



☒☒	☒☒	☒☒☒	☒☒	☒☒
	☒	☒☒☒	☒	☒☒
		a	C	/ 5
L	/ b	/ 9	5	D / L t

REZUMAT

Disforia de gen nu este o afecțiune cu care medicul pediatru din România se întâlnește în mod obișnuit în practica sa. Cu toate acestea, în lumina progreselor care se fac în lume în scopul diagnosticării precoce și instituirii unui tratament corect, cât și în contextul evolutiv al societății, inclusiv din țara noastră, cazurile medicale nu vor întârzia să apară. Această lucrare își propune să treacă în revistă, pe scurt, principalele caracteristici ale afecțiunii, precum și rolul pe care pediatrul îl poate juca în viața pacientului deja diagnosticat (sau nu încă) cu disforie de gen.

Cuvinte cheie: disforie de gen, transgen, tratament, copil, adolescent

Abrevieri

DG – disforie de gen

DSM IV – Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale IV

DSM V – Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale V

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ICD 11 – Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemelor de sănătate înrudite

WPATH – Asociația Mondială a Profesioniștilor pentru Sănătatea Persoanelor Transgen

GnRH – hormon eliberator de gonadotropină

INTRODUCERE

Disforia de gen (DG) sau afectarea identității de gen reprezintă disconfortul creat de nepotrivirea dintre organele genitale de un anumit sex conferite la naștere și sentimentul propriu de apartenență la un anumit gen. Această neconcordanță poate duce la anxietate, neliniște, disconfort, senzație de insatisfacție, suferință, influențând negativ calitatea vieții și funcționalitatea tânărului în diverse activități. De aici, necesitatea unor intervenții și tratamente care să încerce să sincronizeze profilul fizic și hormonal cu ceea ce gândește și simte acea persoană.

TERMINOLOGIE

Pentru o mai bună înțelegere a diferitelor noțiuni folosite în text, acestea sunt definite mai jos.

Persoana transgen (sau persoana *trans*): persoana care are o identitate de gen diferită de a sexului atribuit la naștere. În această noțiune, sunt incluse și persoanele nonbinare. Termenul *transsexual*, utilizat în trecut, nu mai este recomandat.

Femeie transgen: persoana cu identitate de gen feminină și sex desemnat la naștere masculin.

Bărbat transgen: persoana cu identitate de gen masculină și sex desemnat la naștere feminin.

Corresponding author:

Asist. Univ. Dr. Mirela Iancu

E-mail: mirela.miriromiri@gmail.com

Article History:

Received: 28 November 2020

Accepted: 12 December 2020

Persoane nonbinare: persoane care, indiferent de sexul atribuit la naștere, au o identitate de gen care nu este exclusiv masculină sau feminină, ci este o combinație dintre cele două (persoane genderqueer, bigender, pangender, genderfluid sau agender).

Persoana cisgen: individul al cărui sex desemnat la naștere se potrivește (este conform) cu identitatea lui de gen.

Incongruența de gen: atunci când identitatea, rolul sau expresia de gen a unei persoane diferă de normele culturale recomandate pentru o persoană de un anume sex.

Identitatea de gen: sentimentul interior al unui individ de a se simți fată sau femeie, băiat sau bărbat, niciuna din cele două, o combinație din cele două sau genuri multiple. Deci, poate sau nu să corespundă cu sexul atribuit la naștere.

Expresia de gen: modul în care o persoană se prezintă în lumea exterioară ca un anume gen, care poate să nu reflecte sexul desemnat la naștere sau identitatea de gen și poate să fie diferită în diferite medii pentru aceeași persoană, fără a fi semn al unei tulburări mentale. Include atitudinea, ținuta, vestimentația, coafura, accesoriile, vocea și mod de conversație, caracteristici fizice.

Sexul desemnat la naștere: se stabilește pe baza organelor genitale (masculin, feminin sau hermafrodit/intersexual), cromozomi și hormoni. Trebuie să se facă diferența între noțiunile de sex, identitate de gen și expresie de gen, întrucât sunt entități distincte.

Orientarea sexuală: ansamblul de factori emoționali, fizici, spirituali și genul persoanelor de care este atras fizic sau emoțional un individ. Este cu totul diferită de identitatea de gen și nu trebuie confundată cu aceasta. Ca și indivizii cis, și cei trans pot fi heterosexuali, gay, lesbiene, bisexuali, asexuali, iar orientarea sexuală la aceștia din urmă se raportează la identitatea de gen.

DEFINIȚIE

Considerată anterior tulburare de identitate de gen în DSM IV, afecțiunea devine disforie de gen în DSM V, fiind definită ca discordanță (*incongruence*) severă între genul experimentat sau exprimat de cineva și genul desemnat al acelei persoane, manifestată cel puțin 6 luni prin mai multe aspecte.

La copil, sunt necesare minimum 6 criterii dintre cele 8 de mai jos:

- Dorința exprimată de a fi sau insistența că este de sex opus celui fizic;
- Preferința pentru îmbrăcăminte/ținuta celui-lalt sex (fără excitare sexuală ca în fetișismul transvestic);

- Preferințe persistente pentru rolul sexului opus, jocuri de-a cum ar fi sau fantezii persistente despre cum ar fi de sex opus;
- Dorința intensă de a participa la jocuri stereotipe pentru celălalt sex;
- Preferința pentru joaca cu cei de sex opus;
- Respingere intensă a jocurilor/activităților tipice pentru sexul desemnat;
- O neplăcere intensă față de propria anatomie sexuală;
- O dorință puternică pentru caractere sexuale primare și/sau secundare care se potrivesc genului pe care îl trăiește/experimentează;

La adolescent/adult, sunt necesare minimum 2 criterii dintre cele 6 de mai jos:

- Discordanța (incongruence) între genul experimentat sau exprimat de cineva și caracterele primare sau/și secundare (sau cele anticipate, la adolescenți)
- Dorința intensă de a scăpa de caracterele sexuale primare sau/și secundare ca urmare a discordanței între genul experimentat/exprimat și acestea (la adolescent, dorința de a împiedica dezvoltarea caracterelor sexuale secundare anticipate)
- Dorința intensă de a avea caractere sexuale primare/secundare ale celui-lalt sex
- Dorința intensă de a fi de celălalt sex (sau de un sex alternativ, diferit de cel desemnat)
- Dorința intensă de a fi tratați ca aparținând celui-lalt sex (sau de un sex alternativ, diferit de cel desemnat)
- Convingerea că au sentimente și reacții tipice pentru celălalt sex (sau alt sex alternativ)

Tulburarea trebuie să fie asociată cu distresul clinic semnificativ sau alterarea funcționalității sociale, ocupaționale sau din alte arii.

În 2018, OMS renunță să mai clasifice incongruența de gen drept o tulburare mentală, iar în ICD-11, aprobat din 2019, disforia de gen se regăsește la capitolul „Afecțiuni legate de sănătatea sexuală“, reducând astfel stigmatizarea acestor pacienți și oferind posibilitatea accesării terapiei.

DATE EPIDEMIOLOGICE

Există puține date despre numărul real al persoanelor transgen și, cu atât mai puțin, al celor afectate de disforia de gen. Aceasta se datorează mai multor factori, printre care diferențele de exprimare legate de cultura fiecărei țări, stigmatizarea acestor pacienți, ceea ce duce la evitarea dezvăluirii publice, lipsa unei definiții clare, faptul că dintre cazurile cu debut în copilărie multe se remit până în perioada de adoles-

cență. Conform DSM V, prevalența DG este de 5-14 la 1.000 adulți născuți băieți și de 2-3 pentru adulții născuți fete. Asociația Mondială a Profesiioniștilor pentru Sănătatea Persoanelor Transgen (World Professional Association for Transgender Health - WPATH) (1) oferă cifre de prevalență pe baza studiilor efectuate pe pacienții care se adresează centrelor specializate și anume între 1:11.900 și 1:45.000 pentru femeile trans și între 1:30.400 și 1:200.000 pentru bărbații trans. În ultimii ani, aceste cifre au tendința de a crește odată cu creșterea adresabilității la specialiști (în Marea Britanie, aceasta s-a dublat în 5-6 ani (2), iar în Toronto numărul a crescut de 4-5 ori în 30 de ani (3)). Pe lângă creșterea incidenței, se pare că și raportul pe sexe se inversează, în favoarea celor de sex feminin la naștere (4). Un chestionar aplicat la 2.730 de copii din San Francisco din clasele 6-8 a arătat că 1,3% dintre ei s-au identificat ca trans (5), iar un chestionar similar aplicat în Minnesota în 2016 la 80.929 elevi din clasele 9-11 a arătat un procent de 3,6% dintre cele născute fete și de 1,7% dintre cei născuți băieți de răspuns afirmativ la întrebarea dacă se consideră trans sau nonbinari (6). În România, asociația ACCEPT estimează că există minimum 60.000 de persoane transgen, ale căror nevoi sunt abordate de sistemul medical în mică măsură.

MANIFESTĂRI CLINICE

Identitatea de gen cuprinde aspectele psihologice ale comportamentului legat de feminitate sau de masculinitate (Robert Stoller), iar DSM V o definește ca autoidentificarea unui individ ca bărbat sau femeie. Copilul începe să se identifice ca gen în jurul vârstei de 2-3 ani, iar la aceasta contribuie ansamblul creat de organele genitale externe și atitudinile parentale și culturale, care alcătuiesc stereotipurile de gen culturale (imaginile pe care ni le formăm sub influența culturii – școala, biserica, arta, presa, film) și personale (propriile noastre convingeri în privința atributelor unui sex). În majoritatea societăților actuale, genul este considerat binar (masculin sau feminin), iar alte variante sunt respinse și negate cu vehemență, în timp ce o nouă perspectivă vede genul ca posibil fluid, nonbinar, un continuum de posibilități între extremele masculine și feminine, acceptând astfel variate identități de gen. De aici și atitudinea afirmativă a psihoterapiei recomandate de specialiștii în DG, adică permiterea și acceptarea dezvoltării și explorării felului unic de a fi ale copilului, oferindu-i acestuia încurajarea și ajutorul necesar în perioada de dezvoltare.

La vârstă mică, copiii născuți băieți pot prezenta interes pentru păpuși, rochițe (*cross-dressing*-ul apa-

re la vârsta sub 4 ani la 75% dintre cei care îl manifestă), farduri, accesorii feminine, jocuri cu rol feminin, în timp ce fetele pot fi interesate preponderent de activități fizice, roluri masculine, tunsori scurte și să își exprime disprețul față de rochii și accesorii feminine. Pe măsură ce cresc, încep să se întrebe de ce corpul lor arată altfel decât simt ei și încep să simtă anxietatea legată de faptul că nu sunt percepuți cu adevărat de cei din jur. Odată cu dezvoltarea organelor genitale externe ale „genului fals“, ei încearcă să le ascundă în public. Cei cu fenotip feminin preferă lenjeria masculină, refuză să poarte costum de baie pentru femei în pubic și își ascund sânii comprimându-i (*breast binding*), iar cei cu fenotip masculin preferă lenjeria feminină, își lasă părul lung, își comprimă organele genitale externe (*tucking*) pentru a avea zona pubiană plată, urinează din poziția șezând. Pubertatea aduce un grad suplimentar de stres odată cu dezvoltarea caracterelor sexuale secundare (în special instalarea menstruelor la cei cu fenotip feminin, erecții la cei cu fenotip masculin), care îi confirmă tânărului că va fi nevoit să trăiască într-un trup care nu corespunde cu identitatea lui de gen. În aceste condiții, numeroși tineri (44,3% dintre pacienții unui centru specializat în DG) pot dezvolta psihopatologie asociată: depresie, anxietate, tulburare bipolară, ideeație sau tentativă de suicid, automutilare, tulburări de alimentare, tulburare pervasive de dezvoltare, ADHD, tulburare de stres posttraumatic (7,8). Alte probleme asociate cu DG sunt relația proastă cu părinții și refuzul acestora de a-i susține financiar, fuga de acasă, stigmatizarea de către colegi (*bullying*) și rejectarea acestora, hărțuire sau agresiune fizică, abuzare sexuală, rezultate școlare sau academice slabe, consumul de substanțe, comportament sexual la risc, cu creșterea șanselor pentru infecția HIV sau alte boli cu transmitere sexuală (9-11).

EVOLUȚIE

În evoluție, DG apărută în copilărie poate sau nu să continue și în adolescență, majoritatea remițându-se, de obicei, până în perioada de adolescență (12). Totuși, formele severe și persistente și formele care se accentuează odată cu pubertatea au șanse mari să se mențină pe termen lung (13). Conform DSM V (14), ratele de DG care persistă în adolescență și perioada de adult variază la fenotipul masculin între 2 și 30%, iar la cel feminin între 12 și 50%.

Vârsta la care individul transgen se dezvăluie public familiei, prietenilor, colegilor de școală și altora din jur variază, iar acesta este un moment extrem de delicat pentru el. Mulți preferă să o facă în scris, printr-o scrisoare către părinți, evitând în felul acesta

reacțiile celorlalți și alegându-și pe îndelete cuvintele pentru exprimare. Internetul, de asemenea, reprezintă pentru tinerii transgen un mediu unde pot exersa modul de a se dezvălui, oferindu-le o lume similară, dar virtuală, ceea ce le conferă o oarecare siguranță și încredere, deși aceasta presupune și anumite riscuri.

TRATAMENT

Etiologia DG nu este cunoscută cert și se consideră a fi multifactorială. Totuși, odată cu dezvoltarea unei baze de date și creșterea numărului de studii legate de DG la copil și adolescent, unele țări și-au creat și protocoale de tratament adecvate pentru această afecțiune, cele mai folosite fiind cele ale Asociației Mondiale a Profesiștilor pentru Sănătatea Persoanelor Transgen – WHPAT (1), a Societății de Endocrinologie (15), a Clinicii de specialitate în gen din Amsterdam (16) și a Academiei Americane de Pediatrie (17). Îndepărtarea diagnosticului de DG din capitolul afecțiunilor mentale în ICD-11 a deschis și calea către o abordare medicală mai facilă. În lume, se deschid din ce în ce mai multe centre specializate cu echipe multidisciplinare (specialiști în sănătate mentală, endocrinologie, urologie, chirurgie, ORL-ist, asistent social) instruite în abordarea pacienților cu DG, semn că societatea devine mai tolerantă, iar decidenții acceptă să aloce fonduri și pentru sănătatea anumitor minorități medicale. Concomitent, a crescut și adresabilitatea și cererea de tratament din partea tinerilor transgen, fiind greu de stabilit dacă este vorba de o creștere în sine a incidenței sau prevalenței afecțiunii sau creșterea „vizibilității” pacienților (3).

Tratamentul în disforia de gen se împarte în terapie psihologică și intervenții asupra fenotipului.

TERAPIA PSIHOLIGICĂ

Fiecare pacient trebuie abordat individual pentru a găsi calea favorabilă și potrivită pentru a-și explora identitatea de gen. În prezent, există 3 tipuri de abordare psihologică (18):

1. *Afirmativă* – încurajează explorarea identității de gen și susțin tânărul și familia în parcurgerea etapelor de tratament dorit. Reprezintă terapia recomandată de specialiștii în DG prin care pacientul este asigurat că este acceptat indiferent de evoluție și include terapie individuală, terapie de grup pentru tânăr și pentru părinți și terapie familială.

2. *Suportivă* – aplică principiul „să așteptăm și să vedem” cum evoluează identitatea de gen odată cu creșterea în vârstă și nu pledează pentru nicio intervenție legată de gen.

3. *Corectivă* – încearcă corectarea și alinierea identității de gen la sexul biologic al pacientului. Au fost cele mai studiate metode și sunt considerate necorespunzătoare în prezent, întrucât supun tânărul la o presiune care poate fi agresivă și dăunătoare (1,17).

Recomandarea de evaluare psihologică trebuie făcută atât tinerilor cu disforie de gen, cât și celor care nu prezintă stres și neliniști legate de identitatea de gen, dar care caută să înțeleagă și să cunoască mai multe amănunte despre situația lor, precum și părinților care trăiesc situații dificile legate de a aproba sau nu identitatea copiilor lor. Este foarte importantă consilierea copiilor care suferă de bullying la școală sau care prezintă și alte afecțiuni psihiatrice concomitente.

INTERVENȚII ASUPRA FENOTIPULUI

Într-o primă etapă, pacienții trebuie evaluați de către psiholog și psihiatru pentru a se stabili dacă întrunesc criteriile de încadrare în disforia de gen conform DSM V. Ulterior, familia și tânărul sunt pregătiți cu privire la etapele următoare, li se descriu beneficiile și riscurile tratamentului medicamentos sau chirurgical, sacrificiile presupuse de asumarea vieții în identitatea de gen afirmată, pentru a limita așteptările nerealiste. Tot acum, sunt evaluați eventuale alii factori de risc psihologic (boli concomitente) și sociali (lipsa de susținere) pentru rezultate nefavorabile ale tratamentului.

Procesul de tranziție se face gradual, cuprinzând faze reversibile (tranzitia socială și medicația de blocare a pubertății), parțial reversibile (terapia cu hormonii sexului dorit) și ireversibile (intervențiile chirurgicale pentru redefinirea sexului). Nu toți tinerii trans doresc intervenții chirurgicale corectoare, iar mulți renunță sau rămân în una dintre etape.

Tranziția socială constă în experimentarea vieții în rolul dorit (*real life*). Tânărul începe să trăiască ca și cum ar aparține sexului dorit adoptând haine, coafură, pronume și chiar un alt nume, ascuzându-și semnele de pubertate. Toate aceste măsuri ameliorază, de obicei, stresul tinerilor trans. Tranziția socială înainte de pubertate este discutabilă și nu impune tratament hormonal. De asemenea, sunt tineri care doresc să-și facă tranziția după începerea tratamentului hormonal, temându-se de reacțiile de respingere ale celor din jur.

Tratamentul hormonal de blocare a pubertății este indicat la tinerii a căror convingere asupra identității de gen este persistentă, consecventă și se accentuează la pubertate, cărora le ușurează stresul dat de un trup care se dezvoltă „greșit”, precum și pentru cei care încă nu și-au definit convingerile despre identitatea

propriului gen (tinerii nonbinari), cărora le oferă timp pentru a se mai sfătuși cu specialistul în sănătate mentală. Recomandarea este ca tratamentul să înceapă din stadiul Tanner 2, care este confirmat prin dozări hormonale. Este stadiul în care caracterele sexuale secundare nu sunt suficient de dezvoltate, astfel încât se previn intervenții chirurgicale corectoare costisitoare și cu rezultate discutabile, dar nici nu oferă suficient material pentru eventuale vulvovaginoplastii ulterioare. Pentru suprimarea pubertății, se folosesc analogii de GnRH până la gonadectomie (sau progestative, dacă nu există GnRH) pentru inhibarea hormonilor propriilor gonade. Acest tratament, cunoscut ca eficient și sigur din terapia pubertății precoce, previne apariția caracterelor sexuale secundare ireversibile (sâni, îngroșarea vocii, lărgirea maxilarului, „mărul lui Adam“, pilozitatea facială, statură prea înaltă), nu are efecte negative asupra dezvoltării creierului și se asociază cu funcționalitate psihologică mai bună la adolescenții cu DG. Desigur că începerea acestui tip de tratament nu se face fără consimțământul scris al părinților. Rezultatele raportate pentru acest tratament au arătat că sunt suficient de sigure și că au rezultate bune legate de satisfacția pacienților și funcționalitatea psihosocială, dar cercetările sunt limitate (19).

Majoritatea pacienților însă se prezintă la tratament în stadii avansate de pubertate, în stadiile Tanner 3,4 sau 5. În aceste cazuri, analogii de GnRH se asociază cu hormonii de afirmare a sexului dorit (*cross-gender hormones*), ajutând la scăderea dozei acestora necesară pentru obținerea efectului urmărit. Aceștia au rolul de a induce pubertatea în sexul dorit și a menține un fenotip adecvat. Înainte de începerea terapiei cross-gender, pacientul trebuie din nou evaluat pentru a verifica dacă are susținere psihosocială, dacă înțelege necesitatea rațională de a urma tratamentul medicamentos, rezultatele și riscurile tratamentului. Vârsta recomandată pentru acest tip de tratament este de 16 ani, vârstă la care, în unele țări, tinerii au drept legal de a lua o decizie medicală. Există situații în care terapia hormonală ar putea fi începută și înainte de 16 ani, la tinerele trans foarte înalte care necesită închiderea cartilajelor de creștere, cei cu identitate de gen bine stabilită anterior acestei vârste, precum și în scopul diminuării anxietății tinerilor trans legată de compararea cu dezvoltarea pubertară somatică a colegilor.

Administrarea progresivă de testosteron la băieții trans trebuie să mențină nivelul testosteronului seric la jumătatea normalului pentru bărbați. Tratamentul determină modificări ireversibile ca îngroșarea vocii și mărirea clitorisului, precum și modificări reversibile (amenoree, moderată creștere a pilozității faciale

și corporale în funcție de distribuția preexistentă, creșterea masei musculare, redistribuirea grăsimii pe corp, creșterea impulsului sexual, uneori chelire în regiunea temporală). Posibile efecte secundare la acest tratament sunt tromboembolismul, disfuncția hepatică, hipercolesterolemie, hipertrigliceridemie, hiperplazia endometrială sau cancer, motiv pentru care se impune histerectomia după etapa *real life*. Pacientul trebuie avertizat că, deși este amenoreic, testosteronul nu previne sarcina și nici bolile cu transmitere sexuală și că pentru acest lucru sunt necesare măsuri de contracepție și de protecție.

Și pacientele trans pot beneficia de feminizare cu doze mai mici de estrogeni dacă aceștia se administrează în paralel cu analogii de GnRH. Estrogenii pot determina creșterea ireversibilă a sânilor, contururi de tip feminin, piele mai moale, reducerea testiculiilor, reducerea excitării sexuale și stare de calm. Se pot adăuga antiandrogeni (spironolactona sau ciproteron acetat) dacă estrogenii nu scad suficient testosteronul sau pilozitatea facială. Riscurile acestui tratament sunt hipertensiunea arterială, hiperglicemia, tulburări hepatice, tromboembolism, accident vascular cerebral, fibroadenom mamar, prolactinom, neoplasme de sân și de ovar. Nu s-a dovedit riscul pentru mortalitatea cardiovasculară.

Urmărirea pacienților cu tratament hormonal trebuie să se facă la interval de 3 luni în primul an, apoi, dacă evoluția este favorabilă și nu sunt efecte nedorite, la 6 luni. La băieții trans, se vor monitoriza nivelul de testosteron, nivelul seric de estradiol (indicator al complianței), testele hepatice, profilul lipidic și prolactina serică. La pacientele trans, se vor urmări greutatea, profilul lipidic, glicemia, hemoleucograma (pentru policitemie), nivelul de testosteron și funcția hepatică. Anterior chirurgiei, se impune screening pentru cancerul ovarian și uterin la bărbații trans și pentru cancerul de sân la femeile trans.

Adolescenții trebuie avertizați că terapia hormonală de afirmare a genului determină infertilitate la cei la care s-a suprimat pubertatea endogenă. În acest caz, se poate recurge la metode de conservare a gameților, dar acestea sunt scumpe și nu sunt ușor de abordat.

Chirurgia de afirmare a genului se efectuează după vârsta de 18 ani, după cel puțin 1 an de tratament hormonal și 3 ani de evaluare psihologică și *real life*. Identificarea precoce a problemei legată de identitatea de gen și intervenția promptă pot preveni operații masive de confirmare a genului. Mastectomia se poate efectua chiar în stadiul de adolescent (20). Pentru femeile trans, se practică orhiectomie, penectomie și reconstrucție de vagin și labia majoră, iar pentru bărbații trans – histerectomie cu anexectomie și

mastectomie, eventual faloplastie. Sunt necesare intervenții chirurgicale ORL și foniatrie pentru modificarea vocii. După intervențiile chirurgicale, se reduc dozele de hormoni și se evaluează la 6-12 luni scăderea densității osoase.

CONCLUZII

În concluzie, disforia de gen este o afecțiune care se va evidenția în anii care urmează, odată cu conștientizarea opiniei publice și creșterea disponibilității informației în media. Este necesară educarea personalului medical asupra problemelor de identitate de gen la adolescenți. Există deja centre dedicate, cu

programe adresate specific tulburărilor de gen. Echipele multidisciplinare nu cuprind, în mod standard, și pediatru, dar acesta poate fi primul care să vină în contact în practica sa cu pacientul, să sesizeze tulburarea și să îl orienteze către un specialist în sănătate mentală care să îl evalueze. Este important ca pediatrii să fie avertizați de dinamica bolii și particularitățile pacientului, cum ar fi modul în care să i se adreseze, folosind numele și pronumele preferate, transmițând astfel mesajul că identitatea și necesitățile sale sunt recunoscute. De asemenea, pediatrii pot deveni susținătorii nevoilor și drepturilor pacienților săi trans în societate.

BIBLIOGRAFIE

- Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. The World Professional Association for Transgender Health 7th Version. 2012. Available at: <https://www.wpath.org/publications/soc>.
- Reed B, Rhodes S, Schofield P, Wylie K. Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. *Gender Identity Research and Education Society* 2009:1-36.
- Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14:404-11.
- Arnoldusse, M, Steensma TD, Popma A et al. Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29:803-811.
- Shields JP, Cohen R, Glassman JR et al. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Adolesc Health*. 2013; 52:248-50.
- Rider GN, McMorris BJ, Gower AL et al. Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: A Population-Based Study. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20171683.
- Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA et al. Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics*. 2012;129(3):418-425.
- Reisner SL, Vettes R, Leclerc M et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2015; 56:274-9.
- Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J et al. Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students – 19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(3):67-71.
- D'Augelli, A, Grossman A et al. Childhood Gender Atypicality, Victimization, and PTSD Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006;21:1462-82.
- Murchison GR, Agénor M, Reisner SL et al. School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth. *Pediatrics* 2019;143(6):e20182902.
- Wallien M, Cohen-Kettenis P. Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47:1413-23.
- Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC et al. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;1;52(6):582-590.
- <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2017;102(11):3869-3903.
- Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol*. 2006;155(suppl 1):S131-S137.
- Rafferty J, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, aap committee on adolescence, AAP section on lesbian, gay, bisexual, and transgender health and wellness. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2018; 142(4): e20182162.
- Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(2):171-6.
- Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvi M et al. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9:31-41.
- Handler T, Hojilla JC, Varghese et al. Trends in Referrals to a Pediatric Transgender Clinic. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20191368.