



INTERNATIONAL FEDERATION FOR
THERAPEUTIC & COUNSELLING CHOICE

Registered 2017 in the UK as a company (number 10910877)
70 Wimpole Street London W1G 8AX
+44 028 9756 3008

НАУЧЕН ДОКЛАД
ОТНОСНО МЕДИЦИНСКИТЕ ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРОМЯНА НА ПОЛА
Подготвен от
Международната федерация за свобода при избора на терапия и
психологическо консултиране (МФСИТПК; International Federation for
Therapeutic and Counselling Choice)
19 юни, 2021 г.

МФСИТПК подготви настоящия научен доклад с надеждата да е от полза за **Съда при вземане на решение относно медицинските процедури за промяна на пола**. Загрижени сме от популяризирането и поощряването на особено вредоносни твърдения и медицински процедури по отношение на лица, които възприемат пола си като различен от пола на тялото си. Полово несъответстващата идентичност не е просто вродена характеристика. Тя се появява и може да се променя през целия живот в зависимост от преживяванията в социалната среда. Щателни изследвания сочат към стоящи в основата на това несъответствие лечими психични и психиатрични състояния и към факта, че медиците и специалистите по психично здраве са в състояние да помогнат за минимизирането, пълното преодоляване или ежедневното контролиране на тези състояния. Както показват най-добрите изследвания, изключително вредоносните блокатори на пубертета, токсичната терапия с хормони за промяна на пола, мастектомията и хирургическите операции за смяна на пола не водят до справяне с тези психиатрични състояния. В дългосрочен план споменатите рисковани медицински процедури за промяна на пола са в състояние да причинят сериозни медицински усложнения, фатални заболявания и значително по-високи нива на успешно осъществени опити за самоубийство. Най-безопасната терапия вече съществува – става дума за неинвазивно, психично и психиатрично лечение на състоянията, стоящи в основата на половата дисфория и/или имащи отношение към нея.

ПОЛОВО НЕСЪОТВЕТСТВАЩАТА ИДЕНТИЧНОСТ НЕ Е ВРОДЕНА

- 1. Обсъждането на терапията за промяна на пола изисква изясняване на определена терминология.**
 1. Английският термин „Gender“ (превеждан обикновено на български като „социален пол“, „полова ориентация“ или директно транслитериран като „джендър“ – бел. прев.), описва субективната представа на индивида относно собствената му полова идентичност. Някои хора възприемат пола си като различен от пола на тялото си. Възможно е те да се възприемат като принадлежащи на пола, противоположен на пола на тялото им; като едновременно принадлежащи на мъжкия и на женския пол; като пол, който не е нито мъжки, нито женски; като пол, който е флуиден, т.е. променящ се във времето; като нещо друго.
 2. Изразът „процедури за промяна на пола“ е един от възможните преводи на английския израз “gender affirming treatment”, буквално превеждан още като „терапия за утвърждаване на пола“. В действителност този израз описва съвкупността от процедури, целящи утвърждаването, задълбочаването и фактическото осъществяване на склонността на индивида да възприема себе си като представител на пол, различен от пола на тялото си (биологичния си пол) – бел. прев.
 3. Терминът „транссексуален“ може да описва хора, които възприемат себе си като принадлежащи на пола, противоположен на пола на тялото им. Използва се обаче и за общо обозначаване на всички хора, които имат каквито и да било възприятия на своя пол, несъответстващи на пола на тялото им.
 4. Изразът „небинарна полова идентичност“ (nonbinary gender identity) описва схващането, че полът не е двоичен (бинарен), т.е. не е само мъжки или женски.
 5. Терминът „полова дисфория“ (Gender dysphoria) описва мъчителните усещания, които някои хора могат да изпитват, понеже полът, с който се възприемат, не съответства на пола на тялото им.
 6. Терминът „израз на пола“ (Gender expression; на български се среща още „изразяване на пола“ или „полово изразяване“ – бел. прев.): някои хора в своя външен вид или поведение могат да се

представят с характеристики на пол (джендър), който не съответства на биологичния им пол, като при това възприятията им за собствената им полова идентичност могат да противоречат, но могат и да не противоречат на биологичния им пол.

7. Терминът „полово (джендърно) несъответстващ“ (Gender incongruent) може да описва всяка личност, чиято полова идентичност и/или израз на пола не съответстват на биологичния ѝ пол.
 8. Терминът „полово (джендърно) съответстващ“ (Gender congruent) описва хората, чието възприятие за собствения пол съвпада с пола на тялото им. Такива хора биват определяни и с термина „цисджендър“ (cisgender).
2. **Не ни е известна нито една професионална организация, която да твърди, че транссексуалната идентичност, изразът на пола или половата дисфория са вродени или единствено биологично предетерминирани, например от гени, епигенетика, пренатално хормонално въздействие и други пренатални фактори или от структурата на мозъка. Съществуват обаче голям брой професионални организации, твърдящи, че биологичните фактори сами по себе си не са достатъчни, за да се обясни половото несъответствие. Според тях преживяванията на индивида в социалната му среда също са фактор, който непременно оказва влияние. Тук изброяваме част от професионалните организации, придържащи се към този възглед: Ендокринното общество (Endocrine Society) и още шест организации, които са си сътрудничели при изготвянето на Насоките: Американската асоциация на клиничните ендокринолози (American Association of Clinical Endocrinologists), Американско общество по андрология (American Society of Andrology), Европейско дружество за детска ендокринология (European Society for Paediatric Endocrinology), Европейско дружество по ендокринология (European Society of Endocrinology), Педиатрично ендокринно общество (Paediatric Endocrine Society), Световна професионална асоциация за транссексуално здраве (WPATH – World Professional Association for Transgender Health) (Hembree et al., 2017). Организации, участвали в публикуването на високо ценения Глобален консенсус: Азиатско-тихоокеанско педиатрично ендокринно общество (Asian Pacific Paediatric Endocrine Society), Японско общество по детска ендокринология (Japanese Society of Paediatric Endocrinology), Латиноамериканско общество по детска ендокринология (Sociedad Latino-Americana de Endocrinología Paediatrica), Китайско общество по детска ендокринология и метаболизъм (Chinese Society of Paediatric Endocrinology and Metabolism), (и отново: Европейско**

дружество за детска ендокринология и Педиатрично ендокринно общество) (Lee et al., 2016). Други организации, публикували становища по въпроса: Американска психиатрична асоциация (American Psychiatric Association) (DSM-5, 2013, стр. 457), Американска психологична асоциация (American Psychological Association) (Bockting 2014, том 1, стр. 743), Американска академия по педиатрия (American Academy of Paediatricians) (Rafferty, 2018, р. 4), Британското психологическо общество (British Psychological Society; 2012, стр. 25).

3. **Във високо уважаваната декларация за Глобален консенсус на множество общества по ендокринология от целия свят се твърди, че транссексуалната идентичност не се поражда от наличие на мозъчни структури, присъщи на противоположния пол.** Според консенсусното становище не съществуват последователни доказателства за разлика в мозъчните структури на полово *несъответстващите* и полово *съответстващите* хора. Дори ако в някакъв момент в бъдещето би станало възможно да се посочат такива различия в мозъка на възрастни индивиди, отново би било невъзможно въз основа на структурата на мозъка на новороденото да се предвиди предстоящо полово несъответствие, понеже мъжките и женските аспекти на мозъка до голяма степен се развиват постепенно след раждането, като развитието на мозъка се случва в непрестанно взаимодействие с психологическите, социалните и културните влияния на средата. Обществата по ендокринология, публикували Глобалния консенсус, съдържащ този възглед, са: Европейско дружество за детска ендокринология, Педиатрично ендокринно общество, Азиатско-тихоокеанско педиатрично ендокринно общество, Японско общество по детска ендокринология, Латиноамериканско общество по детска ендокринология, Китайско общество по детска ендокринология и метаболизъм (Lee et al., 2016).
4. **От изследванията, проведени с еднояйчни близнаци, можем да видим, че биологичните фактори могат да допринасят в известна степен за транссексуалната идентичност, но не могат изцяло да я предопределят.** Еднояйчните близнаци се развиват под влиянието на идентични биологични фактори – гени, епигенетични елементи, пренатални хормонални въздействия и други пренатални фактори, свързани с пребиваването в майчината утроба. Знаем, че еднояйчните близнаци са от един и същ биологичен пол при 100% от двойките близнаци. Полът е биологично определен и никога не може да се промени. За разлика от това, ако единият близнак развие транссексуална идентичност, другият близнак обикновено не я развива. Само при около 28% от двойките другият близнак също е транссексуален. (M. Diamond, 2013)

5. **Това, което всъщност предполагат биологичните теории, е, че биологичните фактори – гени, пренатални хормонални въздействия и други фактори, свързани с пребиваването в майчината утроба – могат да станат причина дадено момче да се роди с малко по-малко мъжки характеристики или момиче – с малко повече мъжки характеристики. Повечето индивиди с подобни характеристики обаче не се самоопределят като транссексуални.** Още по-значим е моментът, че мнозина, които се идентифицират като транссексуални, не проявяват подобни характеристики според издаденото от Американската психологическа асоциация „Ръководство на АПА по сексуалност и психология“ (American Psychological Association; *APA's Handbook of Sexuality and Psychology*, Bockting, 2014, том 1, стр. 743-744). За да се развие несъответстваща на биологичния пол идентичност при човек с нетипични полови характеристики, е необходимо въздействието на други, небологични фактори.
6. **Това, на което вероятно не се обръща достатъчно внимание, е фактът, че биологически обусловените характеристики могат сериозно да повлияят на преживяванията на индивида в психологически и социален план и че тъкмо такива преживявания биха могли да подтикнат някои хора с нетипични полови характеристики към развиване на полово несъответстваща идентичност.** Момче, което проявява по-малко мъжки характеристики, или момиче, което проявява малко повече мъжки характеристики, може да натрупа негативен социален опит, свързан с преживявания като отхвърляне или тормоз от страна на връстници от своя или противоположния пол, трудности във връзката родител-дете, сексуални травми или насилие. Хора, които са били транссексуални и в последствие са приели отново биологичния си пол, свидетелстват, че именно такива социални преживявания са ги подтикнали към усещането, че за тях принадлежността към собствения им биологичен пол не е нито добра, нито безопасна. Някои дори свидетелстват, че са споделяли с терапевтите си за тези негативни преживявания, които по тяхно мнение са ги подтикнали към отхвърляне на собствения им биологичен пол и възприемане на различна полова идентичност, но терапевтите им са игнорирали възможността социалният опит да подтиква към полово несъответствие. Вместо това те са ги препращали направо към услуги за промяна на пола, без предварително да оценят или обсъдят възможностите за терапевтично справяне с последствията от негативния опит, който вероятно е бил действителната причина за възникването на желанието за промяна на пола. (Heyer, 2018; SexChangeRegret.com)
7. **Има публикувани описания на случаи, демонстриращи, че поведението, характерно за противоположния пол, може да има**

психологически причини още от двегодишна възраст и бързо се коригира при деца, при които терапията е спомогнала за разрешаване на проблемите в семейните отношения. (Kosky, 1987)

ПОЛОВО НЕСЪОТВЕТСТВАЩАТА ИДЕНТИЧНОСТ СЕ ПОЯВЯВА И МОЖЕ ДА СЕ ПРОМЕНЯ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ В ЗАВИСИМОСТ ОТ ПРЕЖИВЯВАНИЯТА В СОЦИАЛНАТА СРЕДА

8. **Половата дисфория може да се променя през целия живот под въздействие на преживяванията и опита.** Според Насоки на Британското психологическо общество „Половата дисфория подлежи на флуктуации в хода на годините, като нерядко се среща значимо усилване или отслабване на средна възраст и не е необичайно хора да потърсят терапевтични разговори и помощ на по-късен етап от живота си...“ (стр. 25)
9. **Детската полова дисфория в около 85-95% от случаите се разрешава с утвърждаване на биологичния пол до достигане на късно юношество или при навлизане в зрялост. Това разрешаване се случва под влиянието на преживяванията и опита, когато децата не биват насърчавани да се обличат и живеят като представители на друг пол и когато са подкрепяни при преминаването през пубертета заедно с връстниците си и преживяват въздействието на обичайните за възрастта им хормони, присъщи на техния биологичен пол.** По това твърдение има постигнат консенсус между поне девет европейски и американски професионални организации (Ендокринното общество и шест сътрудничаещи си с него американски и европейски организации: Nembree et al., 2017; Американска психиатрична асоциация, 2013, стр. 455; Американска психологическа асоциация: Bockting , 2014 , том 1, стр. 744) и редица научни изследвания (например: Singh, Bradley, & Zucker, 2021; Cohen-Kettenis et al., 2008; преглед на изследванията: Zucker, 2018). **Неотдавнашното предизвикателство към този консенсус беше опровергано (Zucker, 2018), а последното и най-мощно изследване по темата до момента потвърждава процента разрешени случаи (Singh, Bradley, & Zucker, 2021).**
10. **Преживяванията и социалният опит променят структурата на мозъка.** Хората не се раждат с мозък, чиято структура е твърдо фиксирана още от раждането. Мозъкът се развива предимно след раждането и продължава да се променя през целия живот под въздействие на преживяванията ни. Преживяванията и средата влияят дори на епигенетиката (т.е. на химическата среда, свързана с функционирането на гените) и в резултат на това модифицира самите гени, особено гените в мозъка, което

позволява запаметяване, учене и адаптиране към околната среда през целия живот. (Charney, 2012; Jordan-Young, 2010)

11. **Психотерапията променя мозъка.** Съществуват впечатляващи изследвания, демонстриращи, че както развитието на травмите, така и ефективното им лечение причинява промени в мозъка, засягащи целия епигеном, като по този начин се модифицират гените. (Vinkers et al., 2019)
12. **Културата влияе върху развитието на полово несъответстваща идентичност, като в някои страни културата дори е създавала мода за подлагане на съмнение на идентичността през периода на юношеството.** През 2013 г. Американската психиатрична асоциация констатира в своето Ръководство по диагностика и статистика (Diagnostic and Statistical Manual), че честотата, с която транссексуалната идентичност се среща сред възрастните американци е между две и четиринадесет хилядни от процента (0,002% до 0,014%). Само четири години по късно – през 2017 г. – в щат Калифорния вече 27% от юношите между 12 и 17 години се самоопределят като в една или друга степен полово несъответстващи. (UCLA, 2017) Препращанията към клиники за промяна на пола (transgender clinics) са се увеличили в една от здравните организации в Северна Калифорния с 504% за 3 години (от 2015 до 2018 г.; Handler et al., 2019) и са нараснали с 880% в щата Джорджия за същия период от време (Roblin, et al., 2016). Във Великобритания за по-малко от десетилетие (от 2009-2010 до 2018-2019 г.) направленията към националната клиника Tavistock (единствената в Англия клиника за работа с деца по въпросите за промяната на пола и проблемите на половата идентичност – бел. прев.) са нараснали с 1460% за момчета и 5337% за момичета. Тези факти свидетелстват за развитието на културно обусловена мода да се подлага на съмнение половата идентичност сред подрастващите, а също за когнитивна незрялост, импулсивност и ограничена способност за здрава преценка относно това как може да се чувстват юношите в бъдеще, като възрастни, при загуба на фертилитет, загуба на сексуална функция или потенциално намаляване на способността за сексуално удовлетворение. Обединеното кралство (Transgender Trend, 2019), Швеция (Karolinska, 2021), Холандия (de Vries et al., 2012) и Финландия (COHERE, 2020) са ограничили процедурите за промяна на пола при деца и юноши, като така са осигурили тъй необходимата защита за подрастващите.

**НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ И ПУБЛИКУВАНИТЕ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ
ОРГАНИЗАЦИИ ОФИЦИАЛНИ НАСОКИ ОПРОВЕРГАВАТ
ПРЕДПОЛОЖЕНИЯТА ЗА НАЛИЧИЕ НА КОНСЕНСУС, ТВЪРДЯЩ, ЧЕ
ПОЛОВОТО НЕСЪОТВЕТСТВИЕ Е НЕИЗМЕННО**

- 13. Не съществува консенсус между професионалните организации относно необратимостта и нормалността на половото несъответствие.** Някои професионални организации, дори и такива, които настояват, че половото несъответствие е нормално, не твърдят, че тази нормалност е непременно е константна, и допускат, че половото несъответствие може да е причинено и от психически разстройства.
- 1. Британското психологическо общество** в своите Насоки заявява: „При някои от случаите заявеното желание за промяна на пола може да бъде симптом, сочещ към психични и психиатрични разстройства, като различни психози, шизофрения или преходна мания, каквато може да възникне при синдрома на Аспергер...“ (BPS, 2012, стр. 26)
 - 2. Световната професионална асоциация за транссексуално здраве** (World Professional Association for Transgender Health – WPATH) в своите Стандарти за грижа заявява, че „половата дисфория може да е производна или по-точно обяснена като следствие от други диагнози“. В този случай стандартите на WPATH не препоръчват интервенции за промяна на тялото. (Coleman, 2012, стр. 180) Напротив, силно необходима е психотерапията за намаляване и справяне с половата дисфория.
 - 3. Работната група на Американската психиатрична асоциация** за лечение на разстройство на половата идентичност отбелязва, че подрастващите с полова дисфория трябва да бъдат „изследвани за наличие на травми, както и за всякакви други възможни разстройства (като шизофрения, мания, психотична депресия), които биха могли да доведат до полово объркване“. (Byne et al., 2012)
 - 4. Издаденото от Американската психологическа асоциация** „Ръководство на АПА по сексуалност и психология“ (American Psychological Association; *APA’s Handbook of Sexuality and Psychology*) разглежда възможността за наличие на патологични психодинамични или семейни причини. „Изследването на влиянието на динамиката, свързана със семейния произход, намира известни доказателства за наличие на тревожно

разстройство със страх от раздяла сред момчетата с полово несъответствие и за психопатология сред майките...“. Така „Ръководство на АПА по сексуалност и психология“ изразява отвореност към възможността определена психопатология да оказва влияние или да се явява причина за възприемането на транссексуална идентичност. (Bockting 2014, том 1, стр. 743)

14. **Изследванията също не поддържат предположението, че половото несъответствие е необратимо и нормално.** Вместо това изследванията сочат, че психичните и психиатричните разстройства често са *свързани* и е твърде вероятно *да се явяват причина* за половото несъответствие при много от подрастващите и възрастните с полова дисфория.
15. **Изследователи от най-малко десет държави съобщават, че половото несъответствие е свързано с разстройства на неврологичното развитие и/или психични и психиатрични разстройства както при подрастващи, така и при възрастни. Това схващане е общоприето и рядко бива оспорвано.** Изследванията установяват, че в световен план сред подрастващите и възрастните, които преживяват полово несъответствие, са изключително широко разпространени психичните и психиатричните разстройства (често включващи и разстройства на неврологичното развитие) – обикновено в около 75% от случаите, като в някои страни процентът е и по-висок. **Така е например в шест европейски държави: Холандия, Белгия, Германия, Норвегия** (Heylens et al., 2014), **Финландия** (Kaltiala-Heino, 2015), **Швеция** (Salmi, 2020); **също и в САЩ** (Becerra-Culqui, 2018; Hanna et al., 2019; Littman, 2018; Rider et al., 2018), **Канада** (Bechard et al, 2017), **Австралия** (Strauss et al., 2017) и **Иран** (Meybodi et al., 2014a, 2014b).
16. **Съществуват доказателства, че разстройствата на неврологичното развитие и психиатричните разстройства са не само свързани с половото несъответствие, но и могат да се явяват причина за неговото възникване.** Много от споменатите по-горе изследвания всъщност не посочват кое се е появило първо: въпросните разстройства или половото несъответствие. Две от изследванията все пак го правят, както следва:
 1. **Задълбочено и дългосрочно (продължило осем години) проучване, проведено в САЩ, разглежда пълните електронни медицински досиета на цяла кохорта (кохорта – в статистиката: цялата група от лица, обединена по някакъв признак, а не само извадка от тях – например: всички пациенти на дадена клиника; всички, родени през дадена година; всички, посетили дадено заведение и т.п. – бел. прев.) от 8,8 милиона пациенти на голяма**

частна здравна организация в нейните обекти в Джорджия, Северна Калифорния и Южна Калифорния в САЩ в периода от 2006 до 2014 г. От медицинските досиета на всички пациенти били идентифицирани 1 333 полово несъответстващи (транссексуални: 588 от мъжки пол, възприемащи себе си като жени, и 745 от женски пол, възприемащи себе си като мъже) деца и възрастни в цялата организация. Всички те били включени в изследването. Проучването не разчитало на участието на доброволци, понеже доброволците биха могли да покажат различни резултати от тези на хората, които не биха се включили в подобно изследване доброволно, и така крайният резултат не би бил достатъчно обективен и представителен. Участниците в проучването не били ограничени само до индивиди, кандидатствали или вече одобрени за включване в медицински процедури за промяна на пола или в момента преминаващи през предоперативна терапия (която би могла да не е по тяхно желание), свързана с предстояща хирургична намеса за промяна на пола. Също така проучването не се облягало на членовете както на организации, утвърждаващи транссексуалността, така и на организации, които предоставят терапевтична подкрепа за лица, желаещи да се почувстват комфортно в тялото си и да приемат своя биологичен пол. Членовете на подобни организации биха могли преднамерено да предоставят тенденциозна информация. Методите за осъществяване на проучването не били ограничени до самоотчет на изследваните лица; взети били под внимание и диагнозите, поставяни от здравните професионалисти в реално време (а не ретроспективно). Контролната група се състояла от по десет полово съответстващи от мъжки пол и десет полово съответстващи от женски пол за всяко полово несъответстващо дете и всеки полово несъответстващ възрастен. Лицата от контролната група били подбрани така, че да са максимално съпоставими с изследваните лица във всичко освен съответствието или несъответствието на половата идентичност с биологичния пол. (Vecerra-Culqui et al., 2018) **Изследователите, осъществили проучването, открили:**

2. **Сред деца на възраст 3-9 години, за целия живот процентът на едно или повече психични или психиатрични разстройства преди първите медицински данни за полово несъответствие е бил 34% за биологичните момчета и 32% за биологичните момчета.** За сравнение в контролната група за целия живот процентът на едно или повече психични или психиатрични разстройства при децата от същата възрастова група, приемащи пола си, е 5% за момчета и 3% за момчета.

3. **Сред децата на възраст 3-9 години, психичните и психиатричните разстройства, проявявали се преди първите медицински данни за полово несъответствие били:** тревожни разстройства, разстройства с дефицит на вниманието, разстройства от аутистичния спектър, разстройства на поведението и / или девиантни разстройства, депресивни разстройства и хранителни разстройства.
4. **Сред подрастващите на възраст 10-17 години, процентът за целия живот на едно или повече психични разстройства преди първите медицински данни за полово несъответствие е бил 75% за биологичните момичета и 71% за биологичните момчета.** За сравнение в контролната група за целия живот процентът на едно или повече психични разстройства при подрастващи от същата възрастова група, приемащи пола си, е 4% за момичета и 3% за момчета.
5. **Сред подрастващите на възраст 10-17 години, психичните и психиатричните разстройства, проявявали се преди първите медицински данни за полово несъответствие били:** тревожни разстройства, разстройства с дефицит на вниманието, разстройства от аутистичния спектър, биполярни разстройства, разстройства на поведението и / или девиантни разстройства, депресивни разстройства, хранителни разстройства, психози, разстройства на личността, разстройства от шизофреничния спектър, самонараняване, злоупотреба с химически препарати (наркотици, алкохол, медикаменти и др.), склонност към самоубийство.
6. **При сравнение с контролната група от връстници, които приемали биологичния си пол, полово несъответстващите подрастващи на възраст 10-17 години, проявявали по-висока склонност към развиване психични и психиатрични разстройства през шестте месеца преди първите медицински данни за полово несъответствие, както следва:**
 1. Склонността към депресии била 23-24 пъти по-висока.
 2. Склонност към самоубийство била между 45 и 54 пъти по-висока.
 3. Склонността към самонараняване била от 70 до 144 пъти по-висока.

17. **Проучване, проведено във Финландия, също така установило, че „тежката психопатология, предшестваща появата на полова дисфория, е често срещана.“ (Kaltiala-Heino et al., 2015, от резюмето)**
1. **Проучването разглежда цялата кохорта подрастващи кандидати за услугата „промяна на пола“ във Финландия за периода от 2011 до 2013 година. Използваните методи са „структуриран количествен ретроспективен преглед на данните и качествен анализ на медицинските досиета по случаите на всички кандидати за промяна на пола, чиито молби са постъпили за разглеждане до края на 2013 г.“ (Kaltiala-Heino et al., 2015, от резюмето)**
 2. **„Седемдесет и пет процента от кандидатствалите (35 от общо 47) били получавали или в миналото, или към момента на провеждане на проучването, детско и юношеско психиатрично лечение по причини, различни от дисфория на пола, когато са поискали да бъдат пренасочени към процедури за промяна на пола. Още два процента потърсили услугите на юношески психиатър скоро след започването на оценяването им като кандидати за промяна на пола. (Kaltiala-Heino et al., 2015, стр.5)**
 3. **Данните свидетелстват, че при част от тези подрастващи тормозът в училище, предшестващ половото несъответствие, е допринесъл за възникване както на склонност към самоубийство, така и на самото полово несъответствие. 57% от кандидатствалите са били подложени на значителен тормоз в училище. От тях 92% са били обект на тормоз преди да подложат на съмнение половата си идентичност (72% преди, 19% и преди и след, 8% само след). Около три четвърти (73%) били тормозени по причини, несвързани с изразяването на пола или половата идентичност. В почти половината кохорта (49%) е установено, че повтарящите се преживявания на тормоз преди появата на съмнение в половата идентичност са довели до изолация от връстниците, тревожност, депресия, самонараняване, натрапчиви мисли за самоубийство и опити за самоубийство. Като кандидати за услугите за промяна на пола, тези подрастващи са имали „много високи очаквания“, че медицинската намеса за смяна на пола „би разрешила проблемите им в социалната, академичната, професионалната и психологическата сфера.“ (стр. 4-6).**
18. **Възможно е разстройствата, които ПРЕДШЕСТВАТ половото несъответствие, да са причина за възникването на това несъответствие. (Vecerra-Culqui, 2018; Kaltialo-Heino, 2015)**

19. **Невъзможно е психичните и психиатричните разстройства или склонността към самоубийство, които индивидите преживяват преди настъпването на полово несъответствие, да са били причинени от липсата на блокатори на пубертета, на хормони за промяна на пола, на мастектомия, на хирургически операции за смяна на пола или на социално одобрение и утвърждаване на възникналото впоследствие полово несъответствие. Също така е невъзможно тези психични и психиатрични разстройства, които са предшествали възникването на полово несъответствие, да са били причинени от по-късна терапия за преодоляване на половото несъответствие.**

ИЗСЛЕДВАНИЯТА ДОКУМЕНТИРАТ ФАКТА, ЧЕ СА НАЛИЦЕ СЕРИОЗНИ ВРЕДНОСНИ ПОСЛЕДСТВИЯ ОТ ПРОЦЕДУРИТЕ ЗА ПРОМЯНА НА ПОЛА

20. **Терапията, утвърждаваща отхвърлянето на биологичния пол, констатиран при раждането, е път, често водещ към следване на особено вредоносен медицински протокол, в който присъстват експериментални (NICE, 2020; Hembree et al., 2017; Gagliano-Juca et al., 2018;) блокатори на пубертета, за които се знае, че задълбочават депресивните състояния и психичните и психиатричните разстройства (Lupron label; Biggs 2019a; 2019b; Weipjes, 2020; Brik et al., 2020); рискови (Hembree, 2017, Coleman, 2012) високи дози токсични (Coleman, 2012: pp. 190-197, 205-207) хормони за промяна на пола; възможност за настъпване на перманентно безплодие; възможност за загуба на сексуалните функции и на сексуалното удовлетворение; доживотна зависимост от поддържащи медикаменти и медицински процедури; ампутирание на здрави гърди; възможно хирургично унищожаване на репродуктивните органи (Coleman, 2012), което води до непосредствена сигурна стерилност, а в дългосрочен план до 2-2,5 пъти по-висока смъртност от инфаркти, инсулти и хронични заболявания, включително рак, и 19 пъти по-висока степен на опити за самоубийство с фатален край, дори в едно приемащо и утвърждаващо половото несъответствие общество. (Dhejne et al., 2012).**
21. **Трябва да е напълно ясно, че утвърждаващите промяната на пола медицински процедури стерилизират децата.** Формулярът за родителско съгласие в Детската болница на Лос Анджелис (Калифорния, САЩ) информира родителите: „Ако вашето дете започне терапия с блокатори на пубертета в най-ранните етапи на юношеството и след това премине към хормони, утвърждаващи промяната на пола, тялото му няма да произвежда сперматозоиди или яйцеклетки. Това означава, че детето ви ще бъде неспособно да възпроизведе свои собствени биологични деца.

(Детска болница Лос Анджелис, 2016 г., стр. 32) (Виж също Olson-Kennedy et al., 2016; Fenway Health, 2019)

22. Някои професионални организации предупреждават, че децата не бива да бъдат насърчавани към промяна на пола, понеже това може да увеличи броя на децата, които стигат до стерилизация и се излагат на по-високи здравни рискове за цял живот, отколкото ако се справят с половата си дисфория и приемат пола на тялото си.
1. „Ръководството на АПА по сексуалност и психология“ (АПА, 2014) предупреждава, че социалният преход към пол, различен от биологичния, може да доведе до блокиране на детето в транссексуална идентичност, която иначе би могла да се разреши по естествен път. „Следва да се избягва прибързаното и твърде ранно прикрепяне на етикети с различна полова идентичност към детето. Ранният социален преход към различен пол (например промяната на ролята на пола, както в случаите, когато биологично момиче се регистрира в училище като момче) следва да се разглежда с повишено внимание, за да се избегне предрешаване на този етап от развитието на половата (или транссексуалната) идентичност.“ В случай на ранен социален преход „...е доказано, че стресът, свързан с евентуална промяна на това решение на по-късен етап, е значителен...“ (Bockting, 2014, том 1, стр. 744).
 2. Ендокринното общество в своите „Насоки“ и още шест медицински организации, сътрудничили си при изработването на тези насоки, са единодушни, че социалното утвърждаване на стил на живот, несъответстващ на биологичния пол, може да възпрепятства естественото преодоляване на половата дисфория. Пълното заглавие на насоките е „Ендокринно лечение на полово-дисфорични / полово несъответстващи лица: Насоки за клинична практика на Ендокринното общество“ (Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline). Организацията, подкрепили разработването на насоките са: Американска асоциация на клиничните ендокринолози, Американско общество по андрология, Европейско дружество за детска ендокринология, Европейско дружество по ендокринология, Педиатрично ендокринно общество, Световна професионална асоциация за транссексуално здраве (Hembree et al., 2017)
 3. „Ръководството на АПА“ предупреждава, че утвърждаването на половото несъответствие може да бъде свързано с

неглижиране на реално съществуващи психологически проблеми и да стане причина за много труден обратен преход.

„Този подход е свързан с риск да бъдат неглижирани индивидуалните проблеми, които детето преживява, и с възможен ранен преход към различна роля на пола, която може да се окаже трудна за преодоляване, ако в по-напреднала възраст полово несъответстващите усещания се прекратят...“ (Bockting, 2014, том 1, стр. 750).

23. **Блокаторите на пубертета не осигуряват допълнително време, през което да се вземе решение дали да се продължи с медицинските процедури за промяна на пола. Напротив, блокаторите на пубертета са така да се каже „медикаментозно встъпление“, което води до хормонална терапия за промяна на пола и последваща трайна загуба на фертилитет и потенциална загуба на сексуална функция. Две проучвания установяват, че от 98% (Carmichael 2021) до 100% (de Vries 2011) от децата, които приемат блокатори на пубертета, преминават към стерилизация с полови хормони на противоположния пол.**
24. **Противно на твърденията, родителите, утвърждаващи прехода на децата си към пол, различен от биологичния, не подобряват психичното здраве на децата си, когато подкрепят този преход.** Шум и Кроуфорд установяват, че „Въпреки че Олсън (Olson et al., 2016) и Дорууд, Маклафлин и Олсън (Durwood, McLaughlin, & Olson, 2017) заключават, че транссексуалните деца със силна родителска подкрепа са проявявали, в най-лошия случай, само малко по-високи нива на тревожност, без разлика в самооценката или депресивността, повторният анализ на техните изводи, установява друго: малко по-високи нива на депресия, но значителни, особено съществени негативни разлики в тревожността и самооценката, които категорично са в полза на цисджендърните (т.е. приемащите биологичния си пол) деца, дори когато транссексуалните деца са имали високо ниво на родителска подкрепа за прехода им към пол, различен от биологичния.“ (Schumm & Crawford, 2019, в отговор на Olson et al., 2016, Durwood et al., 2017)
25. **Обединеното Кралство: Националният институт за високи постижения в здравеопазването и грижата (NICE – National Institute for Health and Care Excellence) в Англия не е открил доказателства, че хормоналните блокатори са ефективни или безопасни по ред показатели, включително що се отнася до “психосоциалното им въздействие”.** Институтът направил преглед на изследванията, които са се занимавали с безопасността и ефективността на аналозите на гонадотропин-освобождаващия хормон (GnRH) (обикновено наричани блокатори на пубертета) от 2000 г. до 14 октомври 2020 г. Правителственият преглед

сигнал до заключението, че качеството на най-добрите налични изследвания е с „много ниска достоверност“. (стр. 4).

- 26. САЩ: Пример за изследване с много слаба достоверност е публикуваното от Търбън и колеги (Turban et al., 2020).** То често се използва в подкрепа на твърдението, че процентът на самоубийства при юношите, които не са приемали блокатори на пубертета, е по-висок. Проучването има много основополагащи недостатъци, които няма да бъдат подробно описвани тук и като цяло не са в подкрепа на това твърдение.
- 1. Проучването установява, че при 8 от 9 случая по показатели за склонност към самоубийство и психично здраве, няма статистически значима разлика между транссексуални възрастни, които са използвали или които не са използвали блокатори на пубертета.** Показателите, във връзка с които не се установява разлика, са склонност към самоубийство през последните 12 месеца под формата на: натрапчиви мисли, мисли и планиране, мисли, планиране и опит, водещ до хоспитализация, както и опити за самоубийство в продължение на целия живот, тежки психологически проблеми през последния месец, непрестанна употреба на алкохол през последния месец и незаконна употреба на наркотици през целия живот.
 - 2. Единствената статистически значима констатация е разлика в самоубийствените натрапчиви мисли през целия живот, но не и в опитите за самоубийство през целия живот. Тенденция, близка до значимост в посока, обратна на очакванията на авторите на изследването, е, че при ползвалите блокатори на пубертета вероятността да направят опит за самоубийство, водещ до хоспитализация, е близо три пъти по-висока (или 2,8 пъти).**
 - 3. Тези резултати като цяло не представляват убедителен аргумент в полза на потискането на пубертета.**
- 27. САЩ: Правителствен преглед на изследванията (CMS, 2016) заключава, че „няма достатъчно висококачествени доказателства, за да се определи дали операцията за смяна на пола подобрява здравните резултати“.** Участниците в най-добрите проучвания „не демонстрират клинично значими промени“ след операцията. Според прегледа едно от най-качествените проучвания е изследването на Дежне (Dhejne et al., 2011), което установява 19 пъти по-висок процент на самоубийства сред шведите, които са претърпели операция за смяна на

пола. Този американски правителствен преглед, обхващащ 33 проучвания, покриващи период от над 36 години, вероятно е един от най-изчерпателните, осъществявани някога. Въпреки че рецензентите, осъществили прегледа, са имали за задача да направят заключение само относно възрастни хора, които отговарят на условията за получаване на държавно здравна грижа, проучванията изглежда не са правили разграничения в резултатите сред възрастните въз основа на възрастта им. (CMS, 2016; Sprigg, 2018)

28. **Холандия: Пациентите, които са ползвали държавни услуги за промяна на пола между 2013 и 2017 г., са се самоубивали с честота от 3 до 4 пъти по-висока от останалото холандско население. Пациентите са се самоубивали на всеки етап от терапията за промяна на пола.** Изследователите, които съобщават за тази тревожна ситуация, са пропуснали да обърнат внимание на вече предварително съществуващите и продължаващи психични разстройства на пациентите в дискусиата си за възможните причини. (Wierjes et al., 2020, резюме, стр. 3-4)
29. **Холандия: Социалното стигматизиране не е достатъчно обяснение за транссексуалните самоубийства. В Холандия промяната в културното приемане в продължение на почти половин век не е довела до почти никаква разлика в нивата на самоубийствата,** което предполага, че стигмата не е достатъчно обяснение. В продължение на 45-годишен период от 1972 до 2017 г. процентът на самоубийства от година на година леко намалява при пациенти, които са получавали феминизиращи лечения и не се променя при пациенти, които са получавали маскулинизиращи лечения. (Wierjes et al., 2020, стр. 3-4)
30. **Швеция: Лицата, които са ползвали държавните услуги за промяна на пола между 1973 и 2003 г., са се самоубивали с 19 пъти по-висока честота от лицата, съответстващи на пациентите по всички други характеристики, освен факта, че се идентифицират с пола на тялото си.** 30-годишното последващо проучване установява, че опитите за самоубийство са били 4,9 пъти по-чести, а хоспитализациите с психични и психиатрични разстройства, различни от половата дисфория, продължават да бъдат 2,8 пъти по-чести. Изследователите препоръчвали лечение на другите психиатрични разстройства единствено *след* провеждане на процедурите за промяна на пола. (Dhejne, et al., 2011) В американския правителствен преглед на изследванията се твърди, че шведските статистически данни са от най-добрите налични изследвания (CMS 2016).

31. **Основният автор на гореспоменатото шведско изследване по темата, Дежне**, и неговите колеги, съобщават, че в международен план хората, потърсили медицинска интервенция за промяна на пола, показват по-висок процент на психични и психиатрични разстройства. Дежне и колегите му твърдят, че изследванията, които са прегледали, показват, че след интервенциите тези разстройства се редуцират и понякога спадат до нивото, характерно за общото население, но признават, че много от изследванията са методологически слаби. (Dhejne et al., 2016) Въпросните изследвания са били или твърде кратки, за да показват дългосрочни резултати (само от 3 месеца до 5 години), или твърде много от участниците им са отпадали. На тази основа става невъзможно да се правят изводи. Възможно е отпадащите да са извършили самоубийство или да са сред лицата, които избягват да докладват на персонала на клиниката за смяна на пола, че резултатът е бил негативен за тях.
32. **Швеция: Самоубийствата сред полово несъответстващите лица е възможно всъщност да са причинени от високия процент психични и психиатрични разстройства сред тях.** В доклад на шведското правителство се посочва, че „хората с полова дисфория, които се самоубиват, имат много висок процент на съпътстващи сериозни психиатрични диагнози, които сами по себе си рязко увеличават риска от самоубийство. Следователно не е възможно да се установи със сигурност до каква степен половата дисфория сама по себе си допринася за увеличаване на склонността към самоубийство.“ Този доклад е публикуван от Националния съвет по здравеопазване и социални грижи на Швеция. (Salmi, 2020; преводът на английски не е публикуван)
33. **Швеция: Хормоните за промяна на пола и хирургичната намеса не намаляват риска от самоубийство и не лекуват психиатричните разстройства.** Брансторм и Пачанкис съобщават, че към 2019 г. все още липсват удовлетворителни изследователски данни, говорещи за дългосрочна полза от терапията за промяна на пола. Те заявяват: „Въпреки професионалните препоръки за хормонална терапия и хирургични интервенции при транссексуални лица, които изпитват полово несъответствие, дългосрочният ефект на подобни интервенции върху психичното здраве е до голяма степен неизвестен.“ (Branstrom & Pachankis, резюме, 2019) За да запълнят тази важна празнина, те провеждат първото популационно проучване на медицински интервенции за промяна на пола, като използват национална база данни на здравеопазването за цялото шведско население. Те установяват, че „сред лицата, диагностицирани с полово несъответствие (т.е. транссексуализъм или разстройство на половата идентичност) между 2005 и 2015 г. (N = 2 679)“ хормоналната терапия за промяна на пола не води до намаляване на „свързаните с настроението и тревожността посещения в медицински

заведения, предписването на антидепресанти и медикаменти против тревожност, и хоспитализация след опит за самоубийство“, докато операциите за смяна на пола водят до известно намаление. При все това, когато изследователите преразглеждат данните си с използване на подходяща контролна група, те установяват, че „операциите за смяна на пола“ също не водят до намаляване на използването на подобни услуги в сферата на психичното здраве. (Branstrom & Pachankis, 2020)

- 34. Пренебрегването на необходимостта да се признаят, оценят и по възможност да се лекуват скритите предварителни проблеми на психичното здраве, както и тяхната потенциална причинна връзка с половата дисфория, може да доведе до продължаващи психиатрични проблеми и до по-голям брой успешни опити за самоубийство.**
- 1. В световен мащаб: според международните проучвания 90% от хората, които са се самоубили, са имали неразрешени разстройства на психичното здраве. Препоръка номер едно на изследователите за предотвратяване на самоубийство е лечението на психичните разстройства (Cavanagh et al., 2003).**
 - 2. В САЩ: 96% от подрастващите, преживяващи натрапчиви мисли за самоубийство, планиращи самоубийство или осъществяващи самоубийство имат по-малко едно психиатрично разстройство, според представително национално изследване. (Nock et al., 2013)**
 - 3. В САЩ: „Психопатологичните проблеми почти винаги играят роля“ в случаите на самоубийство според Центъра за контрол и превенция на заболяванията (Centers for Disease Control and Prevention, CDC; O’Carroll, & Potter, 1994).**
- 35. В заключение, според изследванията на блокаторите на пубертета и според целия корпус от всеобхватни общонационални популационни изследвания на терапията с хормони и операциите за смяна на пола, става очевидна абсолютната несъстоятелност на схващането, че промяната на пола с помощта на блокатори на пубертета, полови хормони и хирургически намеси подобрява психичното здраве и намалява риска от самоубийство при транссексуалните лица.**
- 36. Сред професионалните организации не е постигнат консенсус, относно наличието на емпиричен материал в подкрепа на процедурите за промяна на пола (на английски: Gender Affirming Treatment – GAT).**

1. **Британското психологическо общество (The British Psychological Society, 2012) в своите „Насоки“ заявява следното: „Важно е да се отбележи, че лечението, свързано с промяна на пола (APA, 2000a) при младежите е до голяма степен експериментално“ (стр. 35).**
2. **Насоките на Ендокринното общество оценяват качеството на научните данни в подкрепа на 23 от своите 24 препоръки като „ниско“, „много ниско“ и „липсващо“. Качеството на изследванията в подкрепа на една от препоръките е оценено като „умерено“. Качеството на нито едно от изследванията, подкрепящи препоръките, не е оценено като „високо“ (Hembree, 2017; Sprigg, 2020). Насоките на Ендокринното общество са съставени съвместно със шест допълнителни организации: Американска асоциация на клиничните ендокринолози, Американското общество по андрология, Европейско дружество за детска ендокринология, Европейско дружество по ендокринология, Педиатрично ендокринно общество, Световна професионална асоциация за транссексуално здраве (Hembree et al., 2017)**
3. **Няколко професионални организации заявяват за сериозни резерви относно медицинските процедури, свързани с промяната на пола при непълнолетни, които преживяват полова дисфория.**
 1. Royal College of General Practitioners – Кралски колеж на практикуващите лекари
 2. Swedish Pediatric Society – Шведско педиатрично общество
 3. Royal Australian College of Physicians – Кралски австралийски колеж на лекарите
 4. Society for Evidence Based Gender Medicine (international) – Общество за джендърна медицина основана на доказателства (международна група)
 5. Pediatric and Adolescent Gender Dysphoria Working Group (international) – Работна група за детска и юношеска дисфория на пола (международна група)

**МНОЖЕСТВО ПРОФЕСИОНАЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ И НАЙ-НОВИТЕ
ИЗСЛЕДВАНИЯ ПОДКРЕПЯТ ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ РАЗГОВОРИ КАТО ПОМОЩ
ЗА ЛИЦА С ПОЛОВО НЕСЪОТВЕТСТВИЕ С ЦЕЛ ДА ПРИЕМАТ СВОЯ
БИОЛОГИЧЕН ПОЛ**

- 37. Множество професионални организации или не се противопоставят на терапията за приемане на собствения биологичен пол при лица с полова дисфория, или категорично я подкрепят.**
- 1. Кралският колеж на психиатрите е взел официално решение да не заема позиция против терапията за приемане на собствения биологичен пол.**
 - 2. Множество професионални организации в сферата на медицината и психичното здраве са се противопоставили на забраните за терапия, подкрепяща желанието на пациента за промяна на нежелана несъответстваща полова идентичност и нежелан несъответстващ израз на пола. Множество организации подкрепят правото на пациента да получи такава терапия (<https://iftcc.org/?s=organisations>):**
 - International Federation for Therapeutic and Counseling Choice (IFTCC iftcc.org) – Международната федерация за терапевтичен и консултативен избор (мултидисциплинарна организация)
 - Federation of Catholic Medical Associations (FIAMC) – Световна федерация на католическите медицински асоциации (**има 62 членуващи организации по целия свят**)
 - American Association of Physicians and Surgeons – Асоциация на американските лекари и хирурзи (<https://acpeds.org/assets/imported/5.25.17-Joint-Therapy-letter-with-signatures.pdf> ; <https://aapsonline.org/california-proposes-bills-to-outlaw-self-determination-in-medical-therapy/>)
 - American College of Pediatricians – Американски колеж на педиатрите (<https://acpeds.org/assets/imported/5.25.17-Joint-Therapy-letter-with-signatures.pdf> ; <https://acpeds.org/position-statements/psychotherapy-for-unwanted-homosexual-attraction-among-youth>)
 - Christian Medical and Dental Association (U.S.A.) – Християнска медицинска асоциация и Християнска стоматологична асоциация (САЩ) (<https://acpeds.org/assets/imported/5.25.17-Joint-Therapy-letter-with-signatures.pdf> ; <https://cmda.org/position-statements/>)

- Catholic Medical Association (U.S.A. & Canada) – Католическа медицинска асоциация (САЩ и Канада)
(<https://acpeds.org/assets/imported/5.25.17-Joint-Therapy-letter-with-signatures.pdf> ; <https://www.cathmed.org/resources/cma-protests-california-bill/>)
- Society of Catholic Social Scientists – Обществото на социолозите католици
- Alliance for Therapeutic Choice and Scientific Integrity – Алианс за терапевтичен избор и научна почтеност (преди 2014 г. е Национална асоциация за изследване и терапия на хомосексуалността, известна още като институт NARTH)
(https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_1d6108cfa05d4a73921e0d0292c0bc91.pdf)
- American Association of Christian Counselors – Американска асоциация на християнските консултанти, (AACCC Code of Ethics, 2014, 1-120f, 1-330, 1-340, <https://www.aacc.net/code-of-ethics-2/>)

38. Най-новите изследвания насърчават провеждането на терапевтични разговори, които вземат предвид желанието на пациента за приемане на собствения биологичен пол. Приложението по-долу е таблица, представяща някои от тези изследвания. (Американски колеж на педиатрите – American College of Pediatricians, 2021) Изследванията, посветени на този вид терапия, са още в зората си. В ранните етапи на изследване на психотерапията, насочена към определена цел, е обичайно изследванията да са разработени така, че да включват и доклади за клинични случаи. Изследвания, като представените в Приложението, предоставят свидетелства, че някои хора започват да се чувстват по-добре, когато се идентифицират с пола на тялото си чрез предоставената им терапевтична подкрепа. Поради ранния етап на изследването обаче тези доказателства все още не могат да бъдат обявени за решителни. Необходими са повече и по-добри изследвания, но те са трудни за провеждане поради малкия брой потенциални участници. Американската психологическа асоциация определя съставните елементи на „добрата психотерапевтична практика, основана на доказателства“, като посочва: използване на най-добрите налични изследвания, клинична компетентност и обръщане на специално внимание на характеристиките, културата и предпочитанията на пациента (APA, 2021). Убедени сме, че стандартните терапии, прилагани към желанието на пациента за приемане на собствения биологичен пол, могат да отговорят на тези критерии. Такава терапия е оправдана и твърде необходима в светлината на категоричните доказателства, които показват вредата от медицинските процедури за промяна на пола и неспособността на тези процедури да коригират психиатричните състояния или да намалят

честотата на самоубийствата. Терапията за приемане на собствения биологичен пол е още по-приемлива в светлината на желанието да бъдат облекчени страданията на лицата с полова дисфория и предвид най-новите изследвания, демонстриращи, че някои пациенти действително извличат значителна полза от подобна инициирана от тях самите непринудителна и непредизвикваща отблъскване грижа, която не вреди на тялото.

ИЗСЛЕДВАНИЯТА НЕ ПОКАЗВАТ ПРИЧИНЕНА ВРЕДА ВСЛЕДСТВИЕ НА ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ РАЗГОВОРИ ЗА ПРИЕМАНЕ НА ПОЛА НА СОБСТВЕНОТО ТЯЛО

39. **Онези, които се стремят да ограничат достъпа до терапевтични разговори, които подкрепят желанието на пациента да приеме биологичния пол на тялото си, наричат такива разговори „усилия за промяна на половата идентичност“ (gender identity change efforts – GICE). Тези опоненти обикновено твърдят, че терапевтичните разговори или GICE са вредни и неефективни, докато процедурите за промяна на пола, засягащи цялото тяло, са безопасни, ефективни и трябва да бъдат основна част от терапията, предлагана на хора с полово несъответствие.**
40. **Няма налични данни от изследвания, съответстващи на научните стандарти, които да сочат, че терапевтичните разговори са опасни или вредни.**
41. **Проучване, проведено от Турбан и колектива му (Turban et al.) признава, че до 2019 г. не е имало изследвания, доказващи вреда от терапевтични разговори за приемане на биологичния пол, и че усилията за ограничаване на достъпа до такива разговори не са научно обосновани. Проучването на Турбан обаче не променя статуквото, поради твърде значимите си несъвършенства.**
42. **Правени са опити за използване на неприложими проучвания в подкрепа на твърдението за вреда от терапевтичните разговори за приемане на биологичния пол. Един подобен пример е неправомерното твърдение в Насоките на Британското психологическо общество, че психотерапията, целяща преодоляването на половата дисфория чрез приемане на собствения биологичен пол, е вредоносна. Това твърдение е направено въз основа на изследване на предоперативната психотерапия, изисквана като условие за допускане до операция за смяна на пола и, следователно, принудително наложена на участвалите в нея, които**

всъщност не я желаят. Освен това изследването разглежда психотерапия, чиято крайна цел не е ясно заявена. (BPS, 2012)

43. Съществуват проучвания, които твърдят, че терапевтичните разговори, целящи приемането на биологичния пол, причиняват вреда и по тази причина трябва да бъдат забранени. Тези проучвания обаче, използват невалидни от научна гледна точка методи. Ето някои от примерите (Turban 2019; Green et al., 2020):
1. Анкетират се само лица, които към момента на анкетиране се идентифицират като транссексуални. По този начин се игнорират всички лица, които успешно са приели биологичния си пол посредством терапевтични разговори и които биха могли да свидетелстват за ползата, която са извлекли от подобна терапия.
 2. Задават се предубедени, предварително отрицателно оцветени въпроси, като: „Бяхте ли принуждаван от някого да се промените?“. Подобни въпроси не представят достоверно ненасилствения, ориентиран към пациента характер на терапията за приемане на собствения биологичен пол.
 3. Дисквалифицират се потенциални участници в изследването, които твърдят, че са получили терапия подкрепяща приемането на биологичния пол, но при това не са били обект на принуждение.
 4. Правят се намеци за предпочитаните от провеждащите проучването възгледи и за възможните предпочитани отговори, които се очакват от анкетираните. Например разкрива се фактът, че анкетиращият представлява активистка организация или се задават предубедени и негативно оцветени ключови въпроси.
 5. Смесват се отговорите на участници, които са получили терапия за приемане на биологичния пол от коренно различни „доставчици“: професионални терапевти, свещенослужители-консултанти или „консултанти“ с неопределен произход и компетенция. По този начин се смесват различни нива и видове професионална подготовка и опит и, следователно, не е ясно към резултатите на коя група терапевти се отнася изследването.
 6. Не се изяснява в достатъчна степен какво се има предвид, когато става дума за „усилия за промяна на половата идентичност“. Участниците в анкетите биха могли да се позоват на всякакви (най-разнообразни) преживявания, които по тяхна субективна преценка не утвърждават половото им несъответствие. Например участникът би могъл да визира

беседа, в която терапевтът го предупреждава за потенциалните рискове и ползи от медицинските процедури за промяна на пола. Участниците биха могли да имат предвид и преживявания, които изобщо не се явяват терапия – например психологическото оценяване, което се провежда преди вземането на решение относно подходящия план за медицинска терапия.

7. Не се оценяват нивата на психическите проблеми и склонността към самоубийство преди и след терапията за приемане на биологичния пол, за да може да се проследи дали положението се е влошило, останало е същото или се е подобрило след терапията.
 8. Използват се неблагоприятни ретроспективни отчети.
 9. Прилагат се статистически методи към проучвания, които включват само лично подбрани от организаторите на проучването транссексуални лица така, сякаш тези лица представляват всички транссексуални лица по принцип.
 10. На база взаимосвързаността между определени психични и психиатрични състояния (например: депресия, тревожност, опити за самоубийство) и терапията за приемане на биологичния пол се правят заключения, представящи терапията като причина за въпросните състояния. Пренебрегва се възможността тези състояния да са съществували преди появата на транссексуалната идентичност или преди провеждането на терапията за приемане на пола. Пренебрегва се и отказът на терапевтите да потвърдят транссексуалната идентичност при пациентите, които са били диагностицирани като тежко психично болни.
44. Опонентите на терапията за приемане на собствения биологичен пол приемат за даденост, че непълнолетните не са в състояние да дадат съгласие за участие в терапевтични разговори, чиято цел е приемането на пола на тялото им. Това предположение е в разрез с концепцията за зрелия непълнолетен (*mature minor* – присъща на англосаксонското право концепция, трактувана по различен начин в различни държави, но като цяло даваща голяма свобода за информирано съгласие от страна на самите непълнолетни – бел. прев.), според която *подрастващите могат да вземат самостоятелни решения по въпроси, свързани с физическото и психическото им здраве. Ако приемем, че непълнолетният не може да избере за себе си терапевтични разговори, целящи приемане на биологичния пол, тогава със сигурност непълнолетният не може да избере и процедури, водещи до необратими промени на тялото.*

45. **Понякога погрешно се твърди, че ООН е изказала позиция против терапията за приемане на собствения биологичен пол.** Доклад, публикуван от името на една личност, като независим експерт, не представя схващанията на ООН. В действителност много държави-членки се противопоставиха на назначаването му и заявиха, че не признават неговия мандат (Пример: OIC / CFM-43, 2016). Всъщност на този етап все още изобщо не съществува обвързващо споразумение на ООН относно половата идентичност или сексуалната ориентация.

МНОЖЕСТВО СЪДЕБНИ РЕШЕНИЯ СА БИЛИ В ПОЛЗА НА ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ РАЗГОВОРИ, ЦЕЛЯЩИ ПРИЕМАНЕ НА БИОЛОГИЧНИЯ ПОЛ И СА СЕ ПРОТИВОПОСТАВЯЛИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРОМЯНА НА ПОЛА ПРИ НЕПЪЛНОЛЕТНИ

46. **Съдебни решения в САЩ отменят забраните за терапевтични разговори, целящи приемане на пола на тялото.**
1. **Върховният съд на САЩ (Supreme Court of the United States – SCOTUS) взема решение, че професионалната реч има същото право на свобода на словото като всяка друга реч.** Съдът заявява, че никога не е възприемал като принцип, че професионалната реч е професионално поведение и че, следователно, подлежи на цензура. В противен случай единственото, което правителството ще трябва да направи, за да отнеме от група хора правото им на свобода на словото (гарантирано от първата поправка на Американската конституция), ще е да им издаде официален професионален лиценз. (Национален институт за защита на семейството и правото на живот против Бесера, 2018 г. [National Institute of Family and Life Advocates v. Weserra]) Това решение отменя съществуващите решения на окръжните съдилища. (Пикъп и др. срещу Браун, 2013 [Pickup et al. v. Brown]; Кинг срещу губернатора на щата Ню Джърси, 2014 [King v. Governor of the State of New Jersey])
 2. **Решение на 11-ти окръжен апелативен съд на САЩ постановява, че предоставените от Американската психологическа асоциация доказателства против терапията, позволяваща приемането на биологичния пол, представляват „твърдения, а не доказателства“.** Окръжният съд заявява, че в своите изявления професионалните организации, които се противопоставят на терапия, подкрепяща биологичния пол, „биха могли да са прави в твърденията си, но биха могли и да не са, при

това в значителна степен. Не е необичайно професионални организации да променят позицията си на 180 градуса, вследствие на нови доказателства или нови нагласи...“ Съдът отменя закони, забраняващи терапията за приемане на биологичния пол (Ото и др. срещу град Бока Ратон и др., 2020 [Otto et al. v. City of Boca Raton et al]), като се позовава отчасти и на решението на Върховния съд на САЩ (Национален институт за защита на семейството и правото на живот против Бесера, 2018 г.).

- 47. Върховният съд на Обединеното кралство в едно от своите решения постановява, че непълнолетните не могат да дадат съгласие за подлагане на медицински процедури за промяна на пола.** В решението си по дело Бел срещу Тависток (Bell vs. Tavistock, 12. XII. 2020 г.) Върховният съд на Обединеното кралство постанови, че лечението, утвърждаващо половото несъответствие при непълнолетни, е експериментално и в повечето случаи не може да се предлага на лица под 16 години без съдебна заповед, която е препоръчителна и при лица на възраст 16-17 години. Съдът добавя: „В случая с повечето от тези деца, не съществува подходящ за възрастта им начин да се обясни какво може да означава за тях в по-зрелите им години загубата на фертилитет или на пълноценна сексуална функция.“ (Бел и др. срещу GIDS, Великобритания)

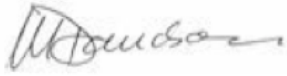
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- 48. Някои от държавите с най-дълъг опит в практиките и процедурите за промяна на пола са ограничили достъпа до тези процедури за деца и юноши, осигурявайки им така необходимата защита.** Примери за това са Обединеното кралство (Transgender Trend, 2019), Швеция (Karolinska, 2021), Холандия (de Vries et al., 2012) и Финландия (COHERE, 2020).
- 49. Психичните и психиатричните разстройства са свързани с половото несъответствие и е възможно да са сред факторите, които го причиняват.**
- 50. Ефективното лечение на дадено психиатрично разстройство би могло да доведе до преодоляване на определени симптоми на разстройството.** Във връзка с разглежданата тук тематика, лечението на разстройството потенциално би могло да намали или да доведе до пълно преодоляване на половото несъответствие или половата дисфория.

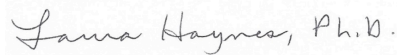
51. **Дори и Световната професионална асоциация за транссексуално здраве не препоръчва прилагането на медицински процедури за промяна на пола, когато половата дисфория е „производна или по-добре обяснена от друга диагноза“.** (Coleman, 2012, стр. 180)
52. **Забраняването на терапевтичните разговори, целящи преодоляването на половата дисфория, оставя на страдащите твърде малко възможности за помощ при желание за справяне с дисфорията.** Това е опасно и несправедливо. Единственото решение, което остава достъпно за страдащите от дисфория, е да им се предложи помощ, посредством която продължат да живеят с нежеланото разстройство.
53. **Пренебрегването на необходимостта да се признаят, оценят и по възможност да се лекуват скритите предварителни проблеми на психичното здраве, както и тяхната потенциална причинна връзка с половата дисфория, може да доведе до продължаващи психични и психиатрични проблеми и до по-голям брой успешни опити за самоубийство.** Отричането на потенциалните психопатологични причини винаги е било опасно.
54. **Блокаторите на пубертета, хормоните за промяна на пола, мастектомиите и операциите за смяна пола противоречат на естественото здраво функциониране на тялото, причиняват вреда и увеличават смъртните случаи от болести и самоубийства.** От друга страна, не са налични изследвания, които да отговарят на научните стандарти и да потвърдят съществуването на някаква опасност, свързана с доброволните, инициирани от пациента, професионални терапевтични разговори, целящи приемане на биологичния пол на собственото тяло и овладяване на половата дисфория.
55. **Терапевтичните разговори, които лекуват евентуалните скрити предварителни проблеми на психичното здраве, като психични и психиатрични разстройства, неврологични увреждания, травми и др., а също лекуват и възможните им връзки с половата дисфория, са изключително необходима терапия за въпросната дисфория.** Лечението на психични и психиатрични разстройства съществува отдавна и непрестанно се развива и усъвършенства с течение на времето.
56. **Предизвикването на промени в човешкото тяло, с цел да се имитират външните признаци на друг пол, представлява опасен експеримент с телата и живота на хората.** Това не е транссексуално здравеопазване и едва ли може да се определи като превенция на самоубийството. Да

се стерилизират деца, юноши и възрастни и да се осакатяват телата им е неправилно. Тази злоупотреба трябва да се прекрати.

С уважение,



д-р М.Р. Дейвидсън, д.м.н.,
председател,
lftcc.org



д-р Лора Хейнс., д.м.н.,
член на борда
и представител на САЩ

МАТЕРИАЛИ ЗА СПРАВКА

American Psychological Association. (2021). Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care. Retrieved from <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>

Becerra-Culqui T.A., Liu Y., Nash R., Cromwell, L., Flanders, W.D., Getahun, D., Giammattei, S.V., Hunkeler, E.M., Lash, T.L., Millman, A., Quinn, V.P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D.E., Silverberg, M.J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5):e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>

Bechard, M., VanderLaan, D.P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K.J. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A “Proof of Principle” study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(7), 678–688. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>

Bell et al. v. Gender Identity Development Service at the Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (Decision 1 Dec. 2020). Neutral Citation Number: [2020] EWHC 3274. Case No: CP/60/2020. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>

Biggs, M. (2019). A letter to the editor regarding the original article by Costa et al: Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 16, 2043. <https://users.ox.ac.uk/~sfos0060/BiggsJSM.pdf>

Biggs, M. (version 1.0.1, July 29, 2019). The Tavistock's Experiment with Puberty Blockers, see pp. 4, 9-10.

http://users.ox.ac.uk/~sfos0060/Biggs_ExperimentPubertyBlockers.pdf

Bockting, W. (2014). Chapter 24: Transgender Identity Development. In Tolman, D., & Diamond, L., Co-Editors-in-Chief (2014). *APA Handbook of Sexuality and Psychology. Volume 1. Person Based Approaches*. Pp. 739-758. Washington D.C.: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4311512>

Branstrom, R. & Pachankis, J.E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: a total population study. With correction statement at end. *American Journal of Psychiatry* 177(8), 727-734. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>

Brik, T., Vrouenraets, L.J.J.J., deVries, M.C., Hannema, S.E. (2020). Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>

British Psychological Society (2012). Guidelines and literature review for psychologists working therapeutically with sexual and gender minority clients. [https://www.bps.org.uk/sites/beta.bps.org.uk/files/Policy%20-%20Files/Guidelines%20and%20Literature%20Review%20for%20Psychologists%20Working%20Therapeutically%20with%20Sexual%20and%20Gender%20Minority%20Clients%20\(2012\).pdf](https://www.bps.org.uk/sites/beta.bps.org.uk/files/Policy%20-%20Files/Guidelines%20and%20Literature%20Review%20for%20Psychologists%20Working%20Therapeutically%20with%20Sexual%20and%20Gender%20Minority%20Clients%20(2012).pdf)

Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Pleak, R.R., & Tompkins, D.A. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 764. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-012-9975-x>

Cantor, J.M. (2019). Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy, *Journal of Sex & Marital Therapy*. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T.J., De Stavola, B.L., Davidson, S., et al. (2021) 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. *PLoS ONE* 16(2): e0243894. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0243894>

Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC, U.S.) (Last Reviewed Sept. 3, 2019). Risk and Protective Factors for Suicide.

<https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/riskprotectivefactors.html>

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (August 30, 2016). Decision Memo for Gender Dysphoria and Gender Reassignment Surgery (CAG-00446N)."

<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/nca-decision-memo.aspx?NCAId=282>.

Children's Hospital Los Angeles (2016). Children's Hospital Los Angeles Assent to Participate in Research Study. https://drive.google.com/file/d/1Q-zJCivH-QW7hL25idXT_jlTfJZUUm1w/view

Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, healthcare use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health, 91*, 915–921. <https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.91.6.915>

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W.J., Monstrey, S., Adler, R.K, Brown, G.R., Devor, A.H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D.H., Lev, A.I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B.P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L.S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K.R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7, *International Journal of Transgenderism, 13*, 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

Council for Choices in Health Care in Finland (COHERE Finland) (June 16, 2020). Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation.

https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary_minors_en.pdf

de Vries, A.L.C. & Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality, 59*, 301-320. <http://www.hbrs.no/wp-content/uploads/2017/05/Clinical-Management-of-Gender-Dysphoria-in-Children-and-Adolescents-The-Dutch-Approach.pdf>

de Vries, A. L. C., T. D. Steensma, T. A. H. Doreleijers, and P. T. Cohen-Kettenis. 2011. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine 8(8)*, 2276–2283. doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x).

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A., La ngstro`m, N., Landen, M. (2011) Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE* 6(2): e16885.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>

Dhejne, C., Van Vierken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>

Durwood, L., McLaughlin, K.A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. [https://jaacap.org/article/S0890-8567\(16\)31941-4/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(16)31941-4/fulltext)

Fenway Health (no date "a"). Informed Consent for Feminizing Hormone Therapy. https://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/Consent_Form_for_Feminizing_Therapy.pdf

Fenway Health (no date "b"). Informed Consent for Masculinizing Hormone Therapy. https://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/Consent_Form_for_Masculinizing_Therapy.pdf

Fenway Health (2019). Informed Consent Form for Puberty Suppression. <https://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/Informed-Consent-for-Puberty-Suppression-4-2019.pdf>

Fuller-Thomson, E., Baird, S.L., Dhrodia, B.R. & Brennenstuhl, S. (2016). The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child: care, health and development*, 42(5), 725–734.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27280449/>

Gagliano-Juca, T., Traveison, T., Kantoff, P., Nguyen, P. L., Taplin, M.E., Kibel, A., Huang, G., Bearup, R., Schram, H., Manley, R., Beleva, Y., Edwards, R., Basaria, S. (2018). Androgen X X X X Deprivation Therapy is Associated with Prolongation of QTc Interval in Men With Prostate Cancer. *Journal of the Endocrine Society*, 2, 485-496.
<https://academic.oup.com/jes/article/2/5/485/4980315>

Green, A.E., Price-Feeney, M., Dorison, S.H., Pick, C.J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health, Open-Themes Research*, 110(8), 1221-1227.
<https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2020.30570>

Haas, A.P., Eliason, M., Mays, V.M., Mathy, R.M., Cochran, S.D., D'Augelli, A.R., Silverman, M.M., Fisher, P.W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S.T., Malley, E., Reed, J., Litts, D.A., Haller, E., Sell, R.L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A.L., Brown, G.K., Diamond, G.M., Friedman, M.S., Garofalo, R., Turner, M.S., Hollibaugh, A., &

Clayton, P.J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: *Review and recommendations*. *Journal of Homosexuality*, 58, 10-51. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00918369.2011.534038>

Handler, T, Hojilla, JC, Varghese, R, et al. (2019). Trends in Referrals to a Pediatric Transgender Clinic, *Pediatrics* 144(5),1-7, <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1368>

Hembree, W., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L., Hannema, S., Meyer, W., Murad, M., Rosenthal, S., Safer, J., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102, 1–35. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Heyer, W. (2018). *Trans Life Survivors*. <https://www.amazon.com/Trans-Life-Survivors-Walt-Heyer/dp/173234535X>

Heylens, G., Baudewijntje, E.E., Kreukels, P.C., Paap, M.C.S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P.T., Haraldsen, I.R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204, 151-156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>

Jordan-Young, R.M. (2010). *Brain storm: The flaws in the science of sex differences*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M., and Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 4-6. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>

Karolinska Universitetssjukhuset Astrid Lindgrens Barnsjukhus (March 2021). Policy Change Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn-Astrid Lindgren Children's Hospital. Swedish: https://segm.org/sites/default/files/Karolinska_Policy_Statement_Swedish.pdf ; Unofficial English translation: https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20_Policy_Statement_English.pdf

Kosky RJ. (1987). Gender-disordered children: does inpatient treatment help? *Medical Journal of Australia*, 146, 565-569. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3614045/>

Littman, L. (2018). Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLoS ONE* 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

Meybodi, A.M., Hajebi, A., & Jolfaei, A.G. (2014a). Psychiatric Axis I comorbidities among patients with gender dysphoria, *Hindawi Publishing Corporation Psychiatry*

Journal, 14, Article ID 971814 (5 pp).

https://www.researchgate.net/publication/265254861_Psychiatric_Axis_I_Comorbidities_among_Patients_with_Gender_Dysphoria

Meybodi, A.M., Hajebi, A., & Jolfaei, A.G. (2014b). The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28.90, 6 pp. <http://mjiri.iiums.ac.ir> ; <https://www.academia.edu/39292966/>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (March 11, 2021). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria.

<https://www.evidence.nhs.uk/document?id=2334888&returnUrl=search%3ffrom%3d2020-01-01%26q%3dgender%2bdysphoria%26sp%3don%26to%3d2021-03-31>

National Institute of Family and Life Advocates v. Becerra.

<https://drive.google.com/file/d/0B9njBaZTrCfSdmZiLWF5VnJvNDExcXg5T0FPTWtvNIZnX2xB/view>

Nock, M., Green, J., Hwang, I., McLaughlin, K., Sampson, N., Zaslavsky, A., and Kessler, R. (2013). Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *JAMA Psychiatry*, 70.

<https://dx.doi.org/10.1001%2F2013.jamapsychiatry.55>

O'Carroll, P.W. & Potter, L.B. (April 22, 1994). Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *MMWR*, 43(RR-6), 9-18.

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm>

OIC/CFM-43/2016/CS/RES/FINAL. Annex 1: Declaration by the Group of the OIC Member States in Geneva on Condemning the Human Rights Council Resolution “Protection against violence and discrimination based on Sexual Orientation and Gender Identity”, pp. 68-69; Resolution No. 4/43-C on Social and Family Issues Submitted to The Forty-third Session of the Council of the Foreign Ministers of the Organization of Islamic Cooperation (Session of Education and Enlightenment: Path to Peace and Creativity) held in Tashkent, Republic of Uzbekistan, on 18-19 October, 2016 (17 – 18 Muharram 1438H), pp. 19-20. https://www.oic-oci.org/subweb/cfm/43/en/docs/fin/43cfm_res_cs_en.pdf

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M. & McLaughlin, K.A. (2016).. Mental health of transgender children who are supported in their identities.” *Pediatrics*, 137, e20153223.

Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S.M., Hastings, J. & Wesp, L. (2016). Health considerations for gender nonconforming children and transgender adolescents: Gender

Affirming Hormones: Preparing for gender-affirming hormone use in transgender youth. University of California at San Francisco (UCSF) Medical Center, Transgender Care. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/youth>

Otto et al. v. City of Boca Raton, Florida et al. (Nov. 20, 2020). <https://lc.org/PDFs/Attachments2PRsLAs/112020Otto.pdf>

Ream, G.L. (2019). What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adults suicides? Findings from the National Violent Death Reporting System, *Journal of Adolescent Health*, 64, 602e607. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.303>

Regnerus, M. (2019). Does “conversion therapy” hurt people who identify as transgender? The new JAMA Psychiatry study cannot tell us. *Public Discourse*. <https://www.thepublicdiscourse.com/2019/09/57145/>

Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, et al. (2018). Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: A Population-Based Study. *Pediatrics*.;141(3), e20171683 ; <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/3/e20171683.full.pdf>

Roblin, D., et al. (2016). A novel method for estimating transgender status using electronic medical records. *Annals of Epidemiology*, 26(3),198-203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772142/pdf/nihms-757451.pdf>

Salmi, P. (Feb. 2020). Utvecklingen av diagnosen könsdysfori: Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid, National Board of Health and Welfare, Sweden, <http://www.socialstyrelsen.se/>

Schumm, W. & Crawford, D. (2019). Is research on transgender children what it seems? Comments on recent research on transgender children with high levels of parental support. *The Linacre Quarterly*, 87, 002436391988479. 10.1177/0024363919884799.

Sprigg, P. (2018), Is Gender Reassignment Surgery “Medically Necessary?” <https://downloads.frc.org/EF/EF17L29.pdf>

Sprigg, P. (October 2020). Do not sterilize children: Why physiological gender transition procedures for minors should be prohibited. Family Research Council. Issue Analysis IS20J04. <https://downloads.frc.org/EF/EF20J34.pdf>

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., Lin, A. (2017). Trans pathways: The mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results. Telethon Kids Institute, Perth, Australia.

https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain--behaviour/trans-pathways_plain-text_no-figures.pdf

Transgender Trend (2019). The surge in referral rates of girls to the Tavistock continues to rise. <https://www.transgendertrend.com/surge-referral-rates-girls-tavistock-continues-rise/> (p. 3)

Turban, J.L., Beckwith, N., Reisner, S.L. & Keuroghlian, A.S. (2019). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, published online. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2749479>

Turban, J.L., King, D., Carswell, J.M., Keuroghlian, A.S. (Feb. 2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/2/e20191725>

UCLA Center for Health Policy Research (2017); referenced in Clay (2018), Embracing a gender-affirmative model for transgender youth, *Monitor on Psychology*, pp. 29-34. *Monitor on Psychology* is a publication of the American Psychological Association. UCLA is the University of California at Los Angeles.

Wiepjes, C.M., den Heijer, M., Bremmer, M.A., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Coumou, B.J.G. & Steensma, T.D. (2020). Trends in suicide death risk in transgender people: Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32072611/>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Американски колеж на педиатрите (American College of Pediatricians; ACPeds.com)

Psychotherapeutic and behavioral approaches to treating gender dysphoria (including gender identity disorder & transsexualism) in adults and adolescents					
STUDY	DESIGN	N	POPULATION	INTERVENTION	OUTCOME
Barlow DH, Reynolds EJ, Agras WS. Gender Identity Change in a Transsexual. Archives of General Psychiatry. 1973;28:569-576.	Case series	1	Male age 17, diagnosed with transsexualism	Behavioral therapy (tied to stereotypes)	Success in treating his gender identity issues. He remained homosexual.
Barlow DH, Abel GG, Blanchard EB. Gender Identity Change in Transsexuals: Follow-up and Replications. Archives of General Psychiatry. 1979;36:1001-1007.	Case series	2	Two adult males	Behavioral therapy (tied to stereotypes)	Success. Also reports 6.5 years follow-up of 1973 case (Barlow et al 1973); that patient still doing fine.

Beigel HG. Three Transvestites under Hypnosis. The Journal of Sex Research. 1967;3:149-162.	Case series	3	Three adult males	Psychoanalysis and hypnosis	Success. All three reported no longer to have problems with transvestism.
Davenport CW, Harrison SI. Gender identity change in a female adolescent transsexual. Archives of Sexual Behavior. 1977;6:327-340.	Case report	1	Female age 14	Inpatient psychotherapy, recreational therapy, encouragement of female staff, etc. for 20 months	Success. At 2.5 years follow-up, the young woman was stable and content as a lesbian.
Dellaert R, Kunke T. Investigations on a Case of Male Transsexualism. Psychotherapy and Psychosomatics. 1969;17:89-107	Case report	1	Male age 18	Psychotherapy and psychoanalysis	Success. Young man is happily married, not conflicted.
Hakeem A. Psychotherapy for gender identity disorders. Advances in Psychiatric Treatment. 2012;18:17-24	Descriptive	82	Wide range of "trans" types. Comorbidities unclear.	Group psychotherapy	Unclear. Does not report outcomes specifically. Suggests that many patients now see that the transgender process wasn't necessary.

Keller AC, Althof SE, Lothstein LM. Group therapy with gender- identity patients--a four-year study.	Descriptive cohort	28	21 adult males, 7 adult females, 84% with significant comorbid psychopathology	Group psychotherapy (groups of 3-12), one male and one female therapist co-leading each group.	Mixed success. During the 4-year period, 8 patients carried on to transsexual interventions; 8 "showed a lessening of character pathology"; 11
--	--------------------	----	--	--	--

American Journal of Psychotherapy. 1982;36:223.					no longer wished to be transsexuals; one had psychotic break and kept changing his mind.
Kirkpatrick M, Freidmann CT. Treatment of requests for sex-change surgery with psychotherapy. American Journal of Psychiatry. 1976;133:1194-1196.	Case series	1	Male age 19, female age 18, diagnosed with gender identity disorder	Supportive psychotherapy 2x/week (male: 15 weeks; female: 2.5 years).	Success. Both desisted from their desire for sex change surgery. Both content as homosexuals.
Kronberg J, Tyano S, Apter A, Wijzenbeek H. Treatment of transsexualism in adolescence. Journal of Adolescence. 1981;4:177- 185	Case report	1	Female age 15	Inpatient psychotherapy , recreational therapy, encouragement of female staff, etc. for "several" months	Success. Young woman stable and content as a female.

<p>Lothstein LM. The adolescent gender dysphoric patient: an approach to treatment and management. <i>Journal of Pediatric Psychology</i>. 1980;5:93- 109.</p>	<p>Case series</p>	<p>27</p>	<p>17 boys, mean age 16.5 years [12-19] and 10 girls, mean age 16.8 years [13-19], all diagnosed with gender identity disorder. Some on hormones, some prostituting. All presented in acute crisis with much family dysfunction and psychopathology.</p>	<p>Psychotherapy</p>	<p>Mixed success (14/27). 11 boys dropped out; status unknown. At 4-5 years, two young women and one young man had persisted and had transsexual surgeries. In one male who had been on hormones and "living as a woman" for 2 years, gender dysphoria resolved completely. At 4-5 years, the remaining 5 boys and 8 girls were still attending therapy or had desisted.</p>
<p>Lothstein LM, Levine SB. Expressive Psychotherapy with Gender Dysphoric Patients. <i>Archives of General Psychiatry</i>. 1981;38:924- 929.</p>	<p>Retrospective cohort with five cases highlighted</p>	<p>50</p>	<p>50 adults, adolescents and children. Breakdown by sex and age range not reported.</p>	<p>Expressive psychotherapy</p>	<p>Mixed success. 35/50 (70%) lost their desire to become transsexuals. 10 were still in therapy. Five received transsexual surgery.</p>

<p>Meyenburg B. Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy. Adolescence. 1999;34:305-313.</p>	<p>Case series</p>	<p>3</p>	<p>Female (age 17), female (age 17), male (age 17), male (age 13), all demanding surgery, all "living as" opposite sex.</p>	<p>Psychotherapy, several months up to 2 years</p>	<p>Mixed success (2/3). One girl carried on and had "trans" surgeries. One girl stopped attending psychotherapy after several months; they later learned that she was in a lesbian relationship and living with her partner. One boy came to see himself as a flamboyant gay man. Younger boy's fetishism, which had arisen due to family issues and incipient borderline psychopathology, resolved.</p>
<p>Philippopoulos GS. A case of transvestism in a 17-year-old girl. Acta Psychother. 1964; 12:29-37</p>	<p>Case report</p>	<p>1</p>	<p>Female age 17</p>	<p>Brief intense psychoanalysis and psychotherapy 3x- 4x/week for 6 months</p>	<p>Success. At 5-year follow-up, young woman was stable and content as female.</p>

<p>Shtasel TF. Behavioral treatment of transsexualism: a case report. Journal of Sex & Marital Therapy. 1979;5:362-367.</p>	<p>Case report</p>	<p>1</p>	<p>Female age 25</p>	<p>Cognitive-behavioral therapy</p>	<p>Success. Patient accepted herself as a woman and as a lesbian. Important note: This is the only reported use of cognitive behavioral therapy (CBT) for alleviating gender identity issues. CBT came into the mainstream in the 1970s. By now, CBT- based approaches are the standard in treating much mental illness – including borderline and other personality disorders (many clinicians of the 1950s- 1980s observed borderline, narcissistic and/or histrionic traits in their patients with gender identity issues). Research should be conducted to assess the potential efficacy of CBT- based therapies in resolving gender dysphoria and other gender identity concerns. Since this study was published in 1979,</p>
---	--------------------	----------	----------------------	-------------------------------------	--

					there has not been a single additional study exploring the use of CBT-based therapies in treating gender dysphoria or any type of gender identity disturbance.
Wise TN. Psychotherapy of an aging transvestite. Journal of Sex & Marital Therapy. 1979;5:368-373.	Case report	1	Male age 43	Weekly psychotherapy for 16 months	Provisional success. Resolved for now. Patient no longer had desire for surgery. Clinician correctly notes the episodic nature of adult male transvestism and suggests that clinicians should remain available to help.