzení pohlaví, ale má pocit, že operace pro potvrzení pohlaví je děsivá. Měla pocit, že matka podporuje zahájení užívání hormonů, ale otec ne, což může být překážkou. Rozsáhlá anamnéza duševního zdraví, počínaje 4. rokem věku, včetně agresivity, ADHD, opozičnosti, deprese, úzkosti a problémů s chováním.

hospitalizace.

V 15 letech a 10 měsících je rodina otevřená tomu, aby pacientka začala užívat spironolakton, ale není připravena dát souhlas s podáním estrogeneru. Pacientka je nadšená, že může začít užívat léky. Pacientka pokračuje ve sledování poskytovatele duševního zdraví ve dvou nebo tříměsíčních intervalech. Při šestiměsíční kontrole po zahájení podávání spironolaktonu pacient začal, ehm, uvádět, že se cítí více mužem a cítí se pohodlně se zájmenem on.

Hlásil, že se cítím jako chlapec, který chce, Cítím se jako chlapec, který chce nosit lak na nehty. Pacientka chtěla přestat užívat spironolakton a neměla zájem v současné době pokračovat v užívání estrogenerů. Plán, že pacientka bude nadále sledovat poskytovatele duševního zdraví. Má následnou schůzku za dva týdny.

CLIP 24

Ren Massey: Chce se někdo přidat?

Dan Metzger: Já, já jsem, takže opět další druh šťastného konce. Děti jsou šťastné. Rodiče jsou šťastní. Já, já, já si myslím, že je důležité si uvědomit, že ne všechny děti jsou tak chytré jako každé jiné dítě nebo tak sladěné se svým tělem nebo myslí nebo myslí děti.

CLIP 25

Dan Metzger: sofistikované jako ostatní děti. Některým dětem se věci prostě líbí a některým ne a trvá jim to trochu déle. A jde o to, že to, že je vám patnáct, neznamená, že víte všechno. A já, já, chci říct, mluvím o tom pořád, že? Je ti patnáct. To je skvělé. Ale, um, pravděpodobně budeš vědět víc, než když ti bude šestnáct.

V šestnácti letech toho vlastně víte víc než v patnácti. Takže si myslím, že je důležité získat, ehm, ehm, A to je naše, víte, co naši, co naši hodnotitelé dělají, je získat úroveň jakési schopnosti nejenom souhlasit s věcmi, ale jako že chápou, kde jsou. A jestli chápou, že je rozdíl mezi sexualitou a genderem a tím, že jsou trans a, a, a, a, víte, že jsou cross dresser.

Um, že, že, že existuje více než jeden způsob, jak. Víš, že máš ráda lak na nehty. Nemusíš být holka, aby se ti líbil lak na nehty. Můžeš být prostě kluk a nosit lak na nehty, to je jedno. Takže si myslím, víte, že když tyhle typy dětí pracují se svým odborníkem na duševní zdraví, myslím, že je důležité, aby někdo také opravdu viděl, no, jako že tohle je dítě, které se tak nějak, ne změnilo, ale, víte, no, změnilo svůj směr třikrát nebo čtyřikrát během krátké doby.

To není někdo, s kým byste chtěli spěchat a udělat něco trvalého. Budete se chtít ujistit, že dítě, Opravdu začíná, víte, mám jasný směr, kam směřuje, než něco uděláte, a také, víte, ujistit se, že rodina jde s dítětem.

CLIP 26

Gaya Chelvakumar: Ještě dodám, že antiandrogeny, jako je spironolakton, jsou dobrým začátkem, protože je to něco, co pravděpodobně nezpůsobí nevratné změny. A tak, víte, pokud je to potřeba, abyste si pomohli tak nějak ujasnit potřeby a cíle a identitu, je to pěkný, příjemný lék, který můžete použít.

Dan Metzger: Kdyby šlo o dítě, které je jasně binární a chce se posunout vpřed, pak bychom pravděpodobně použili Lupron, protože Lupron funguje lépe. Je mnohem dražší. Ale myslím si, že Lupron bez plánu posunout se k estrogeneru pro toto dítě by jen způsobil, že by se to dítě cítilo mizerně, pravděpodobně proto, že je, ona, pardon, je dobře v pubertě.

Takže se pravděpodobně bude cítit jako dospívající dítě, kterému se odebere testosteron, jako v menopauze. Takže si myslím, že Spyro je opravdu dobrá cesta, protože je neškodný. Je to levné. Funguje to na, na vousy.

Nezabrání to větším chlapeckým změnám, ke kterým dochází při mužské pubertě, ale je to příjemný způsob, jak se s tím vyrovnat, a často je to pro rodiny, pro rodiče, kteří se drží zpátky, příjemný způsob, jak se posunout vpřed. Je to, víte, dostupné, levné, bezpečné a zvrátané.

Dianne Berg: Všiml jsem si spoustu věcí v chatu, ale myslím, že lékařské lidé by mohli řešit, že druh pochází z toho, jak rychle testosteron možná funguje a má nízká dávka ovlivnit, že může jen všiml, že.

Dan Metzger: Jo, takže je to pravda. Všichni, víte, dospělí muži mají stejnou hladinu testosteronu, ale zjevně existuje různý rozsah, například jak jste chlupatí nebo jak rychle plešatíte nebo cokoli jiného.

A nemá to nic společného s hladinou testosteronu. Může to mít co do činění s vašimi testosteronovými receptory a milionem dalších věcí, které jste zdědili v genech. Takže, víte, vždycky si dělám legraci z perských dětí, které za mnou přijdou, a říkám jim, ať se na tu láhev ani nedívají. Budeš mít vousy.

Jako, protože víme, že se to stane opravdu rychle, a pak některé chudinky asijské děti, víte, snaží se věčně, sotva se jim rozjede knír, jako jejich bratrům, a tak, um, víte, ale všichni jsou na stejné úrovni, všichni mají stejnou dávku, takže, um, vy, vy, vy musíte dát lidem vědět, že to, že berete dávku X, neznamena, že budete mít výsledky Y do, do, do stejné míry.

A totéž samozřejmě platí i pro dívky užívající estrogeny, víte, prsa.

CLIP 27

Dan Metzger: Úroveň. Hladina je víceméně v normě, víte, v normálním rozmezí. Mnohem více to souvisí s dalšími genetickými faktory a tělesnou hmotností a podobně.

Ren Massey: Dobře, skvělé. Myslím, že máme čas na to, abychom se věnovali ještě jednomu případu, a pak možná budeme mít čas na nějaké závěrečné poznámky. Tak se na to podíváme. Největší výzvou je vždy technologie. Největší výzvou je vlastně uživatel technologie. Dobře, případ čtyři. Osoba AMAB, které byl při narození přidělen mužský pohlaví, které je nyní 13 let a která se brzy identifikovala jako binární trans dívka a podnikla všechny kroky sociální transformace.

Z lékařského hlediska klientka užívá Lupron a s nasazením estrogenu nespěchá. Velmi však investovala do toho, aby tak někdy v budoucnu učinila. Během posledních šesti měsíců se tato mladá žena začala více identifikovat jako nebinární, zkouší různá zájmena a jména. Velmi se vyhýbá jakýmkoli diskusím o tom, co posun k nebinární genderové identitě může nebo nemusí znamenat z hlediska rozhodnutí, které si vždy myslela, že učiní, pokud jde o lékařskou transformaci.

Kdy se brož vypne a již se nezapojí. Měli jsme úspěch při zpracování, když jsou diskuse zarámovány z objektivu ztělesnění.

Dianne Bergová: K tomuto případu mohu něco málo říci. Nejsem si jistá, jestli je to ten, který jsem předložila já a který se prostě tak trochu změnil, což je naprosto v pořádku. Um, ale myslím, že věc, která mě napadá, pokud je to tak nějak založeno na jednom z případů, je, um, Ale bylo velmi obtížné, aby, aby, um, mladí lidé měli vždycky tak nějak v hlavě, jak bude jejich přechod fungovat.

Udělám to. Takže to udělám. Tak já to udělám. Pak udělám tohle. A, a to všechno byl velmi binárně související druh procesu přechodu a toho, jak o tom přemýšleli. A pak, když si to začali tak nějak zkoušet. Různé nebinární identity a, a,

začali s lidmi mluvit, alespoň s tím klukem, se kterým jsem pracoval.

CLIP 28

Dianne Bergová: Dostali jsme se do situace, kdy jsme obecně nechtěli o věcech mluvit, protože byly tak nějak na místě. Ale také si opravdu mysleli, že kdyby o tom něco řekli a opravdu se do toho ponořili, znamenalo by to, že jejich možnosti jsou omezené.

pro jakoukoli lékařskou změnu, o které si vždycky mysleli, že ji provedou, nebude na stole.

A tak říkali, já nemůžu, já nechci zkoumat ten nebinární posun, protože když to budu zkoumat, tak to znamená, že nikdy nebudu moct dostat estrogen nebo nikdy nebudu moct, a to bylo jako mít nějaké vzdělání kolem. Ne, to neznámá, že to znamená, že se snažíme splnit vaše ztělesněné cíle.

A pokud jsou cíle vašeho ztělesnění takové, že potřebujete určitý typ lékařského zákroku, pak tento zákrok potřebujete a my s ním můžeme pokračovat. A nemusíte se bát, že vaše identita bude nutně určovat vaše lékařské rozhodnutí. Jde spíše o to, že vaše ztělesněné cíle budou řídit některá lékařská rozhodnutí.

A tak nevím. Tak nějak se nám podařilo dostat se z té slepé uličky. Takže nevím, co na to říkají ostatní lidé. Ale, um, ztělesnění je určitě koncept, který používám mnohem víc s mým dospíváním a dětmi.

CLIP 29

Dan Metzger: Víte, 13 a půl je taková naše hranice, kdy jsme v pohodě, kdy můžeme dělat hormony, pokud to vypadá, že to bude fungovat. Ale vždycky jsem dětem říkala: Bože, je ti třináct, nevíš všechno. Um, nečekám, že budu vědět všechno. A tohle je jako cesta a ty nás vezmeš, víš, jedeme s tebou na projížďku.

A víte, když s tím začneme, neznámá to, že musíte pokračovat. Neznámá to, že musíte jít nahoru. pokaždé, když přijdete, zeptám se vás, co chcete dělat se svými hormony. Jsi spokojená tam, kde jsou? A děti se časem mění. Hodně z nich, obzvláště těch nebinárních dětí, um, um, si myslí, že chtějí být zpočátku cévnatější, než nakonec chtějí být.

A zjistí, že existuje šťastná dávka, která je zbaví menstruace nebo čehokoli jiného, a že jsou s touto dávkou spokojeni. A nechtějí nutně pokračovat dál.

jak se domnívali na začátku. Takže. Myslím, že je důležité, abyste to prostě uvedli hned na začátku.

Nemusíte, nemusíte mít všechny odpovědi. Víte, ani osmnáctiletý člověk nemusí mít všechny odpovědi. Pojdme pracovat se vším, co dnes máme, a ty mi to dávej najevo a já tě budu dál otravovat, víš, co s tím chceš dělat? Co s tím chcete dělat? Nebo nejste připraveni udělat žádné rozhodnutí, nechcete o tom dnes ani mluvit.

Fajn, nechme to tak. A myslím si, že děti potřebují ten prostor, aby věděly, že za A, mají to na starosti. Uh, B, já je trochu tlačím k tomu, aby o tom přemýšlely, jako tím, že se jich ptám, a, a C, víte, mají povolení jít zpátky, zůstat tam, kde jsou, jít dopředu do, do jakékoliv míry, a, um, a myslím si, že, uh, Myslím, že ty děti, um, myslím, že jsou děti, které jsou na začátku trochu nesmělé a necítí se, necítí se, že můžou, já, já mám pocit, že je skupina dětí, které říkají, že jsou ne binární, protože nejsou, Opravdu připravené jít naplno.

A jak jdou, tak vlastně zjišťují, že ne, tohle mi vyhovuje. Já, já opravdu chci jít na, na konec té binárky. Ale myslím si, že prostě musíte nechat dětem to, to povolení to udělat.

CLIP 30

Ren Massey: To mi připomíná úspěšného třicátníka, který je velmi úspěšný ve svém oboru a který si v posledních letech poprvé uvědomil svou genderovou identitu a myslel si, že se identifikuje jako žena. Uh, a když se poprvé opravdu více otevřela svému uvědomění asi před šesti měsíci.

Hm, trvalo mu několik měsíců, než mi zavolal, pak několik měsíců na mém čekacím seznamu. A s tím člověkem se vídám, já nevím, už pár měsíců. A oni se zdráhali uznat, že by možná mohl být dobrý nebinární prostor, možná by mohl být dobrý tekutý prostor. A je těžké říct, nakolik se cítí být věrní svému pohlaví a nakolik jde o vnější faktory, a to jsou věci, které si časem tříbíme.

Um, a myslím, že cítí určitou úlevu, když ví, že existuje řada lékařských možností, a my nejsme, naštěstí tato osoba nespěchá a má nějaké způsoby, jak může vyjádřit, um, svou ženskou stránku, uh, se svou drahou polovičkou a přáteli a, a jedním z jejich rodinných příslušníků, uh, z jejich rodiny původu.

Ale, um, já, já, já, můj hlavní bod se týká dospělých i mladých lidí. Myslím tím dospělé, zralejší dospělé, třeba třicátníky.

Dobře, takže pokud k tomu nebudeme mít žádné další připomínky, tak bych byl opravdu rád, kdybychom se dostali k dalšímu případu a pak bychom to mohli uzavřít.

CLIP 31

Dianne Bergová: Jen jsem si všimla, že Jameson nám říká, že bychom si měli promluvit, podívat se více na chat. Jamesone, je tu nějaká konkrétní věc?

Jason: Chtěl jsem vás jen upozornit na box otázek a odpovědí a také na chat. Otázky jsou jak ve streamu Q&A, tak v chatu. Takže jen, jen abychom se ujistili, že.

Dianne Bergová: Děkuji. O tom jsem ani nevěděla.

Jason: Jo. Jo. Na pár jsem odpověděl, ale na ty klinické nemůžu.

Dianne Bergová: Dobře. Zatímco se díváme na otázky, v chatu se objeví několik otázek týkajících se právě této diskuse o ztělesnění. Ano. Je to, je to, je to pro mě rostoucí hrana. A tak rozhodně nechci. Chybovat, ale moje chápání a to, co se snažím tak nějak začlenit do své klinické praxe, je určitým způsobem odklon od toho, ehm, jaká je vaše identita, a proto, protože máte tuto identitu, budete chtít dělat tyto konkrétní lékařské zásahy, abyste změnili své tělo, a ne aby to bylo jako identita, protože si myslím, že to byl historický základ toho, jak věci fungovaly.

A místo toho, bez ohledu na vaši identitu, Co, co si myslíte o svém těle a co chcete, aby vaše tělo bylo schopné být a jak se cítíte ve svém těle a,

a co vám pomůže, abyste se cítili lépe ve svém těle, a jak se s tím vypořádáme? Bez ohledu na to, jaká je vaše identita, a to může znamenat lékařskou péči, může to znamenat zvedání činek, může to znamenat lepší stravování, myslím, že je toho celá řada, ale prostě to znamená posunout vaše myšlení od intervencí zaměřených na identitu k více, um, pro některé lidi, více intervencím zaměřeným na tělo.

Je to tak trochu moje, to je to, co bych se o tom pokusil říct.

CLIP 32

Ren Massey: V sekci otázek a odpovědí je několik otázek týkajících se souběžně se vyskytujících diagnóz nebo úvah, a já bych jen řekl, že je těžké to udělat spravedlivě v krátkém čase, ale víte, když se vyskytnou souběžné stavy jakéhokoli typu, jsem opatrnější a přistupuji k tomu pomaleji.

Hm, otázky, které je třeba položit při zvažování identity i ztělesnění. Um, a víte, může se ptát lidí a povzbuzovat je, aby se na věci dívali ze všech těchto perspektiv. Um, a možná se je pokusit kreativně požádat, aby. Víte, jen jako příklad, kdo je někdo, komu byste se chtěli podobat, kdo, um, ne někdo, kdo je televizní hvězda, kdo je super atraktivní, ale prostě jakoby průměrně vypadající člověk, víte, um, abychom se nezapojovali do fantazijní sféry očekávání přechodu jako vousy, žádné vousy, hrudník z mokřých ponožek, plochý, hnědý, malý, mokřý.

A někdy jsou tyto diskuse velmi užitečné, zejména pro lidi, kteří mohou mít problémy s identitou. Myslím, že musíme být také opatrní, když si uvědomíme, že existují lidé, kteří mohou mít věci, které činí chápání identity proměnlivější, složitější nebo náročnější.

Takže jsem jen vezměte si mnohem větší opatrnost. To je to,

co bych řekl. Dobře, pokusím se nás dostat k tomu úplně

poslednímu.

CLIP 33

Dianne Berg: Nechci zabírat více prostoru, ale protože ostatní lidé neskáčou, myslím, že to jen mluví o důležitosti průsečíku mezi sexualitou a genderem a jak, um, Myslím, že oblast genderu, to je pocit, že pole jsou velmi oddělené jako někdo, kdo je v obou ASAC certifikované osoby.

Já jsem, víte, chodím na spoustu konferencí o sexualitě, které začínají. Zajímat se více o gender a myslím, že na konferencích o genderu. Je tam velmi málo zaměření na sexualitu, a tak si myslím, že pro mě tento případ jen ilustruje způsob, jakým se prolínají, a myslím, že existuje spousta způsobů, jak se prolínají, a vím, že WPATH se chystá udělat specializaci na sexuální potěšení, což si myslím, že je úžasné, a tak si myslím, že jen pro mě, chci, chci jen poukázat na to, že tento průsečík, neděláme, neděláme s tím často dobrou práci.

A myslím, že to je místo, kde bychom mohli být lepší.

Dan Metzger: Víte, naprosto s vámi souhlasím. A jsem si jistý, že nasadit dítěti v devíti letech blokátor a pak ho nechat, aby se dostalo do věku, kdy se u něj vyvíjí sexuální identita, to může být. Uh, nemůže to být skvělé, že? Takže si myslím, že si myslím, že ostatní lidé to nadnesli, že do jisté míry okrádáme tyto děti o takové ty rané až střední pubertální sexuální věci, které se dějí s jejich s jejich cisgenderovými vrstevníky.

To se neděje, protože máme spuštěnou jednu smyčku a jejich mozky prostě nemyslí tímto způsobem. Nejsou, víte, jsou starší a chytřejší, víte, v matematice, ale neučí se, jak funguje jejich tělo.

Učí se masturbovat, protože to nedělají, protože na to nemají chuť, že?

A najednou jsou, víte, jsou o mnoho let pozadu za svými vrstevníky, kteří se snaží vyřešit své sexuální záležitosti.

CLIP 34

Ren Massey: Někdo se ptal, kdy budou workshopy o sexuálním zdraví, v tomto roce připravujeme řadu nových workshopů. Um, protože aktualizujeme osnovy základů pro Montreal, kde poprvé představíme kurz SOC 8, um, založený na, uh, základech.

Mezitím máme několik. Uh, seminářů v létě, včetně toho, který zmínila Dianne, o sexuálním zdraví, a myslím, že se bude konat 29. července. Um, jsem si celkem jistý, že to je datum, které máme naplánované, uh, snažím se vzpomenout. Myslím, že je to tak od osmi do jedenácti pacifického času, od osmi do jedenácti pacifického času.

Ale, um, já, já na to nevsadím svůj život. Um, ale um, také máme. Několik dalších poznámek o sexualitě a neurotičnosti, ne neurotičnosti, erotičnosti. Um, a, uh, víte, myslím, že to je určitá složitost genderu a sexuality. Obojí je procesem objevování a vývoje, um, pro mnoho, víte, teenagerů a dospívajících.

A tak není divu, že někdy potřebují pomoc při rozlišování těchto věcí. Vypadá to, že jsi chtěla něco říct, Dianne.

Dianne Berg: No, myslím, že pro dospělé, historicky, pokud, pokud lidé s nějakým druhem pohlaví. identitou zmínili něco o své sexualitě, tak to, ehm, nebo pokud tam vždycky byli, alespoň já jsem měla mnoho klientů, kteří mi řekli, neřekla jsem vám pravdu o, o spoustě věcí ohledně mé sexuality, protože jsem si myslela, že když vám to řeknu.

Měl bys to hlídat a předpokládat, že je to fetiš, nebo předpokládat, že je to, ehm, víš, některé termíny, které už nepoužíváme. A tak si myslím, že to má obrovský historický kontext. To, že sexualita je vnímána jako vnímána způsobem, který působí, že vytváří překážky v přístupu k péči, a já prostě chci, myslím, že je velmi důležité, abychom si uvědomili tento historický kontext, um, a abychom pracovali proti tomuto historickému kontextu, um, tím, že budeme více mluvit o pozitivní sexualitě a potěšení a o tom, že to může jít dohromady a že je to v pořádku.

Hm, a nevytvářejte překážky v péči, protože lidé jsou přesvědčeni, že to je to, co budeme dělat.

CLIP 35

Jamison Green: Ano, pohlaví a sex jsou dvě různé věci, ale pohlaví nesmírně ovlivňuje vaši sexualitu. A nezáleží na tom, kdo jste, trans lidé, cis lidé, muži, ženy, ne binární, všechny tyto věci se navzájem informují. A

když popíráte jakýkoli jeho aspekt, omezujete sami sebe. Do jisté míry odřezáváte část sebe sama, když předstíráte, že neexistuje.

A z klinického hlediska nám bylo řečeno, že transsexuálům bylo v minulosti řečeno: "Ale ne, o tom nemluvte. Takže je to opravdu, opravdu něco, s čím naše profese musí bojovat. Děkuji, Dianne. To je dobré.

Ren Massey: Dobře, takže skončím otázkou. Přeruším zde sdílení obrazovky a opravdu rychle ji přednesu svým panelistům.

Pokud má někdo nějaké závěrečné myšlenky, jedna otázka, ke které jsme se nedostali, se týkala kroků na podporu lidí, kteří mají výčitky nebo zásahy. Myslím, že je to taková nová oblast. Pokud vím, nemáme o tom žádné údaje, ale vypadá to, že spousta lidí hledá podporu, a řekla bych, že musíme normalizovat jejich zkoumání, stejně jako bychom normalizovali lidi, kteří uvažují o přechodu na jiné pohlaví, než jaké jim bylo přiděleno při narození, a zajistit jim k tomu podporu.

Um, a znovu, snažte se, aby ostatní, ostatní lidé v procesu, ne marginalizovat nebo shazovat ostatní lidi. Pokud mají ostatní lidé rychlou připomínku.

Dobře, že to bude pokračovat v našem pokračujícím růstu v této oblasti. Chci poděkovat všem účastníkům. Uh, oceňuji skvělé příspěvky, otázky, připomínky, výměnu názorů, podněcující, um, dialog mezi námi všemi. Chci poděkovat produkčním, Mikeu Evansovi a Cheryl Fieldové.

Jste úžasní. A také naši zaměstnanci WPATH, Tricia, Kat, Rebecca. Wayne a Jamie. Vidím, že Tricia, Kat a Rebecca dnes dělají těžkou práci. A pak děkuji všem svým kolegům a kolegyním za to, že jste tady a že jste se předem zamysleli a že se účastníte této konverzace, abychom se pokusili posunout zdravotní péči o naše trans a genderově pochybující klienty a klientky.

Děkujeme.

23) DODATEK: DALŠÍ SOUBORY

PO DOKONČENÍ NAŠÍ ZPRÁVY A ÚVODNÍ ANALÝZY BYLY ZDROJEM NEBO ZDROJI POSKYTNUTY NÁSLEDUJÍCÍ SOUBORY. TYTO DALŠÍ SOUBORY JSME PŘIDALI NÍŽE A DOPORUČUJEME ČTENÁŘŮM, ABY SI JE PROHLÉDLI TÉŽ.

a) Člen WPATH žádá o radu ohledně transgenderového klienta, který vykazuje znaky spojené s autogynefilií.

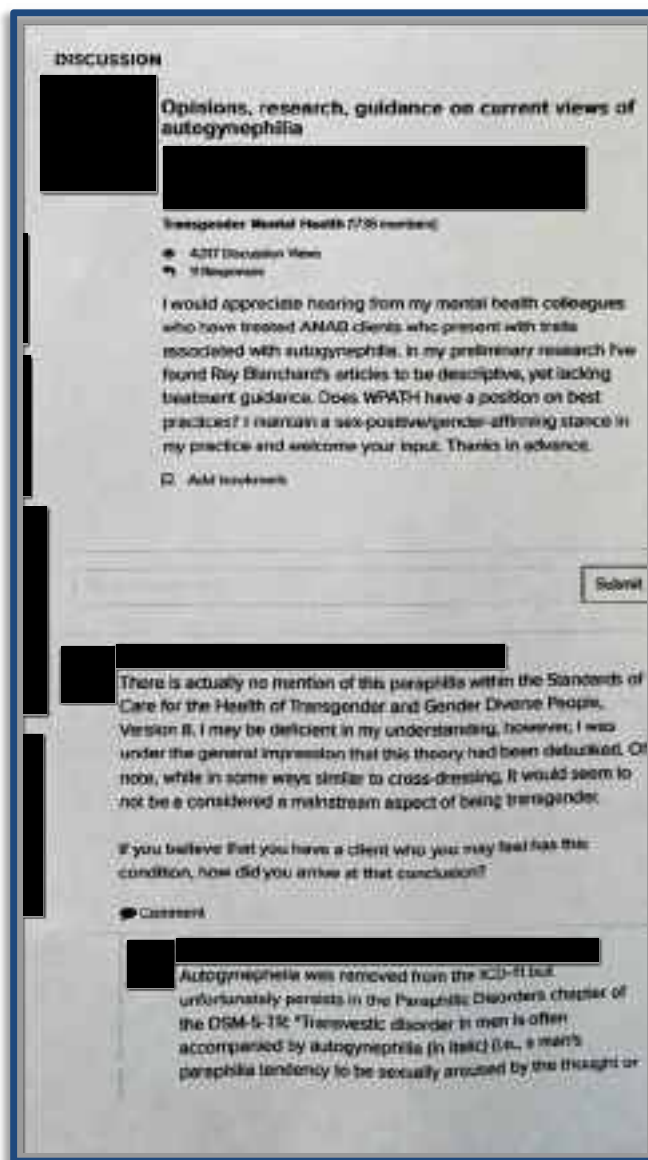


image of himself as a woman). Autogynephilia: fantasies and behaviours may focus on the idea of exhibiting female physiological functions (e.g. lactation, menstruation), engaging in stereotypically feminine behaviour (e.g. knitting) or possessing female anatomy (e.g. breasts)? (DSM-5-TR, p.700).

Read more

Blanchard's theory of autogynephilia is no longer widely accepted in trans health (if it ever was) and is widely considered transphobic, as resources on it that are also positive and gender-affirming largely do not exist.

Comment

Hi, Don't know where you read what you said about autogynephilia but it's been long debunked. Blanchard's flawed and biased concept had been a topic of debate and controversy within the field of gender studies and transgender healthcare. The so called research is poorly executed and biased. Many researchers and clinicians have criticized this concept for several reasons, including concerns about its validity and potential stigmatization of transgender individuals.

WPATH and other leading organizations do not consider autogynephilia as a valid or useful diagnosis. Instead, we focus on...

Read more

Comment

Maximized after reading this, that it may not have been very helpful to you in your legitimate quest to offer your clients assistance in their exploration of their gender identities and expressions. In my experience, what Blanchard attributed to the bogus concept of autogynephilia is related to the diversity of gender identities, presentations and experiences of trans and gender diverse folks, including sexually, sexually, and attractions. Helping your clients explore what works for them, giving them permission to explore and embrace the diversity of attractions and expressions and understanding that many of these experiences are interconnected &...

Read more

Comment

As a gender therapist, I work with folks who are feeling confused and/or distressed by the way their gender intersects with their work life. I find that folks of many genders (including cis het folks) find various forms of gender affirmation to be extremely useful. Pathologizing this as a "mania" of any kind is not helpful.

Critics have already pointed out that autogynephilia was a discredited theory and is not useful as a framework in trans therapeutic support. But I would add the above as an approach for supporting a client through the multi aspects of gender affirmation. It is often complex...

Read more

Comment

For a clear challenge to the very outdated and stigmatizing notion of autogynephilia, I recommend Julia Saracino's excellent article on the question: Autogynephilia: A scientific review, feminist analysis, and...

alternative 'embodiment fantasies' model

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00380261205346507>
journalCode=sos

(<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00380261205346507>
journalCode=sos)

● Comment

My experience with clients who persist in delving into this long-ago debunked theory...is that it is damaging and in no way does it aid them to attempt to box themselves into Blanchard's "made-up" categories. My advice would be to encourage open exploration and resist labels. Clients can be much too hung-up on labeling before they give themselves free reign to explore.

● Comment

Rather than focusing on the negative problems with transgender theories of Blanchard in Toronto, Bailey at NW or Money at Hopkins, I feel that providing counseling seeking out transgender role models needs to stress the positive. Among those superb stars, I suggest Lynn Conway, PhD, an early day computer genius, member of the National Academy of Engineering and Professor of Electrical Engineering at Michigan. Her remarkable website at www.lynnconway.com (<http://www.lynnconway.com>) has in-depth sections that include bios of 300 successful transgender men and women. Her proquodm begins "your time is limited, so don't waste it living someone else's life" etc...

● Comment

A few musings. The funny thing about autogynephilia is that it did not account for the profound transgender feelings of small children (ages 4-7 or so).

Lynn Conway is a fantastic role model. She has achieved so much.

Thank goodness the old criteria, and John Money are not factors at this point.

● Comment

Hi [redacted] if something is identified as a problem, it might really be a problem, no matter what it ends up getting diagnosed - and needing treatment. I have run across one case in my 18 years of practice that had me a little stumped and it led to an active goal of ceasing crossdressing due to how damaging it was to the individual's life. He was an upper middle class, cis, hetero, man with a history of intermittent crossdressing (and polysubstance use recovery), but upon years of gender exploration together, it really presented as a more pure annual of seeing self as a very sexy "prostitute" with the choice of the third - part of this third was leading to dangerous behaviors (well...

Read more

● Comment

pure arousal of seeing self as a very sexy "prostitute" with the chase of the thrill - part of this thrill was leading to dangerous behaviors (nearly failing college/work impact d/t periods/days of constantly changing undergarments, times of driving 80 miles an hour while rapidly changing clothes, stealing anything from bras to even a wedding dress, manipulating others with stories to get more "sexy" validation vs gender validation). He determined the need to cease and we did work on that with overall success and reported benefit. We followed treatment planning similar to substance abuse treatment and we found that an SSRI assisted with the intrusive/oc thoughts that he was having. Good on you for reaching out for consultation :)

 Comment

b) Člen WPATH žádá o radu ohledně pacienta, který se identifikuje pouze jako heterosexuální muž s autogynefilií.

DISCUSSION

Patient presenting with self-identified autogynephilia

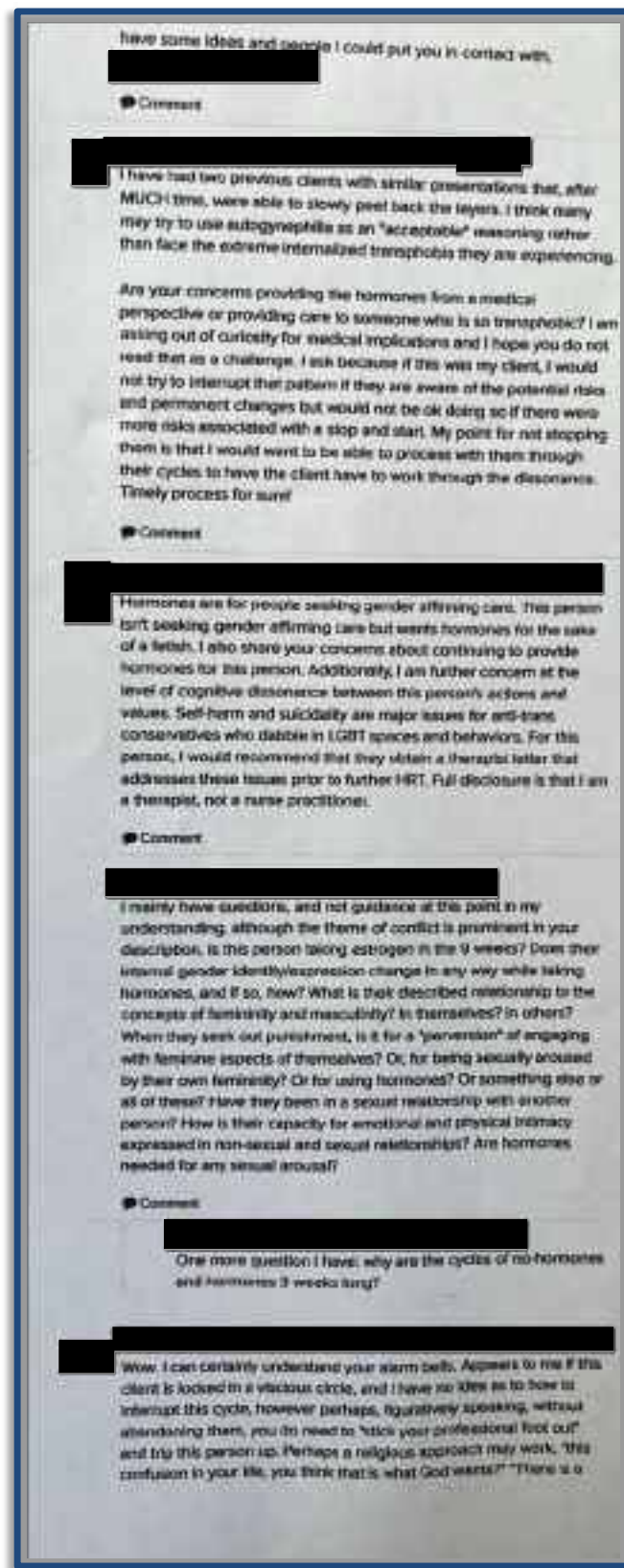
Non-Surgical Transgender Healthcare (269 members)

1636 Discussion Views
6 Responses

I am well aware of Blanchard's debunked concepts related to gender dysphoria, and do not ascribe to the concept of autogynephilia. However, I have a patient who identifies solely as a heterosexual male with autogynephilia. This person has been taking hormones off-and-on for 15 years. Admittedly takes them for about 9 weeks at a time, while withholding sexual gratification, will sexually gratify himself after 9 weeks of taking hormones, and will then have "clarity" about his "perversion." During that 9 weeks, this person will seek out anti-trans activists, and anti-gay activists to have meetings as a form of self-punishment. Once they have stopped hormones, they immediately begin the process of planning to restart again, in secret, as a form of eroticism. The patient is admittedly staunchly conservative and religious, and is a part of legislative bodies that work with "anti-grooming" groups in an attempt to "de-trans" children. I am seeking guidance if anyone else has experience with this, and what people would recommend as far as continuing care. I work at an LGBTQIA+ health center which predominantly provides gender-affirming care, and I have concerns regarding continuing to provide hormones for this person. Any feedback or guidance would be most helpful. Thank you!

Add bookmark

Hi [redacted] I'm actually local to you (I work at [redacted] and work with [redacted] and some other folks at both [redacted]). Feel free to shoot me an email and we can talk, I



physical and genetic component to trans. Its not a defect, it is part of God's biology. It cannot be wrong to explore that!...type of logic/reasoning.. I am a 'devout bead rattling Catholic" and have no problems between me and God, simply because I have good self-talk that I am convinced He has given me... Whatever keeps this poor soul going around in circles has to be a lie. Your job is to figure out what that lie is, and the usual culpret is someone else is feeding them religious crap. Sincerely hope this has helped. I very rarely speak about my faith or God, but as you said, religion and conversion crackpots are part of this puzzle.

 Comment

- c) Člen WPATH žádá o objasnění komorbidity versus diferenciální diagnózy u klienta s genderovou dysforií a schizofrenií.

DISCUSSION

Comorbidity versus differential diagnosis of schizophrenia in client with gender dysphoria

Transgender Mental Health (TMH) member

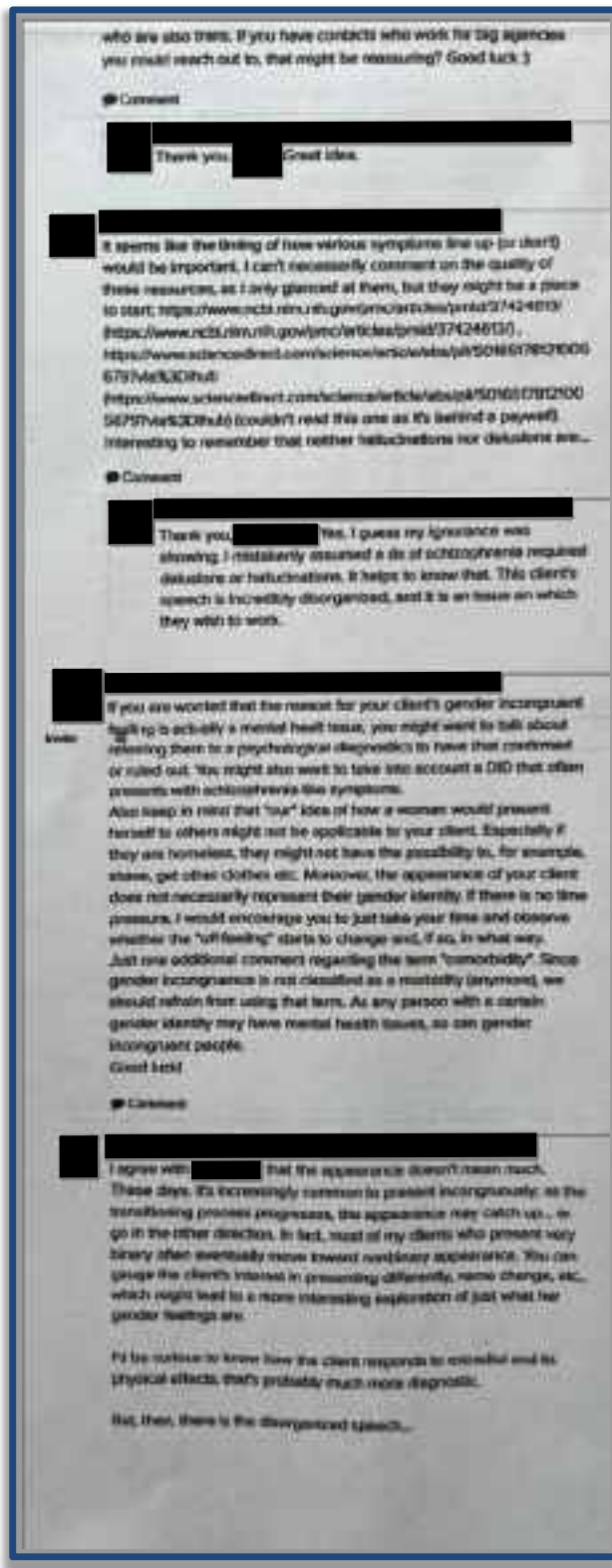
4/23/2020 Discussion Views

3 Responses

I have a client who meets DSM-5-TR criteria for gender dysphoria. They take a medication prescribed for bipolar disorder although they have not told me they have that diagnosis. Their presentation is atypical from my experience. They presented for intake with a beard, stating they identify as a woman. They have extremely circumstantial speech, flights of ideas, and loose associations, but I have not observed any hallucinations or delusions—as I understand them. Their appearance is consistently disheveled, and their hygiene is extremely poor. However, their self-report of their gender identity seems to me to be wholly inconsistent with their presentation. I am wondering if they might have schizoaffective disorder or schizophrenia. I would appreciate some references to literature reviews or authoritative articles about comorbidity of gender dysphoria with schizoaffective diso or schizophrenia versus differential diagnosis between gender identity incongruence and schizophrenia. I have been treating transgender and gender-diverse clients since the 1990s and I have never observed a woman assigned male at birth to present for treatment appearing this way. They did recently began taking estradiol 2mg q.d. My clinical observation is that there is something "off" and I can't put my professional finger on what it is. Any ideas?

Add bookmark

I don't know of studies on this, but wanted to just note that I've met a few folks dealing with homelessness and schizophrenia



Disorganized speech/presentation could be a wide range of things, including (long-term) substance use, autism, ADHD, psychosis, DID... so it'll take all your diagnostic muscles to sort it out. I would start with the presumption that it is separate from gender; once you have a better handle on it, you will know better how it does or does not intersect with gender.

Technically, pedantically, I would say the person does not actually meet the full diagnostic criteria for gender dysphoria until other factors are completely sorted out... but, then, there is also no harm in client starting hormone therapy at a low dose, see if it helps or not. Beware that higher doses of estradiol can exacerbate the client's emotional imbalance, if any, so I'd advise the prescriber to proceed very, very slowly.

Comment

Hi

Thank you for your input. My client is not homeless and it is one of the things I would consider. As for comorbidity, gender incongruity is classified in ICD-11 as a sexual health issue, and in the U.S. (where I work) as a DSM-5-TR diagnosis. Therefore, comorbidity would be a correct term to describe the simultaneous occurrence of two diagnoses, whether physical or mental.

Comment

"Comorbidity" has a strong pathologizing background. Try using "co-occurring," which suggests things are occurring together without cause or pathology attached.

d) Člen WPATH diskutuje o chirurgické komplikaci transgender pacienta po vrcholové operaci

DISCUSSION

DRESS Dx Situation w/top surgery

Gender Affirming Surgery (486 members)

423 Discussion Views
3 Responses

A transmale patient of mine (in his early 60's) had successful chest surgery about 7 weeks ago. 3 weeks postop he suddenly developed a rash that began at the surgical site, and then quickly spread up and out, under the arms, the compression vest, and progressed down to the groin and lower legs. He also has well-managed Type 1 Diabetes.

He went to Urgent Care where it was discovered he was very jaundiced and was Dx'd with DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), which was then attributed to the antibiotic cephalosporin (cephaloxin family) that had been administered with the anesthesia. He was given high doses of prednisone for the rash - which has lessened but is still causing a lot of discomfort 4 weeks later.

My patient has since found rather a large amount of similar reports on Reddit (see:
https://www.reddit.com/r/topsurgery/comments/s4f1dwp/documenting_my_allergic_reaction_more_info_in/
[\(https://www.reddit.com/r/topsurgery/comments/s4f1dwp/documenting_my_allergic_reaction_more_info_in/\)](https://www.reddit.com/r/topsurgery/comments/s4f1dwp/documenting_my_allergic_reaction_more_info_in/))

1 reply

Our concern is that there seems to be no accountability for this occurrence, was it an protocol or practice error of some kind that should not have happened? Nobody affiliated with the surgery has offered any kind of explanation or concern. While not interested in any legal recourse (yet) we are wondering how to address this, and would appreciate any supportive guidance. If the community here deems it important to I.D. the medical facility and surgeon by name here, let me know.

Thanks all,

Add bookmark

Hi!

It seems an allergic reaction to the antibiotic administered. It is always possible. Good that he referred to urgent care and he received adequate medications. The supportive guidance is that he should disclose the reaction at next medical consultation, and eventually be tested for allergy to the antibiotics.

Strange that he developed the reaction 3 weeks later...

Anyway, everything is possible following medications and surgery, including anaphylactic shock to drugs, as well as necrotising fasciitis following surgery or minor trauma. You can check up these two conditions.

Our work is difficult ! But we must do it! For the benefit of the patients !

● Comment

Thanks very much for your sensitive comments. My patient reports reading that many others report the same delay in symptoms of several weeks - of course this is anecdotal and to my knowledge there has been no focused research on such issues yet.

However – Is it not odd that such a possible adverse and potentially dangerous reaction was not assessed before the surgery?

Please feel free to continue to add to this conversation as you ponder it. I have posted this case before the Surgeon's Group here at WPATH, and am looking forward to their responses, too.

e) Člen WPATH žádá o radu, jak poslat pacienta k filozofovi, aby mu pomohl změnit názor na genderovou identitu.

GTH

DISCUSSION

Treating unhelpful Ideas question

Transgender Mental Health (278 members)

👁 7562 Discussion Views
👤 18 Responses

I've got a terrific client who's pretty hung up on the idea that identity is discursively, socially constructed. (She's a guy, will always be a guy, because society sees her that way.) I don't think my arguing against this stance will be fruitful, I'm not versed enough to be confident at all, and this is a super normal phrase for lots of people. I've encouraged her to try out talking to other trans girls, or to try out watching videos of other people's experiences with this, and she's not ready. Fair enough! This is probably "my stuff," and it might be a dumb or difficult idea, but I'm thinking of referring her to a philosopher (she's near a couple good universities). Feedback requested: how dumb/difficult is this idea? Any leads, or better ideas?

🔖 Add bookmark

Submit

1) I wouldn't send her to a philosopher unless you personally know a philosopher who is pro-trans "and" versed in academic gender theory. There is a complex history of gender-as-performance and gender-as-social-construct theories that could be helpful, but it can also be a disempowering rabbit hole that goes to some dark places.

2) I would evaluate the client for dysthymia and autism.

3) She is absolutely right. The whole point of gender transitioning is to change how "society sees her", and, ergo, her "external" gender identity, which will then be consistent with and affirm her "internal" gender identity. Social construction of gender means that gender arises from a complex interaction between individual wtl/action and social conventions/reactions; this makes the process challenging, but

through the means of cognitive dissonances... which are necessary for any kind of social change... hence the recommendation to evaluate for her for dyslexia/autism, i.e., her response to seeming contradictions.

4) It may simply be that her desire to be more congruent is not strong enough to clearly outweigh the obstacles. If so, it just isn't time... if it ever will be.

Hope this helps!

Comment

Thank you! That is helpful :)

if it's rooted in recognition in that way, what does the client make of the fact that plenty of people recognize trans women as women? Or the fact that they may not even be recognized as trans at all in the first place? The thing with recognition-based accounts is that people actually don't have consistent criteria for gender!

My feeling is that the client may be overintellectualizing what is essentially a form of self-doubt and internalized transphobia. If so, I'm not sure philosophers would help much.

Comment

Exactly.

The "idea that identity is discursively, socially constructed" comes from the work of Michel Foucault, a French philosopher. Rather than referring her to a philosopher, I would recommend reading Louis Hirschman's book, "Discourse, Interpretation, Organization," in which the author discusses Foucault's conceptions of discourse and its relationship with power and sociopolitical interests. I would also suggest reading Foucault's "Discipline and Punish." Here is a YouTube video ("Michel Foucault's Conception of Discourse as Knowledge and Power") that will help get you started on the road to being versed enough to be competent (and hence confident) at discussing this with...

Read more

Comment

Wow, thanks a bunch! I'm going to start with the University Quick Course youtube you recommended and marinate on the idea that we must take an active role in negotiating the presentation of self. I like it, and I want to think more about the implications there. Thanks again :)

I understand your problem. To refer her to a philosopher might be a good idea, but it might be an advantage that this is a competent philosopher.

- f) Člen WPATH hledá radu pro klienta, jehož libido se při užívání testosteronu drasticky zvýšilo.

DISCUSSION
OTHER

Effects of testosterone on libido and trans sex education

Transgender: Sexual/Reproductive Health (1022 members)

1022 Discussion Views
4 Responses

Hey everyone,

I am a mental health therapist and I have a freshly turned 18 yr old transmale client with autism who just started testosterone in late August, previously they always believed they were asexual and had zero interest or desire for physical intimacy. Since starting T they have been coming to session reporting their libido is 'through the roof' and they can't stop being horny. I've been able to normalize the increased libido, but my client was wondering if this will eventually even out or come back down at least a bit? If so how long? If not, any recommendations on how to best adjust to this new found sex drive?


I plan to do some sex education and human anatomy lessons as the client is new to anything related to sex, intimacy, arousal etc. I'd love any sex education resources you all have for transmasc individuals.


Thanks in advance!

Add bookmark

I have a resource for trans men who specifically have sex with other men: <https://www.rainbowhealthontario.ca/resource-library/primed-the-back-pocket-guide-for-trans-men-and-the-men-who-dig-them/> (<https://www.rainbowhealthontario.ca/resource-library/primed-the-back-pocket-guide-for-trans-men-and-the-men-who-dig-them/>)

I don't know that it will answer your client's question, but it does have some generally good information overall. If I run across any other resources during my travels, I'll try to post them here.

 Comment

 I should have added, it's written in pretty frank vernacular, presumably to be more approachable for the target audience, but if you don't expect that it could come as a mild shock.

 Hey 

Speaking from my personal experience, yes, this will calm down. For me, it's helpful to remember that starting HRT is essentially the same thing as going through puberty, so your client is currently a lot like a 13-15 year old boy. Adult cis men don't have the same libido they did when they were 15, and neither do trans men or transmasculine people once we're past being hormonally 15. I can't speak with a lot of precision about how long it might last, but I'd say it's most intense in the first 6 months to a year (again, based on what I remember from my own experience, which was almost 20 years ago now). Maybe an...

[Read more](#)

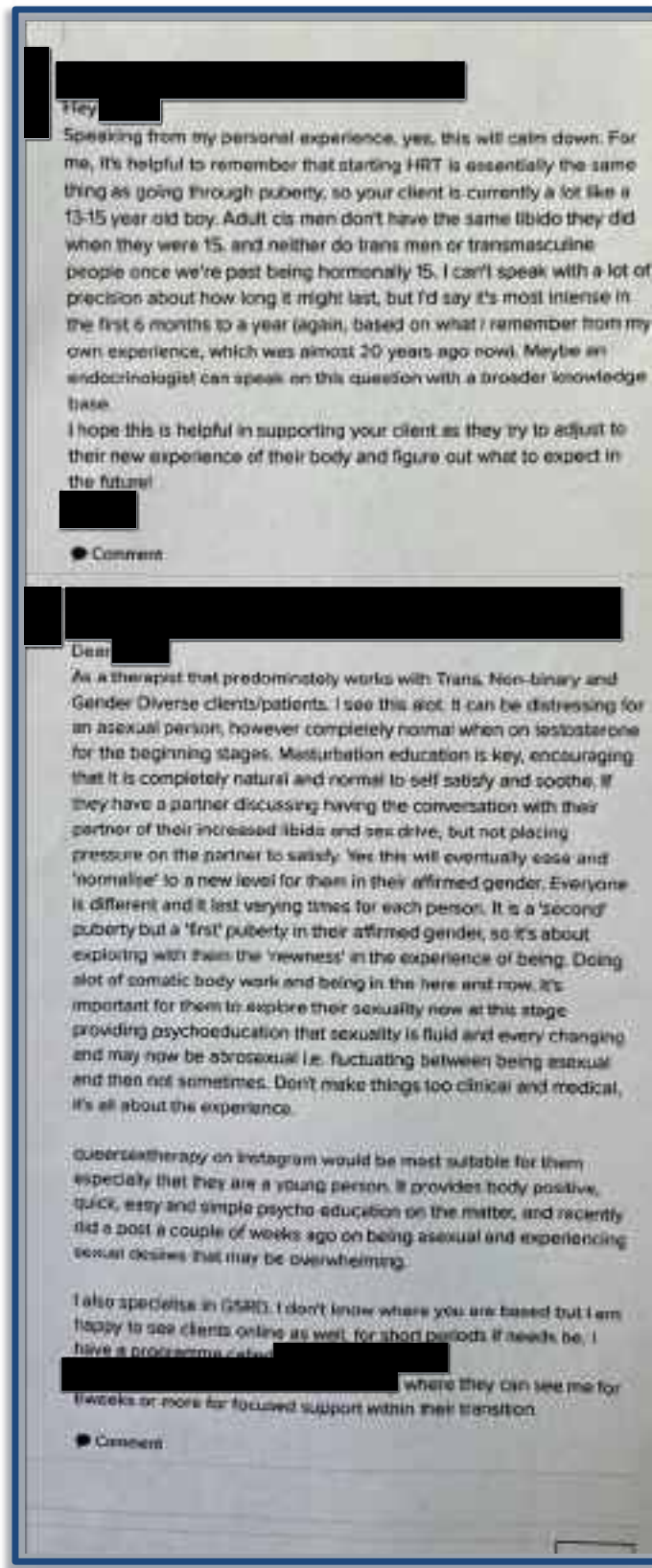
 Comment

 Dear 

As a therapist that predominately works with Trans, Non-binary and Gender Diverse clients/patients. I see this alot. It can be distressing for an asexual person, however completely normal when on testosterone for the beginning stages. Masturbation education is key, encouraging that it is completely natural and normal to self satisfy and soothe. If they have a partner discussing having the conversation with their partner of their increased libido and sex drive, but not placing pressure on the partner to satisfy. Yes this will eventually ease and 'normalise' to a new level for them in their affirmed gender. Everyone...

[Read more](#)

 Comment



g) Člen WPATH hledá návod, jak lépe podpořit polyamorní životní styl u transgenderové a genderově nekonformní populace.

DISCUSSION

Training and Resources for Polyamorous Transgender Patients

1348 Discussion Views
12 Responses

As I start a private practice, I am looking for ways to better my knowledge and ability to support polyamorous lifestyles within the trans and gender non-conforming population I see.

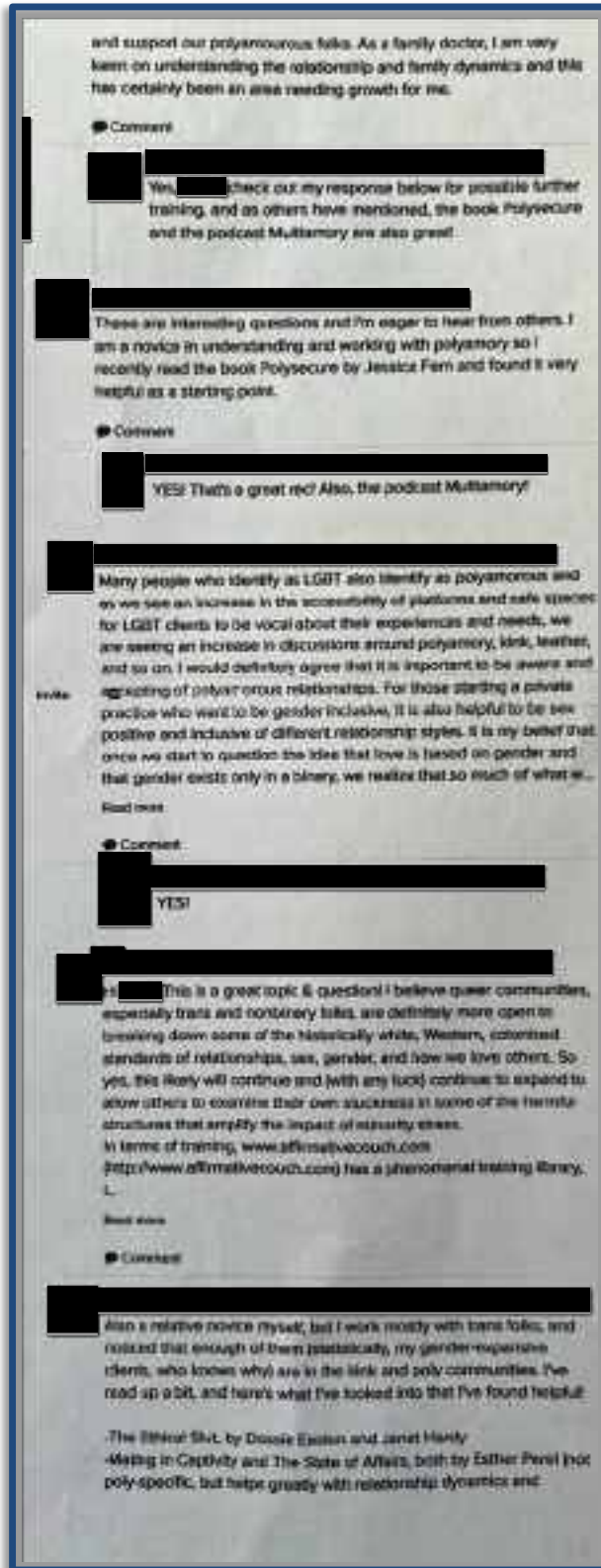
As we know, people who are part of this population are often forced to create their own family environment and polyamory often constitutes this family dynamic. I believe that as acceptance continues to evolve, we as providers will begin to see ourselves needing to support multiple people in a relationship dynamic. I have found that the isolation of covid has for some, increased the desire to have more members in a polypod or polyculc.

Do other clinicians have a sense that this is an undercurrent movement in the LGBT community that will continue? Does anyone see this movement happening? What are some options for training that you are getting or that you recommend?

Add bookmark

I have begun to bring this up in trainings that I do around LGBTQ+ care. I don't think we have the shared language around the variations in polyamory quite yet. I think there are a lot of elements that can be assessed - sexual, romantic, nesting, child rearing/having - and that is before you get into the variations in exclusivity or other explicit commitments (marriage, unions, bonds, etc).


I'd love to hear if there are resources out there to better understand


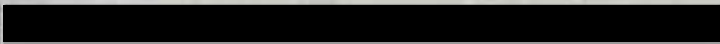



understanding of desire)



-More Than Two, by Frank Veaux and Eve Rickert...


Read more

 Comment

 
It's been both a professional and personal experience (I'm non-binary and polyamorous) seeing a lot of overlap with polyamorous and LGBTQ+ communities. I would also recommend the podcast, Multiamory, with the understanding that just like there hasn't been a single universal template for trans-ness there isn't a universal template for polyamory either.

 Comment

 
Seconding the recommendation for the book Polysecure. Several of my clients have mentioned that it helped them immensely. I'd also recommend the workshop "Trauma-Informed Polyamory" (<https://www.clementinemorrigan.com/product/trauma-informed-polyamory-workshop>).

 Comment

h) Členové WPATH diskutují o závěrech nové výzkumné zprávy o škodlivosti vyloučení transsexuálů z péče o osoby s odlišným pohlavím.

Must Read Article: Important New Paper on Gatekeeping as Harm Concludes Gender Assessments are Useless Barriers to Care

4,099 Discussion Views
0 Responses

Hi all,

There is a new, exciting, and important read about the harm of gatekeeping trans people from gender-affirming care. The paper reviews the literature on gender assessments, and its authors conclude that attempts at assessing people's gender identity and/or dysphoria are not more effective at preventing regret in accessing gender-affirming care than self-report and that assessments are based on stereotyping, arbitrary, and unproven considerations.

Per Florence Ashley, one of the paper's esteemed authors, "The paper offers an important rebuttal to jurisdictions like Missouri and Saskatchewan that strive to restrict access to medical or social transition under the guise of needing "careful assessment."

As most of us working in gender-affirming care already know, whether through experience or reviewing prior trans-led research, there is no evidence, as shown here, that lengthy gender assessments confer any mental health benefits.

The paper is attached; there is an audio version, and the pdf is free at the link! Enjoy :)

In solidarity,

Link [<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000672>]
(<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000672>)
(<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000672>)
(<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000672>)

Audio version:

[https://podcasters.spotify.com/pod/show/lorance-ashley/episodes/Do-gender-assessments-prevent-regret-in-transgender-healthcare-A-narrative-review-e2ana4b]
 [https://podcasters.spotify.com/pod/show/lorance-ashley/episodes/Do-gender-assessments-prevent-regret-in-transgender-healthcare-A-narrative-review-e2ana4b]
 [https://podcasters.spotify.com/pod/show/lorance-ashley/episodes/Do-gender-assessments-prevent-regret-in-transgender-healthcare-A-narrative-review-e2ana4b]
 [https://podcasters.spotify.com/pod/show/lorance-ashley/episodes/Do-gender-assessments-prevent-regret-in-transgender-healthcare-A-narrative-review-e2ana4b]

🔖 Add bookmark

Submit

Thank you for letting us know about this article. As a woman assigned male at birth and a clinical social worker, I disagree with the authors' conclusions that clinical assessments unnecessarily impede a person's access to gender-affirming care. The point of those assessments is not to gatekeep access to care. It is to help the person seeking care assess the relative risks and benefits for themselves. Doing otherwise violates a patient's rights to self-determination. As part of evaluating the risks and benefits, providers have a responsibility to inform the patient that there is a small possibility that they may regret their decision, however strongly they feel about proceeding at the time. This is no different than informing a patient that death is a risk, however small, of any surgical procedure. Moreover, as half of the participants in Littman's (2023) study emphasized, they felt that inadequate assessments were responsible for beginning gender-affirming care that they now regret. It is true that some providers perceive their role as gatekeeping to the extent that they have the power to deny access to care. In my own case, I saw a licensed clinical psychologist for years, and when I asked for a letter to undergo "surgical sex reassignment" (B96 lexicon), she informed me she would not because I "was not ready." When I asked what I needed to do to appear ready, she literally shrugged her shoulders. This kind of gatekeeping is unethical, as it violates a client's right to self-determination. Amsley et al. (2023) are in arguing that, "Delaying access to gender-affirming interventions for those who are at elevated risk of regret would not be an appropriate alternative to withholding care" because the average time to regret is about a decade (p. 3). To the best of my knowledge, there have been no prospective studies exploring the time to regret, which is the only valid way to determine the time to regret. Assessment may, indeed, take a period of months as one explores the risks and benefits of treatment with a clinician who has expertise in transgender and gender-diverse healthcare issues. However, permitting a patient to begin gender-affirming medical interventions without assessment would be akin to failing to assess the duration of a patient's distress (a core component of all DSM-5-TR diagnoses) for depression, post-traumatic stress disorder, or many other issues prior to making a diagnosis. Given most TGD people cannot access care without a diagnosis of gender dysphoria to meet 3rd party payer requirements, the issue is with the insurance companies, not the providers doing the assessments. The WPATH SOC 7 make it clear that insurance companies need to change their policies to maximize access to care. Moreover, the argument that it is unethical to deny access to care because only a small minority will regret that decision to obtain gender-affirming care is as unethical as arguing that any law or policy should be passed despite the potential or probable disadvantage to any marginalized group. This was the kind of arguing

that led to bans on LGBTQ people serving in the military—that permitting the minority access to service would harm the operational integrity of the army. The Red Cross prevented gay men from donating blood because the that small minority was known to be at disproportionately high risk of having HIV that could adversely impact the entire blood donation system. Of course, I am not saying I agree with that policy (I don't). We delay any number of medical interventions because we want to do lab work and other diagnostic procedures to make sure the patient will benefit from treatment. The same should be no different when assessing WPATH the patient or client the risks and benefits of beginning gender-affirming medical intervention. In sum, Ashley et al. (2023) mischaracterizes the contemporary reason for assessment. It is not to unnecessarily impede or delay care. It is to weigh WPATH the patient the potential risks and benefits of THEIR receiving gender-affirming medical interventions. This is, in fact, a core component of the WPATH SOC-7. Moreover, I would contend that many professionals providing gender-affirming care have not received the training required to meet these standards of care. This training and supervised experience is essential to ensuring one is competent to help a patient sort out the risks and benefits of care. I have worked with many TGD patients who decided in the course of weighing the benefits and risks that, like most TGD people, gender-affirming medical interventions were unnecessary or undesirable. I have had patients show up demanding (not merely requesting) access to care because they wanted to "fit in" with their gender diverse peers or because they preferred activities stereotypically associated with a different gender than they identify with. They were not experiencing distress or discomfort for any other reason. Certainly, care blanche access to gender-affirming medical care could have been viable. However, invariably they stated they appreciated the opportunity to question their motivations. Finally, one point Ashley et al. (2023) make is incorrect. They state the WPATH SOC-7 does not require a diagnosis of gender dysphoria for adolescents for initiation of gender-affirming care. In fact, it does. It states: "The following recommendations are made regarding the requirements for gender-affirming medical and surgical treatment (All of them must be met): 6.12. We recommend health care professionals assessing transgender and gender diverse adolescents only recommend gender-affirming medical or surgical treatments requested by the patient when: 6.12 a. The adolescent meets the diagnostic criteria of gender incongruence as per the ICD-11 in situations where a diagnosis is necessary to access health care." Finally, it seems to me that Ashley et al. (2023) did their research to prove a point rather than test any hypotheses or systematically review the literature aligned with Cochrane criteria. They certainly make some valid points. However, many of their points seem irrational and inconsistent with providing ethical care. I am 100% in support of gender-affirming care for those who determine they want them. However, I would never recommend care for the care (in any other for that matter) without doing a thorough assessment WPATH the patient of the risks and benefits of treatment, an essential part of informed consent for any health care. It is compliant with best medical practices to make these assessments and base one's recommendations on them.

• Comment

Thanks for sharing your take on this. Insurance companies are a huge problem - agreed! But the agents aren't required to assess folks who need hip replacement surgery. I'd rather regret not or lose job.

For clarity, you reference SOC-7, but I think you are actually meaning SOC-8. What you intend?

Thanks for this full some response. As an MD providing care to transfeminine, and as an MD who has provided care for trans adults for almost 2 decades, I completely agree. We have a novel population now, like it or not. If we are not careful, the roll-back on care at the government levels, in response to a loss or lack of gatekeeping/proper assessments by the system will lead to a loss of services for consenting, fully informed adults. Individuals under 18 (really under 26, in my opinion), are an unknown, especially those with what appear to be adolescent onset GD. We truly have no idea what to expect and in Canada, the majority of GAC programs are not following them into adulthood. So the sloppy approach to delivering this care will come back to bite us all, I am sure. Even in Canada we are seeing a rising political right-leaning reaction to these inadequate approaches to a significant intervention. We have a choice. Either we do a better job at the health care level or we put ourselves at risk of having politics make these decisions for us. That is the most terrifying to envision.

Your response seems to confine informed consent discussions and gender assessments as a requirement for care. The article is about gender assessments as a requirement for care.

As for not using a Cochrane review, it would have been completely pointless because there are virtually no studies that actually bear on gender assessments' role in preventing regret and would meet rigorous inclusion criteria.

Read more

As a transgender man, I tend to agree with the move toward informed consent. In my own experiences, I never had any difficulties with care providers who provided gender affirming care on an informed consent basis. I faced enormous difficulties (trauma, unwanted surgical results, additional surgery) after receiving care from a provider who relied on the SOC.

The rigidity of the SOC vs informed consent puts a fear in patients that they will be turned away from the care they know they need because of the least irregularity in their narrative or their desired outcome. It's getting better, but there have been times when people would practice for their appointments with friends to avoid saying the wrong thing. A system based on informed consent would eliminate those situations and fears.

The ability to speak freely with one's providers is more readily assured under informed consent than in a system with rigid gatekeeping. It is incredibly important to be able to communicate openly without fear of losing access to care.

We look back at the times when trans people had to pretend to be straight to receive care, for instance, and consider that abhorrent at best and a violation of their basic human rights at worst. Someday, the gatekeeping that is considered normal now may look very much much the same.

The sooner this is identified, the better.

Comment

i) Člen WPATH diskutuje o váhání některých evropských poskytovatelů se zahájením hormonální léčby u mladších studentů.

