

# *Standardi skrbi* za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba

7.

---

Svjetska strukovna organizacija za  
zdravlje transrodnih osoba



**ženska soba**  
women's room

**Izdavačice:**

Ženska soba – Centar za seksualna prava

**Izvornik:**

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH).  
All rights reserved.  
7th Version<sup>1</sup> | [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

**Uredio\_la:**

Jelena Poštić

**Prijevod:**

Slaven Crnić

**Lektura:**

Nina Čolović

**Naslovnica i prijelom:**

Mladen Katanić

**Tisak:**

ACT Printlab d.o.o.

**Kontakt:**

[zenska.soba@zenskasoba.hr](mailto:zenska.soba@zenskasoba.hr) | [www.zenskasoba.hr](http://www.zenskasoba.hr)

**Naklada:**

500

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem

**ISBN**

---

1 Ovo je sedma verzija *Standarda skrbi* objavljena od izvorne publikacije iz 1979. godine. Revidirana izdanja objavljena su 1980, 1981, 1990, 1998. i 2001. Sedma verzija objavljena je u časopisu *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873

Ova publikacija je izdana u sklopu projekta „Rodna ravnopravnost za sve – vrijeme je za trans prava“. Nositelj projekta je Ženska soba – Centar za seksualna prava, a partner na projektu je Trans Aid – Udruga za promicanje i zaštitu prava trans, inter i rodno varijantnih osoba.

Publikacija je nastala uz financijsku podršku:



Europske unije –  
Europskog instrumenta za demokraciju i ljudska prava



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE  
Ured za udruge

Vlade Republike Hrvatske –  
Ured za udruge

Europska unija sastoji se od 28 država članica koje su odlučile postupno povezivati svoja znanja, resurse i sudbine. Zajednički su, tijekom razdoblja proširenja u trajanju od 50 godina, izgradile zonu stabilnosti, demokracije i održivog razvoja zadržavajući pritom kulturu raznolikosti, toleranciju i osobne slobode. Europska unija posvećena je dijeljenju svojih postignuća i svojih vrijednosti sa zemljama i narodima izvan njezinih granica.

Ova publikacija izrađena je uz pomoć Europske unije, projekta Europskog instrumenta za demokraciju i ljudska prava (EIDHR): "Rodna ravnopravnost za sve – vrijeme je za trans prava". Sadržaj ove publikacije isključiva je odgovornost Ženske sobe, i ni na koji se način ne može smatrati da odražava gledišta Europske unije.

<http://ec.europa.eu>

# Standardi skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie i Ken Zucker

# Sadržaj

6	I.	Svrha i upotreba <i>Standarda skrbi</i>
9	II.	Globalna primjenjivost <i>Standarda skrbi</i>
11	III.	Razlika između rodne nenormativnosti i rodne disforije
14	IV.	Epidemiološka razmatranja
17	V.	Pregled terapijskih pristupa rodnoj disforiji
20	VI.	Procjena i tretman djece i adolescenata/tica s rodnom disforijom
34	VII.	Psihičko zdravlje
49	VIII.	Hormonska terapija
69	IX.	Reproduktivno zdravlje
71	X.	Glasovna i komunikacijska terapija
75	XI.	Kirurški zahvati
87	XII.	Postoperativna skrb i praćenje
88	XIII.	Cjeloživotna preventivna i primarna zdravstvena zaštita
91	XIV.	Primjenjivost <i>Standarda skrbi</i> na osobe koje žive u institucionalnome okruženju
93	XV.	Primjenjivost <i>Standarda skrbi</i> na osobe s poremećajima spolnoga razvoja
98		<b>Bibliografija</b>
		<b>Dodaci</b>
119	A	Glosarij
123	B	Pregled medicinskih rizika hormonske terapije
130	C	Sažetak kriterija za hormonsku terapiju i kirurške zahvate
133	D	Dokazi o kliničkim ishodima terapijskih pristupa
137	E	Razvojni proces <i>Standarda skrbi, sedme verzije</i>

# I.

## Svrha i upotreba Standarda skrbi

Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. *The World Professional Association for Transgender Health – WPATH*<sup>2</sup>) međunarodna je, multidisciplinarna i strukovna organizacija čija je misija promicati zdravstvenu skrb utemeljenu na znanstvenim dokazima, edukaciju, istraživanje, javno zagovaranje i javnu politiku te poštovanje kada je posrijedi zdravlje transpolnih<sup>3</sup> i transrodnih osoba. Svijet je u WPATH-ovoj viziji mjesto u kojem se dobrobit transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba ostvaruje kroz pristup zdravstvenoj skrbi utemeljenoj na znanstvenim dokazima, socijalnoj skrbi, pravdi i jednakosti.

Jedna od glavnih funkcija WPATH-a jest promicanje najviših standarda zdravstvene skrbi objavljivanjem *Standarda skrbi (Standards of Care – SOC za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba. Standardi skrbi* temelje se na najboljoj dostupnoj znanosti i ekspertnome strukovnome

---

2 Nekadašnje Međunarodno udruženje za rodnu disforiju “Harry Benjamin”.

3 Budući da se pojam *seksualnost* prvenstveno odnosi na “ukupnost sklonosti i pojava vezanih uz **spolni nagon**” (Anić i Goldstein, “Rječnik stranih riječi” 2004; op. lektorice i prevoditelja), a pojam *spolnost* pak na “ukupnost pojava vezanih uz **spol i spolni nagon**” (pri čemu se **spol** definira kao “**1. biol.** ukupnost fizioloških i psiholoških obilježja po kojima se razlikuju muškarac i žena, odnosno među jedinkama iste vrste mužjaci od ženki; **2. a.** činjenica pripadnosti jednom od spolova **b.** muški ili ženske kao kolektivitet [ženski spol; muški spol]” (Anić, “Veliki rječnik hrvatskoga jezika” 2004; op. lektorice i prevoditelja), pojam *transseksualnost* u hrvatskome prijevodu *Standarda skrbi* zamijenjen je pojmom *transpolnost*. Obrazloženje te pojmovne intervencije je dvojako: semantičko i tvorbeno. **Semantičko obrazloženje:** Pojam *transpolnost* sadržajno jasnije upućuje na iskustvo koje se imenuje (s obzirom da se pojam odnosi na fenomenologiju spola kao **somatsko-psihološke** značajke, a ne na fenomenologiju seksualnosti kao **nagonske** značajke). **Tvorbeno obrazloženje:** Budući da je trans- prefiks stranoga podrijetla koji ulazi u odnos sa stranim osnovama, pri čemu se zadržavaju oba tjesnačnika s (usp. transsibirski (*prid.*), transsubjektivnost), a u standardnome jeziku ne nalazimo primjer ulaska domaće osnove u tvorbeni odnos s prefiksom trans-, ne možemo predvidjeti hoće li u dodiru afiksa s imenicom *spol* doći do stapanja dvaju istovjetnih suglasnika. U nedostatku normativnoga modela, pretpostavili/e smo postojanje fonološke alternacije. Shodno tomu, kao zamjena pojmu *transseksualnost*, konstruiran je pojam *transpolnost* s jednim “s” (op. lekt. i prev.).

konsenzusu.<sup>4</sup> Najveći broj istraživanja i većina iskustva na tome polju dolaze iz sjevernoameričke i zapadnoeuropske perspektive, pa je stoga *Standarde skrbi* neophodno prilagoditi drugim dijelovima svijeta. U ovoj verziji *Standarda skrbi* predlažu se neki mogući načini razmišljanja o kulturnoj relativnosti i kulturnoj kompetentnosti.

*Standardi skrbi* u prvome redu služe kao kliničke smjernice za zdravstvene djelatnike/ce koji/e skrbe o transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama. Te smjernice ukazuju na sigurne i učinkovite načine kojima se transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama može pomoći da postignu trajno zadovoljstvo svojim rodnim identitetima, a samim time i unaprijedi njihovo opće zdravstveno stanje, psihološka dobrobit i samoispunjenje. Takva pomoć može se sastojati od primarne zdravstvene zaštite, ginekološke i urološke skrbi, razmatranja različitih mogućnosti reprodukcije, glasovne i komunikacijske terapije, psihološke skrbi (npr. procjena, savjetovanje, psihoterapija) te hormonske terapije i operativnih zahvata. Iako je ovo prvenstveno dokument namijenjen zdravstvenim djelatnicima/ama, *Standarde skrbi* mogu koristiti i pojedinci/ke, njihove obitelji i društvene institucije da bi doznali na koji način i oni mogu promicati optimalno zdravlje za članice i članove te raznolike populacije.

WPATH je svjestan da zdravlje ne ovisi samo o dobroj kliničkoj skrbi već i o društvenoj i političkoj klimi koja omogućava i osigurava društvenu toleranciju, jednakost i sva građanska prava. Zdravlje se promiče kroz javne politike i zakonske reforme koje promoviraju toleranciju i pravednost prema rodnoj i seksualnoj različitosti te suzbijaju predrasude, diskriminaciju i stigmatizaciju. WPATH predano zagovara takve promjene u javnim politikama i zakonskim reformama.

## *Standardi skrbi* su fleksibilne kliničke smjernice

*Standardi skrbi* napisani su s namjerom da budu fleksibilni kako bi odgovarali različitim potrebama transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba kada je posrijedi zdravstvena skrb. Unatoč fleksibilnosti, riječ je o standardima sa svrhom promicanja optimalne zdravstvene skrbi i smjernica za tretman osoba koje proživljavaju rodnu disforiju, najčešće definiranu

---

<sup>4</sup> *Standardi skrbi, sedma verzija* znatno se razlikuje od prethodnih verzija. Izmjene u ovoj verziji potaknute su značajnim kulturnim promjenama, napretkom kliničkoga znanja te razumijevanjem mnogih problema zdravstvene skrbi na koje mogu naići transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe, a koji se ne tiču samo hormonske terapije i operativnih zahvata (Coleman, 2009a, b, c, d).

kao nezadovoljstvo ili stres uzrokovan nepoklapanjem rodnoga identiteta određene osobe sa spolom koji je toj osobi pripisan pri rođenju (i s tim spolom povezanom rodnom ulogom i/ili primarnim i sekundarnim spolnim karakteristikama) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b).

Kao što je to slučaj i u svim prijašnjim verzijama *Standarda skrbi*, kriteriji koje ovaj dokument predlaže za hormonsku terapiju i operativne zahvate kod rodne disforije zapravo su kliničke smjernice: kriterije može modificirati zdravstveni/a djelatnik/ca, a moguće ih je i prilagoditi specifičnom programu. U kliničkoj praksi do odstupanja od *Standarda skrbi* može doći zbog jedinstvene anatomske, društvene ili psihološke situacije pacijentice ili pacijenta, zatim zbog toga što je neki/a iskusni/a zdravstveni/a djelatnik/ca usavršio/la metodu pristupa učestalim situacijama, zbog protokola istraživanja, nedovoljnih resursa u pojedinim dijelovima svijeta ili potrebe za specifičnom strategijom smanjenja rizika. Takva odstupanja valja prepoznati, objasniti ih pacijentu/ici i zabilježiti u dokumentaciji o informiranom pristanku zbog kvalitetne skrbi za pacijente/ice i zakonske zaštite. Ta je dokumentacija također korisna i za prikupljanje novih podataka koje je retrospektivno moguće ispitivati i na taj način omogućiti da se zdravstvena skrb – i *Standardi skrbi* – dalje razvijaju.

Pored toga što navodi standarde skrbi, ovaj dokument ističe važnost donošenja informirane odluke te vrijednost mjera za smanjivanje rizika. Nadalje, ova verzija *Standarda skrbi* prepoznaje i priznaje razne izražaje roda koji ne zahtijevaju psihološke, hormonske ili kirurške tretmane. Neki/e će pacijenti/ce prvo samostalno ostvariti značajan napredak u pravcu prilagodbe rodne uloge ili tranzicije te će donijeti i neke druge odluke koje se tiču njihovoga rodnoga identiteta ili rodne disforije, a tek potom zatražiti zdravstvenu skrb. Drugi/e pacijenti/ce će trebati nešto zahtjevnije usluge. Zdravstveni/e djelatnici/e mogu pomoću *Standarda skrbi* ukazati pacijentima/cama na čitav spektar dostupnih zdravstvenih usluga, u skladu s njihovim kliničkim potrebama i željenim rodnim izražavanjem.



## II.

# Globalna primjenjivost *Standarda skrbi*

Iako su *Standardi skrbi* namijenjeni upotrebi u cijelome svijetu, WPATH je svjestan da većina zabilježenih kliničkih iskustava i znanja na ovome polju zdravstvene skrbi potječe iz sjevernoameričkih i zapadnoeuropskih izvora. U različitim sredinama, između, ali i unutar različitih država postoje razlike u: društvenim stavovima prema transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama, konstrukcijama rodnih uloga i identiteta, jeziku koji se koristi da bi se opisali različiti rodni identiteti, epidemiologiji rodne disforije, pristupu tretmanu i njegovoj cijeni, dostupnoj terapiji, brojnosti i tipu stručnjaka/inja koji/e pružaju skrb te zakonskim i pravnim čimbenicima koji se tiču toga polja zdravstvene skrbi (Winter, 2009).

U *Standardima skrbi* nemoguće je odraziti sve te razlike. Kada se standardi primjenjuju u drugim kulturnim kontekstima, zdravstveni/e djelatnici/e moraju znati prepoznati spomenute razlike i prilagoditi *Standarde skrbi* lokalnoj stvarnosti. Primjerice, u nekim je kulturama broj rodno nenormativnih osoba toliko visok, a način njihova života takav da su one iznimno vidljive u društvu (Peletz, 2006). U takvim je sredinama uobičajeno da ljudi započinju prilagodbu svoga rodnoga izražavanja i fizičkih karakteristika u adolescentskim godinama ili čak i ranije. Mnogi/e od njih odrastaju i žive u društvenom, kulturnom, pa čak i jezičnom kontekstu koji se znatno razlikuje od konteksta zapadnjačkih kultura. Ipak, gotovo se svi suočavaju s predrasudama (Peletz, 2006; Winter, 2009). U mnogim je kulturama raširena društvena stigmatizacija rodne nenormativnosti, a rodne su uloge iznimno strogo definirane (Winter i sur., 2009). Rodno nenormativne osobe u takvim su sredinama prisiljene na skrivanje, pa im samim time može biti nedostupna i adekvatna zdravstvena skrb (Winter, 2009).

Svrha *Standarda skrbi* nije ograničiti napore koji se ulažu u osiguravanje najbolje dostupne skrbi za sve pojedinke i pojedince. Zdravstveni/e djelatnici/e diljem svijeta – čak i na područjima s ograničenim resursima i nedovoljno prilika za dodatnu edukaciju – mogu primijeniti mnoge ključne principe *Standarda skrbi*. Ti su principi sljedeći: pokažite poštovanje prema pacijenticama i pacijentima s nenormativnim rodnim identitetima (nemojte patologizirati

razlike u rodnome identitetu ili izražavanju); pružajte skrb (ili pacijente/ice uputite informiranim kolegicama i kolegama) na način koji afirmira pacijentov/ičin rodni identitet i ublažava stres rodne disforije, ako je ona prisutna; informirajte se o potrebama transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba kada je posrijedi zdravstvena skrb, uključujući prednosti i rizike različitih opcija tretmana rodne disforije; odabranu metodu tretmana prilagodite specifičnim potrebama pacijenta/ice, napose njihovome željenome rodnome izražavanju i potrebi za rasterećenjem od rodne disforije; omogućite pristup prikladnoj skrbi; zatražite od pacijenata/ica njihov informirani pristanak prije početka tretmana; skrb pružajte kontinuirano; budite spremni podržavati svoje pacijente/ice i zalagati se za njih u njihovim obiteljima i okolini (u školama, na radnim mjestima i u drugim sredinama).

Terminologija je uvjetovana kulturom i vremenom, a razvija se vrlo brzo. Važno je jezično se izražavati s poštovanjem na različitim mjestima i u različitim prilikama, ali i među različitim ljudima. Budući da se *Standardi skrbi* prevode na različite jezike, puno se pažnje mora posvetiti točnom prijevodu značenja pojmova. Možda neće biti lako prevesti terminologiju s engleskoga na druge jezike i obrnuto. Neki jezici nemaju istoznačnice za sve pojmove u ovome dokumentu, stoga prevoditelji/ce moraju biti svjesni/e temeljnih ciljeva tretmana i izraziti smjernice potrebne za njihovo ostvarenje tako da one budu primjenjive u njihovoj kulturi.

## III.

# Razlika između rodne nenormativnosti i rodne disforije

## **Biti transpolna, transrodna ili rodno nenormativna osoba stvar je različitosti, a ne patologije**

WPATH je u svibnju 2010. godine izdao priopćenje u kojem se zalaže za depsiropatologizaciju rodne nenormativnosti na svjetskoj razini (Upravni odbor WPATH-a, 2010). U priopćenju se navodi da je “izražavanje rodnih karakteristika, uključujući i rodni identitet, koje nisu stereotipno povezane sa spolom pripisanom osobi pri rođenju, uobičajen i kulturno raznolik ljudski fenomen kojeg ne bi trebalo smatrati inherentno patološkim ili negativnim”.

Nažalost, rodnu nenormativnost stigmatizira se u mnogim društvima diljem svijeta. Takva stigma može poticati predrasude i diskriminaciju koje pak uzrokuju “manjinski stres” (I. H. Meyer, 2003). Manjinski stres je jedinstven (pridonosi općim stresorima koji pogađaju sve ljude), društveno uvjetovan i kroničan, a transpolne, transrodne i rodno nenormativne pojedinke i pojedinci zbog njega mogu postati podložniji psihičkim tegobama kao što su anksioznost i depresija (Institute of Medicine, 2011). Uz to što uzrokuje predrasude i diskriminaciju u društvu općenito, stigma pridonosi i zlostavljanju i zanemarivanju u osobnim odnosima s vršnjacima/kinjama i članovima/icama obitelji, a zlostavljanje i zanemarivanje mogu uzrokovati psihološki stres. Međutim, takvi su simptomi društveno inducirani. Oni nisu inherentni samoj transpolnosti, transrodnosti ili rodnoj nenormativnosti.

## Rodna nenormativnost nije isto što i rodna disforija

*Rodna nenormativnost* odnosi se na razmjer u kojem rodni identitet, uloga ili izražavanje neke osobe odudara od kulturnih normi koje su propisane za ljude određenoga spola (Institute of Medicine, 2011). *Rodna disforija* odnosi se na nezadovoljstvo ili stres uzrokovan nepoklapanjem rodnoga identiteta osobe i spola koji je toj osobi pripisan pri rođenju (i s tim spolom povezanom rodnom ulogom i/ili primarnim i sekundarnim spolnim karakteristikama) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b). Samo *neke* rodno nenormativne osobe prolaze kroz rodnu disforiju u *nekome* periodu svoga života.

Ljudima s tom vrstom stresa dostupni su tretmani koji im mogu pomoći u istraživanju svog rodnog identiteta i pronalaženju odgovarajuće rodne uloge. (Bockting i Goldberg, 2006). Tretman se individualizira: ono što će jednoj osobi pomoći u ublažavanju rodne disforije, može se znatno razlikovati od onoga što će pomoći drugoj osobi. Taj se proces može, ali ne mora sastojati od prilagodbe rodnoga izražavanja ili tjelesnih prilagodbi. Među medicinske tretmane ubrajaju se, primjerice, feminizacija ili maskulinizacija tijela hormonskom terapijom i/ili kirurškim zahvatom. Oni su učinkoviti u ublažavanju rodne disforije te su medicinski nužni za mnoge ljude. Rodni identiteti i rodno izražavanje su raznoliki, a hormonska terapija i kirurgija tek su dvije od mnogih dostupnih opcija koje mogu ljudima pomoći u postizanju zadovoljstva samima sobom i svojim identitetima.

Rodnu disforiju moguće je značajno ublažiti tretmanom (Murad i sur., 2010). Stoga, iako transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe mogu prolaziti kroz rodnu disforiju u nekome periodu svojih života, mnogi/e će pojedinci/ke tijekom tretmana pronaći rodnu ulogu i izražavanje kojima će biti zadovoljni/e, čak i ako se ta uloga i izražavanje razlikuju od onih koji se povezuju sa spolom koji je pojedincu/ki pripisan pri rođenju ili od dominantnih rodni normi i očekivanja.

## Dijagnoze povezane s rodnom disforijom

Neki ljudi rodnu disforiju osjećaju do te mjere da njihov stres odgovara kriterijima službene dijagnoze koju se može klasificirati kao psihički poremećaj. Takva dijagnoza ne predstavlja opravdanje za stigmatizaciju ili uskraćivanje građanskih i ljudskih prava. Postojeći sustavi klasifikacije kao što su *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (Diagnostic Statistical*

*Manual of Mental Disorders – DSM*) (Svjetska zdravstvena organizacija, 2000) i *Međunarodna klasifikacija bolesti (International Classification of Diseases – ICD)* (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007) definiraju na stotine psihičkih poremećaja koji variraju u svojim počecima, trajanju, patogenezi, funkcionalnoj onesposobljenosti i mogućnosti liječenja. Svi ti sustavi pokušavaju klasificirati skupine simptoma i stanja, a ne pojedinke i pojedince kao takve. Poremećaj je opis nečega s čime se osoba bori, a ne opis te osobe ili njenoga identiteta.

Transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe nisu, dakle, inherentno poremećene. Stres rodne disforije je taj koji, kada je prisutan, predstavlja problem koji je moguće dijagnosticirati i za koji postoje različite opcije tretmana. Postavljena dijagnoza za tu vrstu disforije često omogućuje pristup zdravstvenoj skrbi i može usmjeravati dodatna istraživanja u pravcu učinkovitih tretmana.

Istraživanja stvaraju nove dijagnostičke nomenklature, a pojmovi se mijenjaju, kako u *DSM*-u (Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010), tako i u *ICD*-u. Zbog toga se u *Standardima skrbi* koriste uvriježeni pojmovi, a pružaju se i definicije za pojmove koji tek nastaju. Zdravstveni/e djelatnici/e trebali/e bi se upoznati s najrecentnijim dijagnostičkim kriterijima i prikladnim kodovima koje će potom primjenjivati u vlastitoj praksi.

## IV.

# Epidemiološka razmatranja

Nema službeno provedenih epidemioloških istraživanja o incidenciji<sup>5</sup> i prevalenciji<sup>6</sup> transpolnosti ili transrodnih i rodno nenormativnih identiteta općenito, a svaki pokušaj da se dođe do realnih procjena nailazi na beskonačne poteškoće (Institute of Medicine, 2011; Zucker i Lawrence, 2009). Čak i kada bi epidemiološka istraživanja pokazala da transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe postoje u sličnome omjeru u čitavome svijetu, izgledno je da bi kulturne razlike među zemljama utjecale na bihevioralno izražavanje različitih rodnihi identiteta, a samim time i na razmjere u kojima se rodna disforija – različita od nečijega rodnohi identiteta – uistinu pojavljuje u populaciji. Iako u većini zemalja otklon od normativnih rodnihi granica nailazi na osudu, a ne na suosjećanje, postoje i primjeri rodno nenormativnih ponašanja (primjerice kod duhovnih vođa) koja se u nekim zemljama manje stigmatiziraju, pa čak i štuju (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan i Gooren, 1992; Costa i Matzner, 2007; Jackson i Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman i Dumronggittigule, 1997).

Istraživači/ce koji/e su proučavali/e incidenciju i prevalenciju iz različitih su se razloga obično fokusirali/e na podskupinu rodno nenormativnih osoba koje je najlakše izbrojati: transpolne osobe s rodnom disforijom koje su zatražile zdravstvenu skrb zbog rodne tranzicije u specijaliziranim rodnihi klinikama (Zucker i Lawrence, 2009). Najveći broj istraživanja proveden je u europskim zemljama poput Švedske (Wålinder, 1968, 1971), Ujedinjenog Kraljevstva (Hoenig i Kenna, 1974), Nizozemske (Bakker, Van Kesteren, Goore i Bezemer, 1993; Eklund, Gooren i Bezemer, 1988; Van Kesteren, Gooren i Megens, 1996), Njemačke (Weitze i Osburg, 1996) i Belgije (De Cuypere i sur., 2007). Jedno je istraživanje provedeno u Singapuru (Tsoi, 1988).

De Cuypere i njegovi/e kolege/ice (2007) takva su istraživanja recenzirali/e i provodili/e. Istraživanja ukupno pokrivaju period od 39 godina. Ako izuzmemo stršeće vrijednosti u Paulyjevome istraživanju iz 1965. te Tsoijevome iz 1988. godine, ostaje nam deset istraživanja provedenih u osam zemalja. Vrijednosti

---

5 Incidencija - broj novih slučajeva u određenome periodu (npr. u godinu dana).

6 Prevalencija – broj osoba s određenim stanjem podijeljen s brojem ljudi u općoj populaciji.

prevalencije u tih deset istraživanja kreću se od 1:11 900 do 1:45 000 za pojedinke čiji se smjer tranzicije kreće od obrazaca muškosti prema obrascima ženskosti (MtF; prema engl. *Male to Female*) i 1:30 400 do 1:200 000 za pojedince čiji se smjer tranzicije kreće od obrazaca ženskosti prema obrascima muškosti (FtM; prema engl. *Female to Male*). Neki/e su znanstvenici/e tvrdili/e da je prevalencija puno veća, ovisno o metodologiji korištenoj u istraživanju (primjerice Olyslager i Conway, 2007).

Nemoguće je izravno uspoređivati istraživanja s obzirom da se razlikuju po metodi prikupljanja podataka i kriterijima po kojima su osobe dokumentirane kao transpolne (kriteriji se kreću, ovisno o istraživanju, od toga je li osoba, primjerice, obavila genitalnu rekonstrukciju, je li započela s hormonskom terapijom pa sve do toga je li u klinici zatražila usluge medicinski nadzirane tranzicije). U recentnijim istraživanjima vidi se trend povećavanja prevalencije koji možda ukazuje na to da sve veći broj ljudi traži kliničku skrb. U prilog takvoj interpretaciji govori istraživanje Reeda i njegovih kolega/ica (2009) koji/e su izvijestili/e da se broj ljudi koji primaju skrb u britanskim rodnim klinikama svakih pet do šest godina udvostručuje. Na sličan su način Zucker i njegovi/e kolege/ice (2008) izvijestili/e o četverostrukome do peterostrukome povećanju broja djece i adolescenata/tkinja primljenih u njihovu kliniku u Torontu u razdoblju od trideset godina.

Brojke iz takvih istraživanja treba, u najboljem slučaju, uzeti kao minimalne procjene. Objavljene brojke mahom se odnose na pacijentice i pacijente koje/i su u klinikama ispunile/i kriterije za teže oblike rodne disforije i ostvarili pristup zdravstvenoj skrbi. U takvim procjenama ne uzima se u obzir pretpostavka da dostupni tretman u određenoj klinici možda nije financijski pristupačan, koristan ili prihvatljiv svima koji/e se u toj sredini smatraju rodno disforičnima. Uzimanjem u obzir samo onih ljudi koji u klinici zatraže neki specifični oblik tretmana, previđa se nepoznati broj osoba s rodnom disforijom.

Ostala klinička opažanja (koja još uvijek nisu potkrijepljena sustavnim istraživanjima) upućuju na višu prevalenciju rodne disforije: (i) Prethodno neprepoznata rodna disforija povremeno je dijagnosticirana pacijentima/cama s anksioznošću, depresijom, zloupotrebom sredstava ovisnosti, disocijalnim poremećajem ličnosti, graničnim poremećajem ličnosti, seksualnim poremećajima i poremećajima u spolnome razvitku (Cole, O'Boyle, Emory i Meyer III, 1997.). (ii) Neke osobe koje se identificiraju kao cross-dresseri, drag queensi/kingsi<sup>7</sup> ili imitatori/ce određenoga roda te neki gejevi i neke lezbijke

---

7 Osobe koje rodnu ulogu i/ili rodno izražavanje, stereotipno povezane sa spolom suprotnim

možda prolaze kroz rodnu disforiju (Bullough i Bullough, 1993). (iii) Intenzitet rodne disforije kod nekih ljudi fluktuiraju ispod i iznad kliničkoga praga (Docter, 1988). (iv) Rodna nenormativnost među FtM osobama u mnogim je kulturama relativno teško uočljiva, posebice zapadnim zdravstvenim djelatnicima/ama i istraživačima/cama koji/e su proveli/e najveći broj istraživanja na kojima se temelje trenutne procjene prevalencije i incidencije (Winter, 2009).

Sve u svemu, postojeći podaci trebaju se uzimati kao polazne točke, a rigoroznija epidemiološka istraživanja, provedena na različitim lokacijama diljem svijeta, uvelike bi koristila zdravstvenoj skrbi.

---

od onoga koji im je pripisan pri rođenju, najčešće preuzimaju iz osobnih, umjetničkih i/ili profesionalnih razloga (op. prev).



## V.

# Pregled terapijskih pristupa rodnoj disforiji

## Napredci u znanju o rodnoj disforiji i njenome tretmanu

Svijest o fenomenu rodne disforije povećala se u drugoj polovici dvadesetoga stoljeća kada su zdravstveni/e djelatnici/e počeli/e ublažavati rodnu disforiju hormonskom i kirurškom prilagodbom primarnih i sekundarnih spolnih karakteristika te prilagodbom rodne uloge. Iako je Harry Benjamin već tada prepoznao da postoji čitav spektar rodne nenormativnosti (Benjamin, 1966), početni klinički pristup mahom se fokusirao na identificiranje prikladnih kandidata/kinja za operaciju prilagodbe spola kako bi se omogućila što potpunija fizička prilagodba od muškoga prema ženskome ili ženskoga prema muškome spolu (npr. Green i Fleming, 1990; Hastings, 1974). Taj je pristup onodobno podvrgnut brojnim evaluacijama i pokazao se iznimno učinkovitim. U istraživanjima se razina zadovoljstva kretala od 87% kod MtF pacijentica do 97% kod FtM pacijenata (Green i Fleming, 1990), a iznimno mali prosjek osoba je požalio svoju odluku (1-1.5% kod MtF pacijentica i <1% kod FtM pacijenata; Pfäfflin, 1993). Pokazalo se, dakle, da su hormonska terapija i kirurški zahvat bili medicinski nužni za ublažavanje rodne disforije kod mnogih ljudi (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba, 2008).

Napredovanjem pružanja skrbi, zdravstveni/e su djelatnici/e uvidjeli/e da, unatoč tome što mnoge osobe trebaju i hormonsku terapiju i kirurške zahvate da bi se ublažila rodna disforija, neke trebaju samo jednu od ovih opcija tretmana, a neke pak nijednu (Bockting i Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Neke osobe, često uz pomoć psihoterapije, vlastite trans- ili inter-rodne osjećaje integriraju u rodnu ulogu koja im je pripisana pri rođenju i nemaju potrebu za feminizacijom ili maskulinizacijom svojih tijela. Drugima je za ublažavanje rodne disforije dovoljna prilagodba rodne uloge i izražavanja. Neki/e pacijenti/ce možda će trebati hormone, možda prilagodbu rodne uloge, ali ne i kirurški zahvat; drugi/e će trebati prilagodbu rodne uloge skupa s kirurškim zahvatom, ali ne i hormone. Ukratko, tretman rodne disforije sve je više individualiziran.

Stasanjem čitave jedne generacije, transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe – od kojih su mnoge uspješno prošle kroz različite terapije – postale su vidljivije kao zajednica i pokazale značajnu raznolikost u svojim rodnim identitetima, ulogama i izražavanju. Neke/i sebe opisuju ne kao rodno nenormativne, već isključivo kao pripadnice i pripadnike drugoga spola (Bockting, 2008). Drugi/e afirmiraju svoj jedinstveni rodni identitet i više se ne smatraju ni muškarcima ni ženama (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Umjesto toga, one/i svoj rodni identitet opisuju specifičnim pojmovima kao što su transrodnost, birodnost ili genderqueer, afirmirajući na taj način svoja jedinstvena iskustva koja nadilaze binarno muško/žensko shvaćanje roda (Bockting, 2008; Ekins i King, 2006; Nestle, Wilchins i Howell, 2002). Oni/e možda ne doživljavaju vlastiti proces afirmacije identiteta kao “tranziciju” jer nikada nisu u potpunosti prigrlili/e rodnu ulogu koja im je pripisana pri rođenju ili zato što vlastiti rodni identitet, ulogu ili izražavanje aktualiziraju na način koji ne podrazumijeva prijelaz iz jedne rodne uloge u drugu. Primjerice, neke mlade osobe koje se identificiraju kao genderqueer svoj rodni identitet i ulogu oduvijek doživljavaju na takav način (kao genderqueer). Veća vidljivost u javnosti i svijest o rodnoj raznolikosti (Feinberg, 1996) stvorile su dodatne prilike za ljude s rodnom disforijom da aktualiziraju određeni identitet i pronađu rodnu ulogu i izražavanje s kojima će biti zadovoljni.

Zdravstveni/e djelatnici/e mogu pomoći rodno disforičnim osobama da afirmiraju svoj rodni identitet, istraže različite opcije za izražavanje toga identiteta i donesu odluke o različitim medicinskim tretmanima za ublažavanje rodne disforije.

## Opcije za psihološki i medicinski tretman rodne disforije

Osobe koje zatraže zdravstvenu skrb zbog rodne disforije mogu razmotriti niz različitih terapijskih opcija. Broj i tip primjenjivih intervencija, kao i njihov redoslijed, mogu varirati od osobe do osobe (npr. Bockting, Knudson i Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green i Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury i Pardo, 2010). Opcije tretmana su:

- prilagodba rodnooga izražavanja i rodne uloge (što može značiti da osoba dio svoga vremena ili čitavo vrijeme živi u drugoj rodnoj ulozi koja je u skladu s njenim rodnim identitetom);
- hormonska terapija za feminizaciju ili maskulinizaciju tijela;

- kirurški zahvat prilagodbe primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika (npr. dojki/prsa, vanjskih i/ili unutarnjih genitalija, crta lica, tjelesne figure);
- psihoterapija (individualna, u paru, s obitelji ili grupna) u svrhu, primjerice, istraživanja rodnoga identiteta, rodne uloge i izražavanja, suočavanja s negativnim utjecajem rodne disforije i stigmatizacije na psihičko zdravlje, ublažavanja internalizirane transfobije, jačanja društvene i vršnjačke podrške, unaprjeđenja doživljaja vlastitoga tijela ili poticanja psihološke otpornosti.

## Opcije za socijalnu podršku i prilagodbe rodnoga izražavanja

Zajedno s prethodno opisanim psihološkim i medicinskim opcijama za tretman (ili kao njihova alternativa), mogu se razmotriti i neke druge opcije za pomoć pri ublažavanju rodne disforije kao što su:

- različiti oblici pružanja podrške uživo ili *online*, određene grupe ili mjesne organizacije koje pružaju prostor za socijalnu podršku i zagovaranje;
- različiti oblici pružanja podrške uživo ili *online* za obitelj te prijateljice i prijatelje;
- glasovna i komunikacijska terapija za razvijanje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina koje doprinose osjećaju zadovoljstva u vlastitome rodnome identitetu;
- uklanjanje dlaka elektrolizom, laserskim tretmanom ili voskom;
- zamatanje grudi ili njihovo podstavljanje, podvlačenje genitalija ili protetički penis, podstavljanje bokova ili stražnjice;
- promjena imena i podatka o spolu na osobnim dokumentima.

# VI.

## Procjena i tretman djece i adolescenata/tica s rodnom disforijom

Postoji niz razlika u fenomenologiji, razvojnome putu i pristupu tretmanu rodne disforije kod djece, adolescentica i adolescenata te odraslih osoba. Kod djece i adolescenata/ica radi se o brzom i dramatičnom razvojnom procesu (fizičkom, psihološkom i spolnom) s nešto fluidnijim i varijabilnijim ishodima, posebice kod predpubertetske djece. Zato se u ovome dijelu *Standarda skrbi* navode specifične kliničke smjernice za procjenu i tretman rodno disforične djece i adolescenata/ica.

### Razlike između djece i adolescenata/ica s rodnom disforijom

Jedna važna razlika između rodno disforične djece i adolescentica/ata jest omjer u kojem se disforija zadržava u odrasloj dobi. Nije nužno da će se rodna disforija iz djetinjstva nastaviti i u odrasloj dobi.<sup>8</sup> Štoviše, u istraživanjima praćenjem predpubertetske djece (većinom dječaka) koja su upućena u klinike za procjenu rodne disforije, disforija se zadržala kod svega 6-23% djece (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker i Bradley 1995). Istraživanja su pokazala da će se takvi dječaci u odrasloj dobi češće samoidentificirati kao gejevi, a rjeđe kao transrodne osobe (Green, 1987; Money i Russo, 1979; Zucker i Bradley, 1995; Zuger, 1984). Novija istraživanja, koja su obuhvatila i djevojčice, pokazuju 12-27% zadržavanja rodne disforije u odrasloj dobi (Drummond, Bradley, Peterson-Badali i Zucker, 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008).

---

8 Rodno nenormativna ponašanja kod djece mogu se nastaviti i u odrasloj dobi, ali takva ponašanja nisu nužno indikacija rodne disforije i potrebe za tretmanom. Kao što je opisano u trećem poglavlju, rodna disforija nije istovjetna različitosti u rodnome izražavanju.

Za razliku od toga, čini se da se rodna disforija puno češće zadržava u odrasloj dobi kada se radi o adolescentima/cama. Ne postoji nijedno službeno prospektivno istraživanje. Međutim, praćenje 70 adolescenata/ica s dijagnozom rodne disforije i propisanim hormonima za odgađanje puberteta pokazuje da su svi/e oni/e, nakon feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije, obavili/e operaciju prilagodbe spola (de Vries, Steensma, Doreleijers i Cohen-Kettenis, 2010).

Još jedna razlika između rodno disforične djece i adolescenata/ica jest omjer spolova u dobnim skupinama. Kod rodno disforične djece upućene u kliniku, a mlađe od 12 godina, omjer muškoga i ženskoga spola kreće se od 6:1 do 3:1 (Zucker, 2004). Kod rodno disforičnih adolescenata/ica upućenih u kliniku, omjer muškoga i ženskoga spola bliži je 1:1 (Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2003).

Kao što je već izloženo u poglavlju IV te kod Zuckera i Lawrencea (2009), službena epidemiološka istraživanja rodne disforije kod djece, adolescenata/ica i odraslih su manjkava. Za preciznije procjene o prevalenciji rodne disforije i njenom zadržavanju u različitim svjetskim populacijama potrebna su dodatna istraživanja.

## Fenomenologija kod djece

Već i dvogodišnja djeca mogu pokazivati karakteristike koje mogu indicirati rodnu disforiju. Djeca mogu izraziti želju da pripadaju drugom spolu i biti nezadovoljna svojim fizičkim spolnim karakteristikama i funkcijama. Mogu, nadalje, preferirati odjeću, igračke i igre koje se uvriježeno povezuju s drugim spolom i preferirati igru s vršnjacima/kinjama drugoga spola. Čini se da su sve te karakteristike heterogene: neka djeca pokazuju ekstremno rodno nenormativno ponašanje i želje, praćene ustrajnim i teškim nezadovoljstvom vlastitim primarnim spolnim karakteristikama. Kod druge su djece te karakteristike slabije izražene ili samo djelomično prisutne (Cohen-Kettenis i sur., 2006; Knudson, De Cuyper i Bockting, 2010a).

Rodno disforična djeca relativno često imaju komorbiditetne internalizirane poremećaje kao što su anksioznost i depresija (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley i Zucker, 2003; Wallien, Swaab i Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley i Ameeriar, 2002). Čini se da je prevalencija poremećaja iz autističnoga spektra viša kod rodno disforične djece upućene u kliniku nego kod opće populacije (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Bersckelaer-Onnes i Doreleijers, 2010).

## Fenomenologija kod adolescenata/ica

Kod većine djece rodna disforija će se povući prije puberteta ili u njegovom ranom periodu. Međutim, kod neke će se djece ti osjećaji samo intenzivirati, a averzija prema vlastitome tijelu će se razviti ili pojačati kad postanu adolescentima/cama i kada im se razviju sekundarne spolne karakteristike (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2003; Drummond i sur., 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008; Zucker i Bradley, 1995). Podaci iz jednoga istraživanja ukazuju na povezanost izraženije rodne nenormativnosti u djetinjstvu sa zadržavanjem rodne disforije u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi (Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Međutim, mnogo adolescenata/ica i odraslih osoba koji/e zatraže skrb zbog rodne disforije nemaju povijest rodno nenormativnog ponašanja u djetinjstvu (Docter, 1988; Landén, Wålinder i Lundström, 1998). Stoga se ljudi u njihovoj okolini (roditelji, ostali/e članovi/ce obitelji, prijatelji/ce i pripadnici/e zajednice) mogu iznenaditi kada se rodna disforija neke mlade osobe počne manifestirati tek u adolescenciji.

Adolescenti/ce koji/e svoje primarne i/ili sekundarne spolne karakteristike i spol koji im je pripisan pri rođenju doživljavaju kao nešto što se ne poklapa s njihovim rodnom identitetom mogu biti pod snažnim stresom. Mnogi/e rodno disforični/e adolescenti/ce, ali ne svi/e, izražavaju snažnu želju za hormonima i kirurškim zahvatima. Sve je veći broj adolescenata/ica koji život u željenoj rodnoj ulozi započinju upisom u srednju školu (Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2003).

Od adolescenata/ica koji/e su upućeni u klinike za rodni identitet, broj onih koje se smatra podobnima za rani medicinski tretman – koji počinje GnRH analogima za odgodu puberteta u prvim stadijima Tannerove skale – razlikuje se od zemlje do zemlje i od klinike do klinike. Tretman odgode puberteta nije dostupan u svim klinikama. Ako je takav tretman dostupan, stadij puberteta u kojem je adolescentima/cama dozvoljeno da s njim započnu varira od stadija 2 do stadija 4 po Tannerovoj skali (Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006; Zucker i sur., 2012). Postotak tretiranih adolescenata/ica može ovisiti o načinu organizacije zdravstvene zaštite, čimbenicima vezanim uz zdravstveno osiguranje, kulturnim razlikama, mišljenju zdravstvenih djelatnika/ca i dostupnim dijagnostičkim procedurama u različitim sredinama.

Neiskusni/e kliničari/ke mogu indikacije rodne disforije zamijeniti za deluzije. Fenomenološki gledano, između prezentacije rodne disforije i prezentacije deluzija ili drugih psihotičnih simptoma postoji kvalitativna razlika. Velika većina djece i adolescenata/tica s rodnom disforijom ne pati od pozadinskih teških psihijatrijskih bolesti kao što su psihotični poremećaji

(Steensma, Biemond, de Boer i Cohen-Kettenis, objavljeno *online* prije tiskane verzije 7. 1. 2011.).

Adolescenti/ce s rodnom disforijom puno će češće imati komorbiditetne internalizirane poremećaje kao što su anksioznost i depresija i/ili eksternalizirane poremećaje kao što je poremećaj ponašanja s prkošenjem i suprotstavljanjem (de Vries i sur., 2010). Kao i kod djece, čini se da je prevalencija poremećaja iz autističnog spektra viša kod rodno disforičnih adolescenata/ica upućenih u kliniku nego kod opće populacije (de Vries i sur., 2010).

## Kompetencije stručnjaka/inja za psihičko zdravlje koji/e rade s djecom ili adolescentima/cama s rodnom disforijom

U nastavku slijedi preporučeni minimum kompetencija za stručnjake/inje za psihičko zdravlje koji/e procjenjuju, upućuju i pružaju terapiju djeci i adolescentima/cama kod kojih je prisutna rodna disforija:

- 1) Moraju zadovoljavati zahtijevanu razinu kompetencije za stručnjaka/inju za psihičko zdravlje za rad s odraslima, na način opisan u poglavlju VII.
- 2) Moraju biti educirani/e na polju razvojne psihopatologije u djetinjstvu i adolescentskoj dobi.
- 3) Moraju biti kompetentni/e u dijagnosticiranju i tretiranju uobičajenih problema djece i adolescenata/ica.

## Uloge stručnjaka/inja za psihičko zdravlje u radu s djecom i adolescentima/cama s rodnom disforijom

Uloge stručnjaka/inja za psihičko zdravlje u radu s djecom i adolescentima/cama s rodnom disforijom su:

- 1) izravno procijeniti rodnu disforiju kod djece i adolescenata/ica (vidi niže navedene opće smjernice za procjenu);
- 2) pružiti obiteljsko savjetovanje i psihoterapiju podrške da bi se djeci

i adolescentima/cama pomoglo u istraživanju njihovoga rodnoga identiteta te ublažio stres povezan s rodnom disforijom i sve ostale eventualne psihosocijalne teškoće;

- 3) procijeniti i tretirati sve eventualne komorbiditetne psihičke smetnje kod djece i adolescenata/ica (ili ih uputiti na tretman nekom/oj drugom/oj stručnjaku/inji za psihičko zdravlje), pri čemu je potrebno baviti se takvim tegobama u sklopu cjelovitoga plana tretmana;
- 4) uputiti adolescente/ice na dodatne fizičke intervencije (kao što su hormoni za odgodu puberteta) da bi se ublažila rodna disforija. Uputnici bi trebalo priložiti pisanu procjenu rodne disforije i psihičkoga zdravlja, dokument o prikladnosti adolescenta/ice za fizičke intervencije (niže ukratko objašnjeno), navesti relevantnu ekspertizu stručnjaka/inje za psihičko zdravlje te sve ostale podatke koji se tiču adolescentovoga/ičinoga zdravlja i upućivanja na specifične tretmane;
- 5) zalagati se za rodno disforičnu djecu, adolescente/ice i njihove obitelji te educirati o rodnoj disforiji u njihovoj zajednici (npr. vrtićima, školama, kampovima i drugim organizacijama). To je posebice važno zbog dokaza o tome da djeca i adolescenti/ce koji se ne uklapaju u društveno propisane rodne norme mogu iskusiti uznemiravanje u školi (Grossman, D'Augelli i Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell i Hubbard, 2006; Sausa, 2005) što ih izlaže opasnosti od društvene izolacije, depresije i drugih negativnih posljedica;
- 6) pružati djeci, mladima i njihovim obiteljima informacije o vršnjačkim grupama podrške i uputiti, primjerice, roditelje na grupe podrške za roditelje rodno nenormativne i transrodne djece (Gold i MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).
- 7) Procjene i psihosocijalne intervencije za djecu i adolescente/ice često se pružaju u sklopu multidisciplinarnih specijaliziranih usluga koje se bave rodnim identitetima. Ako takve multidisciplinarne usluge nisu dostupne, stručnjak/inja za psihičko zdravlje treba pružiti savjetovanje te u suradnji s dječjim/om endokrinologom/injom dati procjenu te educirati i sudjelovati u svakoj odluci koja se tiče fizičkih intervencija.
- 8) Psihološka procjena djece i adolescenata/ica



- 9) Kada procjenjuju djecu i adolescente/ice s rodnom disforijom, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi se pridržavati sljedećih smjernica:
- 10) Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje ne bi smjeli/e izražavati negativan stav i ne uvažavati nenormativni rodni identitet ili indikacije rodne disforije. Trebale/i bi uvažiti tegobe djece, adolescenata/ica i njihovih obitelji, pružiti detaljnu procjenu rodne disforije i eventualnih komorbiditetnih psihičkih smetnji te educirati svoje klijentice i klijente i njihove obitelji o opcijama terapije, ako je terapija potrebna. Prihvatanje i ohrabivanje iskrenosti mogu u velikoj mjeri pružiti rasterećenje rodno disforičnoj djeci/adolescentima/cama i njihovim obiteljima.
- 11) Pri procjenjivanju rodne disforije i psihičkoga zdravlja trebalo bi istražiti narav i karakteristike djetetovog ili adolescentovoga/ičinoga rodnoga identiteta te obaviti psihodijagnostičku i psihijatrijsku procjenu koja pokriva područja emocionalnoga funkcioniranja, odnose s vršnjacima i druge socijalne odnose te intelektualno funkcioniranje/uspjeh u školi. U procjenu bi valjalo uvrstiti i evaluaciju jačih i slabijih strana funkcioniranja obitelji. Relativno su česti emocionalni problemi i problemi u ponašanju, a mogu biti prisutni i neriješeni problemi u djetetovom ili adolescentovom/ičinom okruženju (de Vries, Doreleijers, Steensma i Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie i Thümmel, 2006; Wallien i sur., 2007).
- 12) Za trajanja procjene specifično adolescenata/ica valjalo bi njih i njihove obitelji informirati o mogućnostima i ograničenjima različitih tretmana. To je neophodno kako bi se dao informirani pristanak, ali važno je i za samu procjenu. Način na koji adolescent/ica reagira na informacije o realnosti prilagodbe spola može biti dijagnostički informativan. Točna informacija može i promijeniti želju mlade osobe za određenim tretmanom ako je ta želja bila utemeljena na nerealnim očekivanjima od samoga tretmana.

## Psihološke i društvene intervencije za djecu i adolescente/ice

Kada pružaju podršku i tretman djeci i adolescentima/cama s rodnom disforijom, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi se pridržavati sljedećih smjernica:

- 1) Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi pomoći obiteljima da uvažavaju i ublažavaju probleme svoje rodno disforične djece ili adolescenata/ica. Obitelji igraju važnu ulogu u psihološkome zdravlju i dobrobiti mladih osoba (Brill i Pepper, 2008; Lev, 2004). To također vrijedi za vršnjake/inje i mentore/ice iz zajednice jer i oni mogu biti izvor socijalne podrške.
- 2) Psihoterapija bi se trebala fokusirati na ublažavanje djetetovog ili adolescentovoga/ičinoga stresa povezanoga s rodnom disforijom te ublažavanje eventualnih ostalih psihosocijalnih teškoća. Mladim osobama koje poduzimaju prilagodbu spola, psihoterapija može pružati podršku prije, za vrijeme i nakon zahvata. O različitim psihoterapijskim pristupima takvoj situaciji nema objavljenih službenih evaluacija, ali u literaturi je opisano nekoliko metoda savjetovanja (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis i Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie i Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica i Johnson, 2010; Malpas, u tisku; Menvielle i Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).
- 3) U prošlosti se ljude znalo podvrgavati tretmanu kojim se pokušavalo prilagoditi rodni identitet i izražavanje kako bi se više podudarali sa spolom koji je osobi pripisan pri rođenju, ali takvi su se tretmani pokazali neuspješnima (Gelder i Marks, 1969; Greenson, 1964), posebice dugoročno (Cohen-Kettenis i Kuiper, 1984; Pauly, 1965), i danas se smatraju neetičnima.
- 4) Obiteljima treba pružati podršku u njihovome suočavanju s nesigurnostima i tjeskobom kada je posrijedi psihološki aspekt spolnosti njihove djece. Treba ih podupirati i u pomaganju mladim osobama da razviju pozitivnu sliku o sebi.
- 5) Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje ne bi smjeli/e nametati binarno shvaćanje roda. Trebali/e bi svojim klijentima/cama ostaviti dovoljno prostora da sami/e istraže različite opcije rodnoga izražavanja.

Hormonske i kirurške intervencije prikladne su za neke adolescente/ice, dok za neke druge nisu.

- 6) Kljentima/cama i njihovim obiteljima treba pružati podršku pri donošenju teških odluka o razmjeru u kojem je kljentima/cama dozvoljeno da izražavaju onu rodnu ulogu koja je konzistentna s njihovim rodnim identitetom, kao i pri određivanju vremenskog okvira za tijek prilagodbe rodne uloge i tijekom eventualne socijalne tranzicije. Primjerice, kljent/ica može odlaziti u školu dok djelomično prolazi kroz socijalnu tranziciju (primjerice, načinom odijevanja ili frizurom koji odražavaju rodni identitet) ili kroz nju prolazi u potpunosti (primjerice, korištenjem imena i zamjenica sukladnih njegovom/njezinom rodnom identitetu). Neka od složenijih pitanja su trebaju li i u kojem trenutku drugi ljudi biti informirani o kljentovoj/ičnoj situaciji te kako će ljudi u njihovim životima reagirati.
- 7) Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi pružati podršku svojim kljentima/cama i njihovim obiteljima kao edukatori/ce i zagovornici/e u interakciji s članovima/cama njihove zajednice i autoritetima poput nastavnoga osoblja, školskih odbora i sudova.
- 8) Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi težiti održavanju terapijskoga odnosa s rodno nenormativnom djecom i adolescentima/cama i njihovim obiteljima tijekom svake od socijalnih prilagodbi ili fizičkih intervencija. Time se osigurava pažljivo i promišljeno donošenje svake odluke o rodnome izražavanju i tretmanu rodne disforije bude. Isti argument vrijedi i u slučaju ako je dijete ili adolescent/ica socijalno prilagodio/la svoju rodnu ulogu prije razgovora sa stručnjakom/injom za psihičko zdravlje.

## Socijalna tranzicija u ranome djetinjstvu

Neka djeca izraze želju za socijalnom tranzicijom u drukčiju rodnu ulogu puno prije puberteta. Nešto djeci to može značiti izražavanje vlastitoga rodnoga identiteta. Druga će djeca na takav korak biti motivirana nekim drugim razlozima. Obitelji se međusobno razlikuju po razmjeru u kojem dopuštaju svojoj djeci da poduzmu socijalnu tranziciju u drukčiju rodnu ulogu. U nekim se obiteljima socijalna tranzicija uspješno odvija u ranome djetinjstvu. Posrijedi je kontroverzno pitanje o kojem zdravstveni/e djelatnici/e imaju oprečna

mišljenja. Postojeći dokazi su nedovoljni za predviđanje dugoročnih ishoda tranzicije u drukčiju rodnu ulogu koja je dovršena tijekom ranoga djetinjstva. Istraživanje ishoda kod djece koja su u ranoj dobi dovršila socijalnu tranziciju uvelike bi utjecalo na buduće kliničke preporuke.

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu pomoći obiteljima pri odlučivanju o vremenskome okviru i samome odvijanju prilagodbi rodne uloge njihove djece. Trebali/e bi roditeljima pružati informacije i pomagati im da razmotre potencijalne prednosti i nedostatke svake pojedine odluke. U tome je pogledu važna ranije opisana relativno niska stopa zadržavanja rodne disforije iz djetinjstva u odrasloj dobi (Drummond i sur., 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Povratak u prvotnu rodnu ulogu može osobu izložiti snažnom stresu te čak rezultirati i time da samo dijete odgodi tu drugu socijalnu tranziciju (Steensma i Cohen-Kettenis, 2011). Zbog toga bi roditelji trebali prilagodbu rodne uloge predstaviti kao jedno istraživanje života u drukčijoj rodnoj ulozi, a ne kao ireverzibilnu situaciju. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu pomoći roditeljima da dođu do nekih srednjih rješenja ili kompromisa (npr. prilagodba rodne uloge samo tijekom praznika). Također je važno da roditelji djeci eksplicitno daju do znanja da je moguć povratak u originalnu rodnu ulogu.

Stručnjaci/kinje trebaju savjetovati i podupirati obitelj prilikom razmatranja opcija i implikacija tranzicije bez obzira na to kakvu će odluku obitelj donijeti (određivanje vremenskog okvira i razmjera tranzicije). U slučaju da roditelji svojoj djeci ne dopuste prijelaz iz jedne rodne uloge u drugu, možda će im biti potrebno savjetovanje o načinu na koji mogu brižno i nježno ostvariti potrebe svoje djece osiguravši im mogućnost da rodne osjećaje i ponašanje istraže u sigurnome okruženju. U slučaju da roditelji svojoj djeci dopuste prijelaz iz jedne rodne uloge u drugu, možda će im biti potrebno savjetovanje o načinu na koji mogu to iskustvo učiniti pozitivnim za djecu. Primjerice, možda će im trebati podrška oko upotrebe ispravnih zamjenica, u stvaranju okruženja koje je sigurno i ispunjeno podrškom za njihovu djecu (primjerice, u školi i vršnjačkome okruženju) te u komunikaciji s drugim ljudima iz života njihovoga djeteta. U svakome slučaju, jednom kada se dijete počne približavati pubertetskoj dobi, bit će potrebne daljnje procjene jer će na važnosti dobivati i opcije različitih fizičkih intervencija.

## Fizičke intervencije kod adolescenata/ica

Prije razmatranja bilo kakvih fizičkih intervencija za adolescente/ice, trebaju se detaljno ispitati sva psihološka, obiteljska i socijalna pitanja na već ranije opisani način. Trajanje toga ispitivanja može značajno varirati od situacije do situacije, ovisno o stupnju njihove složenosti.

Fizičke intervencije trebalo bi sagledati u kontekstu adolescentskoga razvoja. Adolescenti/ce mogu čvrsto držati do nekih uvjerenja o svome identitetu i gorljivo ih izražavati te pritom stvoriti lažni dojam da su ta uvjerenja nepromjenjiva. Pomak adolescenata/ica prema rodnoj normativnosti može se dogoditi u prvome redu zbog toga što žele zadovoljiti svoje roditelje, što znači da takav pomak nije nužno ni trajan ni odraz neke dugoročne promjene u rodnoj disforiji (Hembree i sur., 2009; Steensma i sur., objavljeno *online* prije tiskane verzije 7. siječnja 2011).

Fizičke intervencije za adolescente/ice razvrstavaju se u tri kategorije ili stadija (Hembree i sur., 2009):

- 1) *Potpuno reverzibilne intervencije.* U njih se ubraja primjena GnRH analoga da bi se suzbila proizvodnja estrogena ili testosterona i da bi se na taj način odgodile fizičke promjene vezane uz pubertet. Druge opcije tretmana uključuju progesterone (najčešće medroksiprogesteron) ili druge lijekove (kao što je spironolakton) koji smanjuju učinke androgena što ih izlučuju testisi adolescenata koji ne primaju GnRH analoge. Kontinuiranom primjenom oralnih kontraceptiva (ili depo medroksiprogesteronom) može se zaustaviti menstruacija.
- 2) *Djelomično reverzibilne intervencije.* U njih se ubraja hormonska terapija kojom se tijelo maskulinizira ili feminizira. Zbog nekih prilagodbi djelovanju hormona može biti potrebna rekonstruktivna kirurgija da bi se efekt obrnuo (npr. ginekomastija uzrokovana estrogenom), dok neke prilagodbe nisu reverzibilne (npr. produbljenje glasa uzrokovano testosteronom).
- 3) *Ireverzibilne intervencije.* Riječ je o kirurškim zahvatima.

Preporuča se proces od nekoliko stadija kako bi opcije tijekom prva dva stadija ostale otvorene. S jednoga na drugi stadij ne bi se smjelo prelaziti dok se ne osigura dovoljno vremena adolescentima/icama i njihovim roditeljima da u potpunosti prihvate učinke prethodnih intervencija.

## Potpuno reverzibilne intervencije

Adolescenti/ce mogu biti prikladni/e za hormone koji odgađaju pubertet čim nastupe promjene uzrokovane pubertetom. Da bi adolescenti/ce i njihovi roditelji mogli donijeti informiranu odluku o odgađanju puberteta, preporuča se da adolescenti/ce prođu kroz početak puberteta barem do stadija 2 po Tannerovoj skali. Neka će djeca do tih stadija doći u vrlo ranoj dobi (primjerice, s navršениh 9 godina). Dosadašnja istraživanja koja su evaluirala takav pristup bavila su se samo djecom koja su navršila barem 12 godina (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries i Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma i sur., 2010; Delamare-van de Waal, van Weissenbruch i Cohen-Kettenis, 2004; Delamare-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006).

Dva cilja opravdavaju intervenciju hormonima za odgodu puberteta: (i) njihovom se primjenom adolescentima/cama pruža više vremena za istraživanje svoje rodne nenormativnosti i drugih razvojnih pitanja; i (ii) njihova primjena može olakšati tranziciju jer prevenira razvoj spolnih obilježja koja je teško ili nemoguće obrnuti ako se adolescent/ica odluči za operaciju prilagodbe spola.

### Kriteriji za hormone za odgađanje puberteta

Da bi adolescenti/ce mogli/e primati hormone za odgađanje puberteta, potrebno je zadovoljiti minimalno sljedeće kriterije:

- 1) Adolescent/ica pokazuje dugotrajan i intenzivan obrazac rodne nenormativnosti ili rodne disforije (bilo da taj obrazac potiskuje ili izražava).
- 2) Rodna disforija se pojavila ili pogoršala početkom puberteta.
- 3) Svi komorbiditetni psihološki, medicinski ili socijalni problemi koji bi mogli ometati tretman (npr. problemi koji bi mogli kompromitirati dosljedno provođenje tretmana) riješeni su na takav način da je situacija u kojoj se adolescent/ica nalazi dovoljno stabilna za početak tretmana.
- 4) Adolescent/ica je dao/la svoj informirani pristanak i, napose u slučaju kada adolescent/ica nije još dosegao/la dob za informirani pristanak, roditelji ili drugi/e skrbnici/e ili odgovorne osobe dali/e su svoj pristanak na tretman te pružaju podršku adolescentu/ici kroz čitavo trajanje tretmana.

## Režimi, praćenje i rizici odgađanja puberteta

Da bi se pubertet odgodio, adolescente/ice s muškim genitalijama trebalo bi tretirati s GnRH analogima koji zaustavljaju izlučivanje luteinizirajućega hormona, pa stoga i izlučivanje testosterona. Druga opcija je tretiranje progestinima (kao što je medroksiprogesteron) ili drugim lijekovima koji blokiraju izlučivanje testosterona i/ili neutraliziraju djelovanje testosterona. Adolescente/ice sa ženskim genitalijama trebalo bi tretirati s GnRH analogima koji zaustavljaju proizvodnju estrogena i progesterona. Druga opcija je tretiranje progestinima (kao što je medroksiprogesteron). Menstruacija se može zaustaviti kontinuiranom primjenom oralnih kontraceptiva (ili depo medroksiprogesterona). Kod obje skupine adolescenata/ica, primjena GnRH analoga predstavlja najbolju metodu tretmana (Hembree i sur., 2009), ali zbog visoke cijene, analozi mogu biti nedostupni nekim pacijenticama i pacijentima.

Tijekom odgode puberteta, adolescentov/ičin fizički razvoj potrebno je detaljno pratiti – najbolje bi bilo da praćenje obavlja dječji/a endokrinolog/inja – kako bi se mogle obaviti sve eventualno nužne intervencije (npr. postići adekvatna tjelesna visina koja odgovara određenome rodu ili poboljšati niska razina mineralne gustoće kostiju uzrokovana tretmanom) (Hembree i sur., 2009).

Ranom primjenom hormona za suzbijanje puberteta moguće je učinkovitije izbjeći negativne socijalne i emocionalne posljedice rodne disforije nego s njihovom kasnijom primjenom. Intervencije u ranoj adolescenciji trebale bi se, kada god je to moguće, obavljati uz savjet dječjega/e endokrinologa/inje. Adolescente/ice s muškim genitalijama koji/e u ranom pubertetu počnu s primjenom GnRH analoga potrebno je informirati da zbog toga možda neće biti dovoljno tkiva penisa za vaginoplastiku inverzijom penisa (dostupne su druge tehnike poput presađivanja kože ili crijevnoga tkiva).

Ni odgoda puberteta ni dopuštanje da se pubertet odvije nisu neutralni činovi. S jedne strane, kasnije funkcioniranje u životu može biti ugroženo zbog razvoja ireverzibilnih sekundarnih spolnih karakteristika tijekom puberteta i višegodišnjega iskustva intenzivne rodne disforije. S druge strane, postoji zabrinutost oko negativnih fizičkih nuspojava kod primjene GnRH analoga (npr. na razvoj kostiju i visinu). Iako prvi rezultati toga pristupa (utvrđeno na adolescentima/icama koji su praćeni tijekom 10 godina) obećavaju (Cohen-Kettenis i sur., 2011; Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006), dugoročni učinci moći će se utvrditi tek kada pacijenti i pacijentice koji su prvi tretirani dosegnu prikladnu dob.

## Djelomično reverzibilne intervencije

Adolescentice i adolescenti mogu biti prikladni za početak feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije, najbolje bi bilo uz roditeljski pristanak. U mnogim se zemljama šesnaestogodišnjaci/kinje smatraju zakonski odraslim osobama prilikom medicinskog odlučivanja i kao takve/i ne trebaju roditeljski pristanak. U idealnome slučaju, odluke oko tretmana donose zajednički adolescent/ica, obitelj i liječnički tim.

Režimi hormonske terapije kod rodno disforičnih adolescenata/tica značajno se razlikuju od režima hormonske terapije za odrasle osobe (Hembree i sur., 2009). Režimi hormonske terapije za mlade prilagođeni su tjelesnome, emocionalnome i psihičkome razvoju koji se odvija tijekom adolescencije (Hembree i sur., 2009).

## Ireverzibilne intervencije

Genitalna se kirurgija ne bi smjela izvoditi sve dok (i) pacijent/ica ne dosegne punoljetnost kako bi mogao/la dati svoj pristanak na medicinsku proceduru u danoj zemlji, i (ii) dok pacijent/ica nije najmanje 12 mjeseci kontinuirano živio/živjela u rodnoj ulozi koja se poklapa s njegovim/njenim rodnom identitetom. Dobnu granicu ne smije se smatrati indikacijom za aktivnu intervenciju, već minimalnim kriterijem za njeno razmatranje.

Kirurški zahvat na prsima kod FtM pacijenata/tica može se izvesti ranije, najbolje nakon što je osoba dovoljno vremena živjela u željenoj rodnoj ulozi i godinu dana primala testosteron. Namjera je takvim redoslijedom pružiti adolescentu/ici dovoljno vremena da iskusi i socijalno se prilagodi muževnijoj rodnoj ulozi prije negoli se podvrgne ireverzibilnoj kirurgiji. Međutim, i neki drukčiji pristupi mogu biti prikladni, a sve ovisi o specifičnoj kliničkoj situaciji adolescenta/ice i ciljevima koje on/a želi ostvariti u svome rodnome izražavanju.



## Rizici povezani uz uskraćivanje medicinskoga tretmana adolescentima/icama

Odbijanje da se medicinske intervencije pruže adolescentima/cama na vrijeme može produžiti rodnu disforiju i pridonijeti fizičkome izgledu zbog kojega osoba može biti zlostavljana i stigmatizirana. Budući da je razina zlostavljanja na osnovi roda čvrsto povezana sa stupnjem psihološkoga stresa tijekom adolescencije (Nuttbrock i sur., 2010), uskraćivanje odgode puberteta, a posljedično i feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije, nikako nije neutralna opcija za adolescente/ice.

## VII.

# Psihičko zdravlje

Transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe mogu pomoć stručnjaka/inje za psihičko zdravlje potražiti iz čitavoga niza razloga. Bez obzira na povod zbog kojeg je osoba zatražila skrb, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje moraju biti upoznati/e s rodnom nenormativnošću, u radu se oslanjati na prikladne kulturne kompetencije te skrb pružati brižno i osjetljivo.

U ovome dijelu *Standarda skrbi* fokus će biti na ulozi stručnjaka/inja za psihičko zdravlje u skrbi o odraslim osobama koje zatraže pomoć zbog rodne disforije i s njom povezanih tegoba. Stručnjaci/kinje koji/e rade s rodno disforičnom djecom, adolescentima/cama i njihovim obiteljima trebali/e bi savjete potražiti u 4. poglavlju.

## Kompetencije stručnjaka/inja za psihičko zdravlje koji/e rade s odraslim osobama s rodnom disforijom

Edukacija stručnjaka/inja za psihičko zdravlje, osposobljenih za rad s rodno disforičnim odraslim osobama, počiva na temeljnoj općoj kliničkoj kompetenciji za procjenjivanje, postavljanje dijagnoze i tretman psihičkih smetnji. Klinička edukacija može se odviti u bilo kojoj disciplini koja priprema stručnjake/inje za kliničku praksu, kao što su psihologija, psihijatrija, socijalni rad, psihološko savjetovanje, bračna i obiteljska terapija, sestrinska skrb ili obiteljska medicina s dodatnom edukacijom iz područja bihevioralnog zdravlja i savjetovanja. Slijede minimalni preporučeni uvjeti za stručnjake/inje za psihičko zdravlje koji/e rade s odraslim osobama s rodnom disforijom:

- 1) završen diplomski (ili ekvivalentni) studij iz područja kliničke bihevioralne znanosti. Diplomom toga ili višega stupnja izdaje institucija koju je akreditiralo službeno nacionalno ili regionalno vijeće za akreditaciju. Stručnjak/inja za psihičko zdravlje treba imati certifikat o ispunjenim uvjetima koji dodjeljuje nadležna komisija za izdavanje odobrenja za samostalan rad ili ekvivalent takvoj komisiji u danoj zemlji;

- 2) kompetentnost u korištenju *Dijagnostičkoga i statističkoga priručnika za duševne poremećaje i/ili Međunarodnu klasifikaciju bolesti* u dijagnostičke svrhe;
- 3) sposobnost prepoznavanja i dijagnosticiranja komorbiditetnih psihičkih smetnji te njihovoga razlikovanja od rodne disforije;
- 4) potvrdu o mentoriranome treningu i kompetencijama u psihoterapiji ili savjetovanju;
- 5) informiranost o rodno nenormativnim identitetima i izražavanju te o procjeni i tretmanu rodne disforije;
- 6) kontinuirano educiranje u procjenjivanju i tretmanu rodne disforije. Time se podrazumijeva sudjelovanje na relevantnim strukovnim okupljanjima, radionicama ili seminarima; odobreno mentorstvo iskusnoga/e stručnjaka/inje za psihičko zdravlje; ili sudjelovanje u istraživanju koje se bavi rodnom nenormativnošću i rodnom disforijom.

Uz navedene minimalne uvjete, preporuča se da stručnjak/inja za psihičko zdravlje također razvija i održava kulturne kompetencije koje mu/joj pomažu u radu s transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim klijenticama i klijentima. To znači da se, primjerice, stručnjak/inja za psihičko zdravlje informira o recentnim pitanjima koja su bitna klijentima/cama i njihovim obiteljima koja se tiču zajednice, zagovaranja i javnih politika. Također, važno je i znanje o seksualnosti i spolnome zdravlju te upućenost u procjenu i tretman spolnih poremećaja.

Novi stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje na tome polju (bez obzira na razinu njihovoga obrazovanja i druga iskustva) trebali/e bi raditi pod nadzorom stručnjaka/inje za psihičko zdravlje s dokazanim kompetencijama u procjeni i tretmanu rodne disforije.

## Zadaci stručnjaka/inja za psihičko zdravlje koji/e rade s odraslim osobama s rodnom disforijom

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu biti na raspolaganju transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama te njihovim obiteljima na mnogo načina, ovisno o klijentovim/ičinim potrebama. Primjerice,

stručnjak/inja za psihičko zdravlje može biti svom klijentu/ici psihoterapeut/kinja, savjetnik/ca ili obiteljski/a terapeut/kinja, dijagnostičar/ka, zagovornik/ca ili edukator/ica.

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi utvrditi razloge zbog kojih je njihov/a klijent/ica zatražio/la profesionalnu pomoć. Primjerice, klijent/ica može tražiti bilo koju kombinaciju zdravstvenih usluga: psihoterapijsku pomoć u istraživanju rodnoga identiteta i izražavanja ili pomoć tijekom procesa autanja<sup>9</sup>, procjenu i upućivanje na medicinske intervencije za feminizaciju/maskulinizaciju, pružanje psihološke podrške za članice i članove obitelji (partnere/ice, djecu, proširenu obitelj), psihoterapiju koja se ne tiče rodnih pitanja te druge profesionalne usluge.

Slijede opće smjernice za uobičajene zadatke koje će stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje morati obaviti u svome radu s odraslim osobama s rodnom disforijom.

## Zadaci vezani uz procjenu i upućivanje

### 1) Procjena rodne disforije

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje procjenjuju rodnu disforiju svojih klijenata/ica u kontekstu evaluacije njihove psihosocijalne prilagodbe (Bockting i sur., 2006; Lev, 2004, 2009). Evaluacija podrazumijeva minimalno procjenu rodnoga identiteta i rodne disforije, povijest i razvoj rodno disforičnih osjećaja, utjecaj stigme pripisane rodnoj nenormativnosti na psihičko zdravlje te dostupnost obiteljske, prijateljske i vršnjačke podrške (primjerice, pružanje podrške uživo ili *online* kontaktom s drugim transpolnim, transrodnim ili rodno nenormativnim osobama ili grupama). Rezultat evaluacije može biti izostanak dijagnoze, zatim postavljanje službene dijagnoze koja se tiče rodne disforije i/ili postavljanje nekih drugih dijagnoza koje opisuju aspekte klijentovoga/ičinoga zdravlja i psihosocijalne prilagodbe. Na stručnjaku/inji za psihičko zdravlje je da utvrdi je li rodna disforija sekundarna u odnosu na neke druge dijagnoze ili njima točnije obuhvaćena.

---

9 Autanje (engl. *coming out*): proces tijekom kojega osoba informira obiteljsku, prijateljsku, profesionalnu i/ili širu okolinu i javnost o svojem rodnome identitetu, rodnoj ulozi i/ili spolnoj orijentaciji (op. prev.).

Stručnjaci/kinje koji/e posjeduju sve ranije navedene kompetencije (u nastavku teksta: “kvalificirani/e stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje”) najbolje su pripremljeni/e za procjenjivanje rodne disforije. Međutim, taj zadatak mogu obaviti i zdravstveni/e djelatnici/e drugoga profila koji/e su educirani/e u području bihevioralnoga zdravlja i kompetentni/e za procjenu rodne disforije, tim više ako su članovi/ice multidisciplinarnoga stručnoga tima za pružanje feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Takav/va stručnjak/inja može biti osoba koja samostalno ili kao član/ica zdravstvenoga tima propisuje i pruža hormonsku terapiju.

## **2) Pružanje informacija koje se tiču opcija rodnooga identiteta i izražavanja te mogućih medicinskih intervencija**

Važan zadatak stručnjaka/inja za psihičko zdravlje jest educirati klijente/ice o raznolikosti rodnooga identiteta i izražavanja te o različitim opcijama koje imaju na raspolaganju za ublažavanje rodne disforije. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje zatim mogu pomagati u procesu u kojem klijenti/ice istražuju te različite opcije (ili ih uputiti nekom drugome) s ciljem pronalaženja rodne uloge i izražavanja kojima će biti zadovoljni/e i postati spremni/e da donesu potpuno informiranu odluku o medicinskim intervencijama koje im stoje na raspolaganju, ako su te intervencije potrebne. Tijekom ovoga procesa osobu se može uputiti na individualnu, obiteljsku ili grupnu terapiju i/ili na grupe vršnjačke podrške. Stručnjak/inja i klijent/ica raspravljaju i o kratkoročnim i o dugoročnim implikacijama svake prilagodbe rodne uloge i svakoj upotrebi medicinskih intervencija. Te implikacije mogu biti psihološke, socijalne, fizičke, seksualne, profesionalne, financijske i pravne (Bockting i sur., 2006; Lev, 2004).

I ovaj zadatak najbolje će obaviti kvalificirani/e stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje, ali mogu ga obaviti i zdravstveni/e djelatnici/e educirani/e u području bihevioralnoga zdravlja koji/e su dovoljno informirani/e o rodno nenormativnim identitetima i izražavanju te mogućim medicinskim intervencijama kod rodne disforije, tim više ako su članovi/ice multidisciplinarnoga stručnoga tima za pružanje feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije.

## **3) Procjena, dijagnosticiranje i diskutiranje o opcijama tretmana za komorbiditetne psihičke smetnje**

Klijenti/ice s rodnom disforijom mogu patiti od niza psihičkih smetnji (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godàs i Vales, 2009; Murad i sur., 2010) koje mogu, ali ne moraju biti povezane s počesto dugotrajnim iskustvom rodne

disforije i/ili kroničnoga manjinskoga stresa. Mogu se javiti anksioznost, depresija, samoranjavanje, dugotrajna izloženost zlostavljanju i zanemarivanju, kompulzivnost, zloupotreba sredstava ovisnosti, seksualni problemi, poremećaji ličnosti, poremećaji hranjenja, psihotični poremećaji i poremećaji iz autističnog spektra (Bockting i sur., 2006; Nuttbrock i sur., 2010; Robinow, 2009). Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebaju provesti kliničku procjenu ovih i ostalih psihičkih smetnji te sve identificirane tegobe uklopiti u opći plan tretmana. Takvi problemi mogu uzrokovati velike količine stresa, a bez tretmana mogu zakomplicirati proces istraživanja rodnoga identiteta i razrješenja rodne disforije (Bockting i sur., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Rješavanje tih problema može uvelike pospješiti razrješenje rodne disforije, pomoći ostvarenju mogućih prilagodbi rodne uloge i donošenju informiranih odluka o medicinskim intervencijama te poboljšati kvalitetu života.

Nekim klijentima/cama u ublažavanju simptoma ili tretiranju komorbiditetnih psihičkih smetnji mogu pomoći psihoaktivni lijekovi. Od stručnjaka/inja za psihičko zdravlje očekuje se da to prepoznaju, sami pruže farmakoterapiju ili svoje klijente/ice upute kvalificiranom/oj kolegi/ci. Prisutnost više psihičkih smetnji istovremeno ne isključuje nužno mogućnost prilagodbe rodne uloge ili feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije ili kirurškoga zahvata. Kada je prisutno više psihičkih smetnji istovremeno, treba se njima na optimalan način baviti prije ili za vrijeme trajanja tretmana rodne disforije. K tomu, treba utvrditi sposobnost klijenata/ica da daju informirani pristanak na medicinske tretmane.

Kvalificirani/e stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje specifično su trenirani/e za procjenu, dijagnostiku i tretman (ili upućivanje na tretman) komorbiditetnih psihičkih smetnji. I drugi/e zdravstveni/e djelatnici/e educirani/e u području biheavioralnoga zdravlja, tim više ako su članovi/ice multidisciplinarnoga stručnoga tima za pružanje feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije, mogu napraviti kliničku procjenu psihičkih smetnji i prema potrebi uputiti klijenta/icu na procjenu i tretman kod kvalificiranoga/e stručnjaka/inje iz područja psihičkog zdravlja.

#### **4) Ako je moguće primijeniti hormonsku terapiju, obavlja se procjena prikladnosti, priprema i upućivanje na terapiju.**

*Standardi skrbi* navode kriterije koji služe kao smjernice pri donošenju odluke o feminizirajućoj/maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji (kako je opisano u poglavlju VIII i dodatku C). Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu svojim klijentima/cama koji razmišljaju o hormonskoj terapiji pomoći da se psihološki

pripreme (npr. pomoći klijentima/icama da donesu potpuno informiranu odluku s jasno zacrtanim i realističnim očekivanjima, da budu spremni/e terapiju primiti u skladu s općim planom svoga tretmana i da u svoje odluke uključe, u onoj mjeri u kojoj je to prikladno, svoje obitelji i zajednicu) i praktično pripreme (npr. klijenta/icu mora pregledati liječnik/ca da bi se isključila mogućnost ili uzele u obzir medicinske kontraindikacije primjene hormona; također, klijent/ca treba razmotriti sve psihosocijalne implikacije terapije). Ako je klijent/ica reproduktivne dobi, prije početka hormonske terapije trebao/la bi istražiti različite mogućnosti reprodukcije (poglavlje IX).

Važno je da stručnjak/inja za psihičko zdravlje bude svjestan/a toga da sve odluke o hormonima u prvome redu ovise o klijentu/ici – baš kao i sve ostale odluke koje se tiču zdravstvene njege. Međutim, stručnjak/inja za psihičko zdravlje odgovoran/a je da svoga/ju klijenta/icu ohrabruje, vodi i pomaže mu/joj u donošenju potpuno informirane odluke i u adekvatnoj pripremi za terapiju. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi o svojim klijentima/cama posjedovati dovoljno informacija i s njima ostvariti funkcionalan radni odnos kako bi na najbolji način mogli/e podržati njihove odluke. Klijenti/ce bi trebali/e dobiti pravovremenu i detaljnu evaluaciju s ciljem ublažavanja rodne disforije i pružanja prikladne zdravstvene usluge.

### *Upućivanje na feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju*

Ljudi se radi feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije mogu obratiti osobi koja je specijalizirala pružanje hormonske terapije u bilo kojoj disciplini. Ali budući da je transrodna zdravstvena njega interdisciplinarno polje, preporučljivo je da se članovi/ce tima koji/e klijentu/ici pružaju njegov međusobno koordiniraju i klijenta/icu upućuju jedni drugima.

Hormonsku terapiju moguće je započeti na osnovi uputnice koju je izdao/la kvalificirani/a stručnjak/inja za psihičko zdravlje. Druga je mogućnost ta da zdravstveni/a djelatnik/ca koji/a je educiran/a u području bihevioralnoga zdravlja i kompetentan/a za procjenu rodne disforije, procijeni pacijentovu/ičinu prikladnost, pripremi ga/ju i izda uputnicu za hormonsku terapiju, posebice ako kod pacijenta/ice nije prisutno više psihičkih tegoba istovremeno, a stručnjak/inja koji/a izdaje uputnicu je ujedno i član/ica multidisciplinarnoga stručnoga tima. Stručnjak/inja koji/a izdaje uputnicu trebao/la bi priložiti dokumentaciju – u medicinskome kartonu i/ili uputnici – o pacijentovoj/ičinoj osobnoj i povijesti tretmana, o napretku i prikladnosti. Zdravstveni/e djelatnici/e koji/e preporučuju hormonsku terapiju dijele etičku i pravnu odgovornost za tu odluku s liječnicima/ama koji/e terapiju pružaju.

Preporuča se da uputnica za feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju sadržava sljedeće elemente:

- 1) klijentove/ičine opće karakteristike;
- 2) rezultate psihosocijalne procjene pacijenta/ice s eventualnim dijagnozama;
- 3) informaciju o vremenskome trajanju odnosa između klijenta/ice i zdravstvenoga/e djelatnika/ce koji/a izdaje uputnicu s vrstom evaluacije, terapije ili savjetovanja;
- 4) izjavu o ispunjenim kriterijima za hormonsku terapiju te kratko kliničko objašnjenje koje ide u prilog klijentovom/ičinom zahtjevu za hormonskom terapijom;
- 5) izjavu o tome da je pacijent/ica dao/la svoj informirani pristanak;
- 6) izjavu o tome da je zdravstveni/a djelatnik/ca na raspolaganju za koordinaciju njege te da ga/ju je moguće telefonski kontaktirati kako bi to osobno potvrdio/la.

Za pružatelje/ice njege koji/e rade u multidisciplinarnome stručnome timu, uputnica nije nužno potrebna jer se procjena i preporuka dokumentiraju u pacijentovome/ičinome kartonu.

### **5) Ako je moguće izvoditi kirurške zahvate, obavlja se procjena prikladnosti, priprema i upućivanje na kirurgiju.**

*Standardi skrbi* navode kriterije koji služe kao smjernice pri donošenju odluke o kirurškome zahvatu na dojčkama/prsima i genitalijama (kako je opisano u poglavlju XI te dodatku C). Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu svojim klijentima/cama koji razmišljaju o kirurškim zahvatima pomoći da se psihološki pripreme (npr. pomoći klijentima/icama da donesu potpuno informiranu odluku s jasno zacrtanim i realnim očekivanjima, da budu spremni/e podvrgnuti se kirurškim zahvatima u skladu s općim planom svoga tretmana i da u svoje odluke uključe, u onoj mjeri u kojoj je to prikladno, svoje obitelji i zajednicu) i praktično pripreme (npr. klijent/ica mora informirano odabrati kirurga/inju koji/a će obaviti zahvat; klijent/ica mora organizirati postoperativnu kućnu njegu). Ako je klijent/ica reproduktivne dobi, prije kirurškoga zahvata na genitalijama trebao/la bi istražiti različite mogućnosti reprodukcije (poglavlje IX).

*Standardi skrbi* ne navode kriterije za ostale kirurške procedure, kao što su kirurški zahvati kojima se maskulinizira/feminizira lice. Međutim, stručnjaci/kinje



za psihičko zdravlje mogu uvelike pomoći svojim klijentima/cama da donesu potpuno informirane odluke o uspostavi vremenskog okvira i implikacijama kirurških zahvata u kontekstu cijeloga procesa autanja ili tranzicije.

Važno je da stručnjak/inja za psihičko zdravlje bude svjestan/a toga da sve odluke o kirurškim zahvatima u prvome redu ovise o klijentu/ici – baš kao i sve ostale odluke koje se tiču zdravstvene njege. Međutim, stručnjak/inja za psihičko zdravlje odgovoran/a je da svoga/ju klijenta/icu ohrabruje, vodi i pomaže mu/joj u donošenju potpuno informirane odluke i u adekvatnoj pripremi za terapiju. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi o svojim klijentima/cama posjedovati dovoljno informacija i s njima ostvariti funkcionalan radni odnos kako bi na najbolji način mogli/e podržati njihove odluke. Klijenti/ce bi trebali/e dobiti pravovremenu i detaljnu evaluaciju s ciljem ublažavanja rodne disforije i pružanja prikladne zdravstvene usluge.

### *Upućivanje na kirurgiju*

Kirurški tretman moguće je započeti na osnovi uputnice (jedne ili dviju uputnica, ovisno o vrsti kirurškoga zahvata) koju je izdao/la kvalificirani/a stručnjak/inja za psihičko zdravlje. Stručnjak/inja koji/a izdaje uputnicu trebao/la bi priložiti dokumentaciju – u medicinskome kartonu i/ili uputnici – o pacijentovoj/ičinoj osobnoj povijesti i povijesti tretmana, o napretku i prikladnosti. Stručnjaci/inje za psihičko zdravlje koji/e preporučuju kirurški zahvat dijele etičku i pravnu odgovornost za tu odluku s kirurzima/kirurginjom.

- Za potrebe kirurškoga zahvata na dojkaama/prsima (npr. za mastektomiju, rekonstrukciju prsa, augmentacijsku mamoplastiku) potrebna je jedna uputnica koju je izdao/la stručnjak/inja za psihičko zdravlje.
- Za potrebe kirurškoga zahvata na genitalijama (npr. histerektomija/salpingektomija-ooforektomija, orhidektomija, kirurška rekonstrukcija genitalija) potrebne su dvije uputnice koje su izdala/e dvojica/dvije/dvoje stručnjaka/inje za psihičko zdravlje nakon što su, neovisno jedno o drugome, procijenili/e pacijenta/icu. Ako jednu od uputnica izdaje pacijentov/a, odnosno pacijentičin/a psihoterapeut/kinja, tada bi drugu uputnicu trebala izdati osoba koja se s pacijentom/icom susrela isključivo radi evaluacije. Mogu se izdati dvije uputnice ili samo jedna koju su potpisale obje stručne osobe (npr. ako te osobe rade u istoj klinici). Svaka od tih dviju uputnica treba pokrivati teme koje su navedene u nastavku.

Preporuča se da uputnica za kirurgiju sadrži sljedeće elemente:

- 1) klijentove/ičine opće karakteristike;
- 2) rezultate psihosocijalne procjene pacijenta/ice s eventualnim dijagnozama;
- 3) informaciju o vremenskome trajanju odnosa između klijenta/ice i stručnjaka/inje za psihičko zdravlje koji/a izdaje uputnicu, s navedenom vrstom evaluacije i terapije ili savjetovanja;
- 4) izjavu o ispunjenim kriterijima za kirurški zahvat te kratko kliničko objašnjenje koje ide u prilog klijentovom/ičinom zahtjevu za kirurškim zahvatima;
- 5) izjavu o tome da je pacijent/ica dao/la svoj informirani pristanak;
- 6) izjavu o tome da je stručnjaka/inja za psihičko zdravlje na raspolaganju za koordinaciju njege te da ga/je se može telefonski kontaktirati kako bi to osobno potvrdio/la.

Za pružatelje/ice njege koji/e rade u multidisciplinarnome stručnome timu, uputnica nije nužno potrebna jer se procjena i preporuka dokumentiraju u pacijentovome/ičinome kartonu.

## Odnos stručnjaka/inje za psihičko zdravlje s liječnicima/ama koji/e propisuju hormone, kirurzima/ginjama i ostalim zdravstvenim djelatnicima/cama

U idealnoj situaciji stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje obavljaju svoj posao, periodički raspravljaju o napretku i savjetuju se s drugim stručnjacima/kinjama (kako s onima iz područja psihičkoga zdravlja, tako i s onima iz drugih medicinskih disciplina) koji su kompetentni za procjenjivanje i tretman rodne disforije. Stručnjaci/kinje koji/e pružaju klijentu/ici zdravstvenu njegu trebaju međusobno surađivati i po potrebi koordinirati te voditi klinički dijalog. Otvorena i stalna komunikacija nužna je za konzultiranje, upućivanje i rješavanje postoperativnih problema.

## Zadaci koji se tiču psihoterapije

### 1) Psihoterapija nije apsolutni uvjet za hormonsku terapiju i kirurške zahvate

Klinička procjena psihičkoga zdravlja, obavljena na ranije opisani način, nužna je za upućivanje na hormonske i kirurške tretmane osoba s rodnom disforijom. Za razliku od toga, psihoterapija – iako preporučena – nije uvjet.

*Standardi skrbi* ne preporučuju minimalni broj psihoterapijskih seansi koje bi prethodile hormonskoj terapiji ili kirurškome zahvatu. Razlozi za to su raznoliki (Lev, 2009). Kao prvo, minimalni broj susreta najčešće se doživljava kao otegotna okolnost, a takvo shvaćanje obeshrabruje osobu da iskoristi tu bitnu mogućnost za osobni rast i razvoj. Kao drugo, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu svojim klijentima/cama pružati podršku u svim fazama istraživanja rodnoga identiteta, rodnoga izražavanja i moguće tranzicije – a ne samo prije eventualnih medicinskih intervencija. I kao treće, klijenti/ce i njihovi psihoterapeuti/kinje nemaju istu sposobnost da u točno određenome vremenskome roku postignu isti cilj.

### 2) Ciljevi psihoterapije za odrasle s rodnim teškoćama

Opći je cilj psihoterapije pronaći način za poboljšanje pacijentovoga/ičinoga cjelokupnoga stanja, kvalitete života i samoispunjenja. Cilj psihoterapije nije promjena rodnoga identiteta osobe, naprotiv; psihoterapija može pomoći osobi da istraži svoju nelagodu s rodom i pronađe način za ublažavanje rodne disforije, ako je ona prisutna (Bockting i sur., 2006; Bockting i Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Obično je konačni cilj tretmana pružanje pomoći transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama u postizanju dugoročnoga osjećaja zadovoljstva u izražavanju vlastitih rodnih identiteta s realističnim šansama za ostvarivanje uspjeha u međuljudskim odnosima, obrazovanju i radu. Za dodatne detalje v. Fraser (Fraser, 2009c).

Terapija se može sastojati od individualne, obiteljske, grupne ili psihoterapije za parove, s time da je grupna psihoterapija iznimno važna za poticanje vršnjačke podrške.

### **3) Psihoterapija za transpolne, transrodne i rodno nenormativne klijentice i klijente, uključujući savjetovanje i pružanje podrške tijekom prilagodbe rodne uloge**

Pronalazak rodne uloge u kojoj će se osoba osjećati ugodno prije svega je psihosocijalni proces. Psihoterapija može biti od neprocjenjive pomoći transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama kada je riječ o: (i) analiziranju i istraživanju rodnoga identiteta i uloge, (ii) suočavanju s utjecajem koje su stigma i manjinski stres imali na psihičko zdravlje te osobni rast i razvoj, (iii) pružanju pomoći u procesu autanja (Bockting i Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), s tim da će kod nekih osoba sve navedeno biti popraćeno i prilagodbom rodnoga izražavanja te korištenjem medicinskih intervencija za feminizaciju/maskulinizaciju.

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu pružati podršku i poticati razvoj interpersonalnih vještina i psihološku otpornost pojedinaca/inki i njihovih obitelji kako bi se snašli u svijetu koji transrodne, transpolne i rodno nenormativne osobe često ne dočekuje s dobrodošlicom i uvažavanjem. Psihoterapija također može biti od pomoći ako dijagnostički postupci pokažu da je kod osobe istovremeno prisutno više tegoba s psihičkim zdravljem (npr. anksioznost, depresija).

Transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama koje planiraju trajno prilagoditi rodnu ulogu i obaviti socijalnu tranziciju u drukčiju rodnu ulogu, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu pomoći pri razvijanju individualiziranoga plana, sa specifičnim ciljevima i vremenskim rasporedom. Iskustvo prilagođavanja rodne uloge razlikuje se od osobe do osobe, ali je svima obično najteže suočiti se s društvenim aspektima takve prilagodbe – obično je to teže od suočavanja s njenim fizičkim aspektima. Budući da prilagodba rodne uloge može ostaviti dalekosežne posljedice u osobnome i društvenome životu, pri donošenju odluke o toj prilagodbi osoba bi trebala biti svjesna svih izazova na koje će vjerojatno naići na obiteljskome, interpersonalnome, obrazovnome, profesionalnome, ekonomskome i pravnome planu kako bi mogla uspješno funkcionirati u svojoj rodnoj ulozi.

Mnoge transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe zatražit će terapiju, a da ih nikada nitko nije doživio ili prihvatio u onoj rodnoj ulozi koja je najprikladnija njihovom rodnom identitetu. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje takvim klijentima/cama mogu pomoći istražiti i predvidjeti implikacije prilagođavanja rodne uloge i mogu prilagoditi ritam procesa implementaciji prilagodbi. Psihoterapija klijentima/cama može postati mjesto na kojem se

mogu izraziti na način koji je prikladan njihovom rodnom identitetu, a nekim klijentima/cama može pomoći prevladati strahove oko prilagodbe rodnoga izražavanja. Izvan terapije osoba se može kalkulirano izložiti nekim rizicima da bi stekla iskustvo i ojačala svoje samopouzdanje u novoj ulozi. Moguće je pružati i podršku prilikom autanja obitelji i zajednici (prijateljima, u školi, na radnom mjestu).

Terapiju će potražiti i transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe koje su već stekle iskustvo (minimalno, osrednje ili znatno) života u rodnoj ulozi koja se razlikuje od rodne uloge povezane sa spolom koji im je pripisan pri rođenju. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje tim klijentima/cama mogu pomoći da prepoznaju i da se nose s eventualnim izazovima te da se optimalno prilagode dok nastavljaju s prilagodbom rodne uloge.

#### **4) Obiteljska terapija ili podrška za članice i članove obitelji**

Odluke o prilagodbi rodne uloge i o medicinskim intervencijama kod rodne disforije imaju implikacije ne samo za klijente/ice, već i za njihove obitelji (Emerson i Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu pomoći svojim klijentima/cama da donesu promišljene odluke o tome kako članove/ice obitelji i ostale osobe u svome životu informirati o vlastitome rodnome identitetu i odlukama koje se tiču tretmana. Obiteljska terapija može obuhvaćati rad sa supružnicama i supružnicima ili partnericama i partnerima, ali također i rad s djecom i članovima/icama klijentove/ičine proširene obitelji.

Klijenti/ce također mogu zatražiti pomoć po pitanju veza i spolnoga zdravlja. Primjerice, možda će htjeti istražiti svoju seksualnost ili probleme u intimnome životu.

Obiteljsku terapiju moguće je ponuditi u sklopu klijentove/ičine individualne terapije, a može je voditi, ako je to klinički prikladno, isti/a terapeut/kinja. Druga je opcija upućivanje drugim terapeutima/kinjama koji posjeduju relevantno iskustvo u radu s članovima/icama obitelji ili upućivanje na grupe vršnjačke podrške (npr. grupe podrške uživo za partnere/ice ili obitelji).

#### **5) Praćenje tijekom života**

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje sa svojim će klijentima/cama i njihovim obiteljima raditi kroz mnoge faze njihovih života. Psihoterapija može biti od pomoći u različitim periodima i zbog različitih razloga tijekom čitavoga životnoga ciklusa.

## 6) E-terapija, *online* savjetovanje ili savjetovanje na daljinu

*Online* ili e-terapija pokazala se iznimno korisnom za ljude koji nemaju pristupa kompetentnom psihoterapeutskom tretmanu uživo, a koji prolaze kroz izolaciju i trpe stigmatizaciju (Derrig-Palumbo i Zeine, 2005; Fenichel i sur., 2004; Fraser, 2009b). Već samo zbog toga e-terapija može biti koristan oblik psihoterapije za transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe. E-terapija otvara mogućnost za poboljšanu, prošireniju, kreativniju i individualno prilagođenu uslugu. Međutim, kako je riječ o modusu koji se tek razvija, e-terapija sa sobom može nositi i neke nepredviđene rizike. Smjernice za telemedicinu jasno su razrađene u nekim disciplinama i u nekim dijelovima Sjedinjenih Država (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin i Brown-Connolly, 2005), ali ne u svim. U drugim državama situacija je još manje jasno definirana (Maheu i sur., 2005). Sve dok ne bude prikupljeno dovoljno podataka o takvoj upotrebi e-terapije, preporuča se oprez prilikom njene upotrebe.

Stručnjacima/kinjama za psihičko zdravlje koji/e će se baviti e-terapijom savjetuje se pridržavanje propisa njihove komisije zadužene za izdavanje odobrenja za samostalan rad, strukovnih organizacija i državnih propisa, kao i praćenje recentne stručne literature koja se bavi tim brzo razvijajućim načinom psihoterapije. Objavljen je i jedan detaljan opis potencijalne upotrebe, etičkih pitanja i samoga procesa e-terapije (Fraser, 2009b).

## Ostali zadaci stručnjaka/inja za psihičko zdravlje

### 1) **Educirajte o iskustvima svojih klijentica i klijenata, zalažite se za njih u zajednici (u školi, na radnome mjestu, u drugim organizacijama) i pomažite im prilikom mijenjanja osobnih dokumenata**

Dok aktualiziraju svoj rodni identitet i izražavanje, transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe mogu se suočiti s problemima u profesionalnim, obrazovnim i drugim sredinama (Lev, 2004, 2009). Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje mogu pritom odigrati važnu ulogu ako educiraju ljude u tim sredinama o rodnoj nenormativnosti i zalažu se za svoje klijente/ice (Currah, Juang i Minter, 2006; Currah i Minter, 2000). Takva uloga može se sastojati od konzultacija sa školskim savjetnicima/ama, učiteljima/cama i administrativnim osobljem, kadrovskim službama, poslovođa/ama i poslodavcima/kama te predstavnicima/ama drugih organizacija i institucija. Također, od zdravstvenoga se osoblja može zatražiti da podrže promjenu imena svoga klijenta/ice i/

ili podatka o spolu na osobnim dokumentima kao što su putovnice, vozačke dozvole, rodni listovi i diplome.

## **2) Svoje klijentice i klijente informirajte o vršnjačkim grupama podrške i uputite ih na njih**

Neke transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe o mogućnostima rodnog izražavanja naučit će više kroz iskustvo sudjelovanja u vršnjačkoj grupi podrške nego što bi ikada mogli naučiti u individualnoj psihoterapiji (Rachlin, 2002). I jedno i drugo iskustvo može biti vrijedno, a ljude koji istražuju pitanja vezana uz rod trebalo bi ohrabrivati da sudjeluju, ako je moguće, u zajedničkim aktivnostima. Omogućite svojim klijentima/cama pristup informacijama o vršnjačkim grupama podrške.

## Kultura i njen utjecaj na procjenu i psihoterapiju

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje rade u međusobno iznimno različitim sredinama diljem svijeta. Oblici stresa zbog kojih ljudi traže profesionalnu pomoć u bilo kojoj kulturi tumače se i klasificiraju pojmovima koji su proizvod dane kulture (Frank i Frank, 1993). Kulturne sredine dobrim dijelom određuju i način na koji će takve oblike nelagode tumačiti i stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje. Kulturne razlike koje se tiču rodnoga identiteta i izražavanja mogu utjecati na pacijente/ice, stručnjak/inje za psihičko zdravlje i uvriježenu psihoterapijsku praksu. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba svjesna je toga da su *Standardi skrbi* nastali u zapadnoj tradiciji i da će ih biti potrebno prilagoditi kulturnome kontekstu.

## Etičke smjernice za skrb o psihičkome zdravlju

Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje moraju biti certificirani ili licencirani za samostalan rad u skladu s važećim zakonima o profesionalnim djelatnostima u zemlji u kojoj rade (Fraser, 2009b; Pope i Vasquez, 2011). U obavljanju svoga posla s transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim klijentima/cama, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje moraju se pridržavati etičkoga kodeksa kakvim ga propisuje strukovna udruga nadležna za izdavanje odobrenja za samostalan rad.

U prošlosti se ljude znalo podvrgavati tretmanu kojim se pokušavalo prilagoditi rodni identitet i izražavanje kako bi se više podudarali sa spolom koji je osobi pripisan pri rođenju, ali takvi su se tretmani pokazali neuspješnima (Gelder i Marks, 1969; Greenson, 1964), posebice dugoročno (Cohen-Kettenis i Kuiper, 1984; Pauly, 1965), i danas se smatraju neetičnima.

Ako rad s transpolnim, transrodnim ili rodno nenormativnim osobama kod stručnjaka/inje za psihičko zdravlje izaziva nelagodu ili im za takav rad manjka iskustva, trebali/e bi klijenta/icu uputiti kompetentnome/oj stručnjaku/inji ili, u najmanju ruku, konzultirati se s iskusnim/om kolegom/icom. Ako stručnjaci/kinje nisu dostupni/e na lokalnoj razini, konzultacije se mogu obavljati telemedicinom, pod uvjetom da su ispunjeni lokalni uvjeti za konzultacije na daljinu.

## Problemi s pristupom skrbi

Kvalificirani/e stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje nisu dostupni/e uvijek i svugdje, pa stoga može biti ograničen i pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba trudi se olakšati pristup te pruža mogućnosti za kontinuiranu edukaciju treniranim stručnjacima/kinjama iz različitih disciplina kako bi bili u stanju pružati kvalitetnu zdravstvenu skrb prilagođenu transrodnicima. Jedan od načina da se olakša pristup uslugama je pružanje skrbi o psihičkome zdravlju na daljinu korištenjem tehnologije (Fraser, 2009b).

U mnogim dijelovima svijeta transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe imaju ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti jer nemaju zdravstveno osiguranje ili dodatna sredstva za plaćanje potrebne njege. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba poziva kompanije koje pružaju zdravstveno osiguranje i druge financijske posrednike da pokriju medicinski nužne tretmane za ublažavanje rodne disforije (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba, 2008).

Preporučeno je uputiti klijente/ice koji si ne mogu priuštiti skrb na dostupne izvore vršnjačke podrške (uživo ili *online*). Također bi se valjalo poslužiti i mjerama za smanjenje rizika ako bi se time klijentima/cama pomoglo da donesu ispravne odluke o poboljšanju svojih života.



## VIII.

## Hormonska terapija

## Medicinska nužnost hormonske terapije

Feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija – primjena egzogenih endokrinih agensa za izazivanje prilagodbi u pravcu feminizacije ili maskulinizacije – medicinski je nužna intervencija za mnoge transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe s rodnom disforijom (Newfield, Hart, Dibble i Kohler, 2006; Pfäfflin i Junge, 1998). Neke osobe teže maksimalnoj feminizaciji/maskulinizaciji, dok druge zadovoljstvo pronalaze u androgenome izgledu koji je posljedica hormonske minimalizacije već postojećih sekundarnih spolnih karakteristika (Factor i Rothblum, 2008). Dokazi o psihosocijalnim posljedicama hormonske terapije sažeto su izneseni u dodatku D.

Hormonska terapija mora biti individualizirana u skladu s pacijentovim/ičinim ciljevima, omjeru rizika i koristi kod lijekova, prisutnosti drugih medicinskih stanja te analizi socijalnih i ekonomskih posljedica. Hormonska terapija može u značajnoj mjeri pružiti olakšanje pacijentima/cama koji/e ne žele obaviti tranziciju u drukčiju socijalnu rodnu ulogu ili podvrgnuti se kirurškim zahvatima, ali i onima koji/e to nisu u mogućnosti obaviti (Meyer III, 2009). Hormonska terapija preporučeni je kriterij za neke, ali ne i za sve kirurške tretmane rodne disforije (v. poglavlje XI i dodatak C).

## Kriteriji za hormonsku terapiju

Hormonsku terapiju moguće je započeti nakon što je kvalificirani/a stručnjak/inja za psihičko zdravlje obavio/la psihosocijalnu procjenu i od pacijenta/ice dobio/la informirani pristanak, kao što je to opisano u poglavlju VII *Standarda skrbi*. Uputnica mora dolaziti od stručnjaka/inje za psihičko zdravlje koji/a je proveo/la procjenu, osim ako procjenu nije obavio/la liječnik/ca koji/a će pružati hormonsku terapiju, a koji/a je kvalificiran/a i na području procjene.

### Kriteriji za hormonsku terapiju su:

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je osoba mlađa, slijedite smjernice sažeto iznesene u poglavlju VI);
- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili smetnje psihičkog zdravlja, potrebno ih je držati pod kontrolom.

Kao što je već spomenuto u poglavlju VII *Standarda skrbi*, ako je kod osobe prisutno više psihičkih smetnji istovremeno, pristup feminizirajućim/maskulinizirajućim hormonima nije nužno onemogućen. To samo znači da tegobe treba riješiti prije ili tijekom tretmana rodne disforije.

U posebnim okolnostima hormonsku terapiju mogu primati i pacijenti/ce koji ne ispunjavaju navedene kriterije. Primjerice, moguće je pružati nadziranu terapiju hormonima potvrđene kvalitete da bi se izbjegla ilegalna ili nenadzirana primjena hormona. Ona se može pružati i pacijentima/cama koji/e već žive u svome afirmiranome rodu i u prošlosti su koristili/e hormone. Neetično je odbiti pristup hormonskoj terapiji ili osobu smatrati neprikladnom za hormonsku terapiju samo zato što je ona seropozitivna na infekcije koje se prenose krvlju kao što su HIV ili hepatitis B ili C.

U rijetkim slučajevima hormonska terapija može biti kontraindicirana zbog ozbiljnih individualnih zdravstvenih poteškoća. Zdravstveni/e djelatnici/e takvim pacijentima/cama trebaju omogućiti pristup nehormonskim intervencijama za rodnu disforiju. U takvim je okolnostima najbolje osloniti se na kvalificiranoga/u stručnjaka/inju za psihičko zdravlje koji/a je već upoznat/a s pacijentom/icom.

## Informirani pristanak

Feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija može dovesti do ireverzibilnih fizičkih prilagodbi, stoga hormonsku terapiju treba pružati samo onima koji/e su pravno sposobni za davanje informiranoga pristanka. Time su obuhvaćene osobe koje su stekle punu poslovnu sposobnost (tzv. emancipirani/e maloljetnici/e), zatvorenici/e i osobe s psihičkim smetnjama

ako ih se smatra kompetentnima za sudjelovanje u odlukama o vlastitome zdravstvenome stanju (Bockting i sur., 2006). Zdravstveni djelatnici/e koji/e pruža/ju terapiju trebali/e bi u liječničkome kartonu zabilježiti da je pacijent/ica dao/la svoj informirani pristanak te da je razumio/razumjela sve relevantne aspekte hormonske terapije, uključujući moguću korist i rizike te utjecaj na sposobnost reprodukcije.

## Odnos između *Standarda skrbi* i protokola po Modelu informiranoga pristanka

Nekoliko domova zdravlja u Sjedinjenim je Državama razvilo protokole za pružanje hormonske terapije temeljem pristupa koji je postao poznat kao Model informiranoga pristanka (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Ti su protokoli u skladu sa smjernicama predstavljenima u *Standardima skrbi, verziji 7* Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba. *Standardi skrbi* su fleksibilne kliničke smjernice koje dopuštaju prilagođavanje intervencija potrebama osobe koja prima uslugu te prilagođavanje protokola pristupu i sredini u kojoj se usluge pružaju (Erhbar i Gorton, 2010).

Za pružatelje/ice hormonske terapije važan je zadatak dobiti informirani pristanak kako bi bili/e sigurni/e da pacijent/ica razumije psihološke i fizičke koristi, rizike hormonske terapije te njene psihosocijalne implikacije. Osoba koja propisuje hormone ili zdravstveni/a djelatnik/ca koji/a preporučuje hormone trebaju posjedovati znanje i iskustvo za procjenu rodne disforije. Na njima je da osobu informiraju o specifičnoj koristi, ograničenjima i rizicima hormonske terapije u odnosu na pacijentovu/ičinu dob, prethodno iskustvo s hormonima te popratne fizičke ili psihičke tegobe.

Klinička procjena i analiza akutnih ili trenutnih psihičkih smetnji važnim su dijelom davanja informiranoga pristanka. Može ih obaviti stručnjak/inja za psihičko zdravlje ili prikladno educiran/a pružatelj/ica terapije (v. poglavlje VII *Standarda skrbi*). Isti/a pružatelj/ica terapije ili drugi/a prikladno educiran/a član/ica zdravstvenoga tima (npr. medicinska/i tehničarka/ar) može pacijentu/ici ukazati na psihosocijalne implikacije uzimanja hormona onda kada je to potrebno (npr. utjecaj maskulinizacije/feminizacije na način na koji osobu doživljava okolina i potencijalni utjecaj na odnos s obitelji, prijateljima/cama i

kolegama/icama). Ako je indicirano, pružatelji/ce terapije uputit će pacijenta/icu na psihoterapiju te procjenu i tretman komorbiditetnih psihičkih smetnji kao što su anksioznost ili depresija.

Model informiranoga pristanka i *Standardi skrbi, verzija 7* razlikuju se po tome što *Standardi skrbi* snažnije naglašavaju važnost stručnjaka/inje za psihičko zdravlje u ublažavanju rodne disforije i pružanju pomoći tijekom prilagodbe rodne uloge te pri psihosocijalnoj prilagodbi. Ako je indicirano, obavljaju se obuhvatna procjena psihičkoga zdravlja i psihoterapijski susreti. Model informiranoga pristanka u fokus stavlja pružanje informiranoga pristanka kao početne točke za pružanje hormonske terapije u multidisciplinarnome okruženju s mjerama smanjivanja rizika. Važnost zaštite psihičkoga zdravlja njime je slabije istaknuta, sve dok je sam/a pacijent/ica ne zatraži, osim ako nisu prepoznate značajne psihičke smetnje koje se moraju riješiti prije propisivanja hormona.

## Fizički učinci hormonske terapije

Feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija izazvat će fizičke prilagodbe koje više odgovaraju pacijentovom/ičinom rodnome identitetu.

- Kod FtM pacijenata/ica očekivane fizičke prilagodbe su: produbljenje glasa, povećanje klitorisa (varira), povećanje facijalne i tjelesne dlakavosti, prestanak menstruacije, atrofija tkiva dojki te smanjenje postotka masnoga tkiva u odnosu na mišićnu masu.
- Kod MtF pacijenata/ica očekivane fizičke prilagodbe su: rast dojki (varira), slabljenje erektilne funkcije, smanjenje testisa te rast postotka masnoga tkiva u odnosu na mišićnu masu.

Do većine fizičkih prilagodbi, kako u pravcu feminizacije tako i u pravcu maskulinizacije, doći će u razdoblju od dvije godine. Broj fizičkih prilagodbi i vremenski tijek učinaka može izrazito varirati. Tablice 1a i 1b prikazuju aproksimativni vremenski slijed tih fizičkih prilagodbi.

**TABLICA 1A:**  
UČINCI I OČEKIVANI VREMENSKI TIJEK MASKULINIZIRAJUĆIH HORMONA<sup>10</sup>

učinak	očekivani početak <sup>11</sup>	očekivani maksimalni učinak
masna koža/akne	1-6 mjeseci	1-2 godine
rast facijalne/tjelesne dlake	3-6 mjeseci	3-5 godina
gubitak kose	>12 mjeseci <sup>12</sup>	varira
povećana mišićna masa/snaga	6-12 mjeseci	2-5 godina <sup>13</sup>
preraspodjela masnoga tkiva	3-6 mjeseci	2-5 godina
prestanak menstruacije	2-6 mjeseci	∅
povećanje klitorisa	3-6 mjeseci	1-2 godine
urogenitalna atrofija	3-6 mjeseci	1-2 godine
produbljenje glasa	3-12 mjeseci	1-2 godine

**TABLICA 1B:**  
UČINCI I OČEKIVANI VREMENSKI TIJEK FEMINIZIRAJUĆIH HORMONA<sup>14</sup>

učinak	očekivani početak <sup>15</sup>	očekivani maksimalni učinak
preraspodjela masnoga tkiva	3-6 mjeseci	2-5 godina
smanjenje mišićne mase/snage	3-6 mjeseci	1-2 godine <sup>16</sup>
omekšavanje kože/smanjenje masnoće kože	3-6 mjeseci	nepoznato
smanjenje libida	1-3 mjeseci	1-2 godine

10 Uz dopuštenje, prilagođeno prema Hembree i sur. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

11 Procjene na temelju objavljenih i neobjavljenih kliničkih istraživanja.

12 Izrazito ovisi o dobi i nasljednim faktorima; učinak može biti minimalan.

13 Izrazito ovisi o učestalosti vježbanja.

14 Uz dopuštenje, prilagođeno prema Hembree i sur. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society.

15 Procjene na temelju objavljenih i neobjavljenih kliničkih istraživanja.

16 Izrazito ovisi o učestalosti vježbanja.

smanjenje učestalosti spontanih erekcija	1-3 mjeseca	3-6 mjeseci
muška spolna disfunkcija	varira	varira
rast grudi	3-6 mjeseci	2-3 godine
smanjenje veličine testisa	3-6 mjeseci	2-3 godine
smanjenje proizvodnje sperme	varira	varira
stanjivanje i usporeni rast tjelesnih i facijalnih dlaka	6-12 mjeseci	>3 godine <sup>17</sup>
muški obrazac ćelavosti	bez ponovnoga rasta izgubljene kose, opadanje prestaje nakon 1-3 mjeseca	1-2 godine

Stupanj i stopa fizičkih učinaka ovise jednim dijelom o doziranju, načinu uzimanja i primijenjenim lijekovima koji se biraju u skladu sa specifičnim medicinskim ciljevima svakoga/e pacijenta/ice (npr. prilagodbama u rodnom izražavanju, planovima za prilagodbu spola) i zdravstvenim rizičnim profilom. Zasad nema dokaza koji bi išli u prilog tomu da je reakciju na hormonsku terapiju – s mogućim izuzetkom produbljenja glasa kod FtM osoba – moguće pouzdano predvidjeti temeljem dobi, tjelesne težine, etničke pripadnosti ili obiteljske anamneze. Budući da su svi ostali učinci jednaki, nema dokaza koji bi upućivali da je neka medicinski odobrena vrsta ili metoda primjene hormona učinkovitija od bilo koje druge u izazivanju željenih fizičkih prilagodbi.

## Rizici hormonske terapije

Sve su medicinske intervencije rizične. Vjerojatnost da će doći do neke ozbiljne negativne nuspojave ovisi o brojnim faktorima: o samome lijeku, o dozi, načinu primjene i pacijentovoj/ičinoj kliničkoj slici (dob, komorbiditeti, obiteljska anamneza, zdravstvene navike). Nemoguće je stoga predvidjeti hoće li do neke negativne nuspojave doći kod pojedinoga/e pacijenta/ice.

Rizici povezani s feminizirajućom/maskulinizirajućom hormonskom terapijom kod transpolne, transrodne i rodno nenormativne populacije u cjelini jezgrovito su izneseni u Tablici 2. S obzirom na količinu podataka,

17 Potpuno uklanjanje muških facijalnih i tjelesnih dlaka zahtijeva elektrolizu, laserski tretman ili oboje.

rizici su kategorizirani na sljedeći način: (i) vjerojatno povećani rizik povezan s hormonskom terapijom, (ii) moguće povećani rizik povezan s hormonskom terapijom, ili (iii) nema povećanoga rizika ili bez jasnih rezultata. Stavke u posljednjoj kategoriji su one koje mogu predstavljati rizik, ali za koje su dokazi toliko minimalni da se nikakav jasan zaključak ne može donijeti.

Dodatni detalji o navedenim rizicima nalaze se u dodatku B koji je napisan na temelju dva sveobuhvatna pregledna rada znanstveno utemeljene literature o feminizirajućoj/maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009) te jednom opsežnom kohortnom istraživanju (Asscheman i sur., 2011). Pružatelji/ice hormonske terapije mogu se osloniti na te dvije detaljne recenzije, kao i na ostale objavljene i dobro ocijenjene kliničke radove (Dahl, Feldman, Goldberg i Jaber, 2006; Ettner, Monstrey i Eyster, 2007).

## TABLICA 2:

RIZICI POVEZANI S HORMONSKOM TERAPIJOM, ISTAKNUTE STAVKE SU KLINIČKI ZNAČAJNE

razina rizika	feminizirajući hormoni	maskulinizirajući hormoni
vjerojatno povećani rizik	<b>venska tromboembolija</b> <sup>18</sup> žučni kamenci povišeni jetreni enzimi porast tjelesne težine hipertrigliceridemija	policitemija porast tjelesne težine akne androgena alopecija (čelavljenje) apneja tijekom spavanja
vjerojatno povećani rizik ako su prisutni dodatni rizični faktori <sup>19</sup>	kardiovaskularne bolesti	
moguće povećani rizik	hipertenzija hiperprolaktinemija ili prolaktinski tumor	povišeni jetreni enzimi hiperlipidemija

18 Rizik je veći kod oralnoga uzimanja estrogena nego kod transdermalnoga uzimanja.

19 Dodatni rizični faktor je i dob.

20 Dodatni rizični faktor je i dob.

21 Rizik je veći kod oralne primjene estrogena nego kod transdermalnoga uzimanja.

22 U njih su uključeni bipolarni, shizoafektivni i ostali poremećaji koji mogu imati manične ili psihotične simptome. Čini se da je ovaj nepoželjni efekt povezan s višim dozama ili suprafiziološkim razinama testosterona.

moguće povećani rizik ako su prisutni dodatni rizični faktori <sup>20</sup>	dijabetes tipa 2 <sup>21</sup>	destabilizacija određenih psihijatrijskih poremećaja <sup>22</sup> kardiovaskularne bolesti hipertenzija dijabetes tipa 2
nema povećanoga rizika ili bez jasnih rezultata	rak dojke	gubitak koštane mase rak dojke rak vrata maternice rak jajnika rak maternice

## Kompetencije liječnika/ce koji/a propisuje hormone i odnos s ostalim zdravstvenim djelatnicima/ama

Feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju najbolje je pružati u kontekstu cjelovitoga pristupa zdravstvenoj skrbi što uključuje obuhvatnu primarnu zdravstvenu zaštitu i koordinirani pristup psihosocijalnim pitanjima (Feldman i Safer, 2009). Psihoterapija i kontinuirano savjetovanje nisu uvjet za započinjanje s hormonskom terapijom, ali ako je terapeut/kinja uključen/a u proces, tada se savjetuje redovita komunikacija među zdravstvenim djelatnicima/ama (uz pacijentov/ičin pristanak) kako bi se osiguralo odvijanje procesa tranzicije u poželjnome smjeru, kako na fizičkome tako i na psihosocijalnome planu.

Uz prikladni trening, feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju može pružati niz stručnjaka/inja, uključujući specijalizirane medicinske tehničare/ke i liječnike/ce opće medicine (Dahl i sur., 2006). Posjeti liječniku/ci zbog održavanja razine hormona prilika su za pružanje obuhvatne zdravstvene zaštite jednoj populaciji koja često ne dobiva svu liječničku skrb koju bi trebala dobiti (Clements, Wilkinson, Kitano i Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Mnogi dijagnostički zadaci i liječenje komorbiditeta povezani s dugoročnom primjenom hormona, primjerice kardiovaskularni rizični faktori i dijagnostički testovi za rak, spadaju pod primarnu zdravstvenu zaštitu, a ne pod specijalističku (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; Svjetska zdravstvena organizacija, 2008), napose na područjima na kojima nisu dostupni specijalizirani rodni timovi ili specijalizirani/e liječnici/ce.

S obzirom na multidisciplinarne potrebe transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba koje se javljaju zbog hormonske terapije, a također i sve



komplikacije koje nastaju zbog fragmentiranih polja zdravstvene zaštite općenito (Svjetska zdravstvena organizacija, 2008), Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba snažno potiče angažman i dodatnu edukaciju pružatelja/ica primarne zdravstvene zaštite na području feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Ako hormone propisuje specijalist/kinja, on/a bi trebalo/la održavati stalnu komunikaciju s pacijentovim/ičinim pružateljima/cama primarne zdravstvene zaštite. I obrnuto, osoba koja je iskusna u pružanju hormonske terapije ili endokrinolog/inja trebao/la bi se uključiti ako liječnik/ca opće medicine nema iskustva s takvom vrstom hormonske terapije ili ako pacijent/ica pati od ranije prisutnoga metaboličkoga ili endokrinoga poremećaja koji bi mogao utjecati na endokrinu terapiju.

Iako još uvijek ne postoje službeni edukacijski programi za transrodnu medicinu, osoblje koje pruža hormonsku terapiju dužno je usvojiti potrebno znanje i steći iskustvo na tome polju. Kliničari/ke mogu svoje iskustvo i spremnost na pružanje feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije proširiti na način da se međusobno podijele prilikom pružanja skrbi, da se konzultiraju s iskusnijim pružateljima/cama ili da na početku pružaju nešto ograničenije vrste hormonske terapije, a potom tek napreduju do potpunoga iniciranja hormonske terapije. Budući da se to polje medicine tek razvija, kliničari/ke bi se trebali upoznati s recentnom medicinskom literaturom i stalno je pratiti te diskutirati o novonastalim problemima s kolegama/icama. Takve se diskusije mogu odvijati mrežama koje su uspostavile Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba i druge nacionalne/lokalne organizacije.

## Odgovornosti liječnika/ce koji/a propisuje hormone

Kliničari/ke koji/e propisuju hormone općenito bi se trebali/e angažirati oko sljedećih zadataka:

- 1) obavite početnu evaluaciju koja uključuje diskusiju s pacijentom/icom o ciljevima njegove/njene fizičke tranzicije, fizički pregled, procjenu rizika i relevantne laboratorijske testove;
- 2) diskutirajte s pacijentima/cama o očekivanim učincima feminizirajućih/maskulinizirajućih lijekova i mogućim neželjenim posljedicama. Jedna od njih može biti i smanjenje fertiliteti (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009), stoga bi se o

mogućnostima reprodukcije trebalo razgovarati s pacijentima/cama prije započinjanja hormonske terapije (v. poglavlje IX).

- 3) potvrdite da je pacijent/ica sposoban/na razumjeti sve rizike i koristi tretmana te da je sposoban/na donijeti informiranu odluku o zdravstvenoj skrbi;
- 4) pružite kontinuirani liječnički nadzor, uključujući i redovite fizičke i laboratorijske preglede, kako biste mogli/e pratiti učinkovitost hormona i njihove nuspojave;
- 5) komunicirajte koliko je god potrebno s pacijentovim/ičinim pružateljem/icom primarne zdravstvene zaštite, stručnjakom/injom za psihičko zdravlje i kirurgom/injom;
- 6) ako je potrebno, napišite svome/joj pacijentu/ici kratku izjavu koja potvrđuje da je on/a pod liječničkim nadzorom i skrbi koja uključuje i feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju. Pacijent/ica će možda htjeti tu izjavu nositi posvuda sa sobom, posebice u ranim fazama hormonskoga tretmana, kako bi spriječio/la moguće komplikacije s policijom i drugim autoritetima.

Ovisno o kliničkoj situaciji za pružanje hormonske terapije (vidi niže), neke od ovih odgovornosti su manje važne, stoga stupanj savjetovanja, fizičkih pregleda i laboratorijskih evaluacija treba individualizirati prema pacijentovim/ičinim potrebama.

## Klinička situacija za hormonsku terapiju

Postoje okolnosti u kojima će se od kliničara/ki očekivati da pružaju hormone bez nužnoga započinjanja ili održavanja dugoročne feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Prepoznavanjem tih različitih kliničkih situacija (vidi niže, od najmanje do najviše složenih), moguće je u feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju uključiti one kliničare/ke koji/e sebe inače ne bi smatrali/e kompetentnima za pružanje takvoga tretmana.

### 1) Premošćivanje

Bilo da su im hormone propisali/e drugi/e kliničari/ke, bilo da su ih nabavili/e drugim sredstvima (npr. kupnjom preko interneta), skrb mogu zatražiti i pacijenti/ce koji/e već primaju hormonsku terapiju. Kliničari/ke mogu

izdati ograničeni recept (1-6 mjeseci) za hormone i istovremeno pacijentima/cama pomagati u pronalasku pružatelja/ica koji/e mogu propisati dugoročnu hormonsku terapiju. Pružatelji/ce zdravstvene usluge trebali/e bi procijeniti sigurnost pacijentovoga/ičinoga trenutnoga režima i moguću interakciju s lijekovima iz drugih skupina te pojedine medikamente zamijeniti onim sigurnijima ili ih svesti na sigurnu dozu kada je to indicirano (Dahl i sur., 2006; Feldman i Safer, 2009). Ako su hormoni već ranije bili propisani pacijentu/ici, treba zatražiti liječnički karton (uz pacijentovo/ičino odobrenje) kako bi se stekao uvid u rezultate osnovnoga zdravstvenoga pregleda i laboratorijskih testova te uvid u eventualne nepoželjne nuspojave. Pružatelji/ice hormonske terapije trebali/e bi također komunicirati sa stručnjakom/injom za psihičko zdravlje koji/a je trenutno uključen/a u skrb o pacijentu/ici. Ako pacijent/ica nikada nije prošao/la kroz psihosocijalnu procjenu na način na koji to *Standardi skrbi* preporučuju (v. poglavlje VII), kliničari/ke bi pacijenta/icu, ako je to potrebno, trebali/e uputiti kvalificiranom/j stručnjaku/inji za psihičko zdravlje. Pružatelji/ce zdravstvene usluge koji/e propisuju hormone za premošćivanje trebali/e bi sa svojim pacijentima/cama raditi na određivanju granice trajanja terapije premošćivanjem.

## **2) Hormonska terapija nakon uklanjanja spolnih žlijezda**

Hormonska zamjena estrogenom ili testosteronom nakon ooforektomije ili orhidektomije obično traje tijekom čitavoga života, osim u slučaju medicinskih kontraindikacija. Budući da se hormonske doze često snižavaju nakon tih operativnih zahvata (Basson, 2001; Levy, Crown i Reid, 2003; Moore, Wisniewski i Dobs, 2003) i samo prilagođavaju životnoj dobi i komorbiditetnim zdravstvenim tegobama, primjena hormona u takvoj je situaciji vrlo slična nadomjesnoj hormonskoj terapiji kod bilo koje/ga pacijentice/a s hipogonadizmom.

## **3) Održavanje razine hormona prije uklanjanja spolnih žlijezda**

Jednom kada pacijent/ica postigne maksimalne rezultate u feminizaciji/maskulinizaciji hormonima (obično nakon dvije ili više godina), ostaje na dozi koja održava postignutu razinu hormona. Ta se doza potom prilagođava promjenama u zdravstvenome stanju, starenju i drugim faktorima poput promjena životnoga stila (Dahl i sur., 2006). Kada pacijent/ica koji/a prima dozu za održavanje postojeće razine hormona, zatraži zdravstvenu skrb, pružatelji/ce zdravstvene usluge trebali/e bi procijeniti sigurnost pacijentovoga/ičinoga trenutnoga režima i moguću interakciju s lijekovima iz drugih skupina te pojedine medikamente zamijeniti onim sigurnijima ili ih svesti na sigurnu dozu,

kada je to indicirano. Pacijenta/icu bi trebalo redovito pratiti fizičkim pregledima i laboratorijskim testovima, kao što se to navodi u literaturi (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Doziranje i oblik hormona trebalo bi redovito preispitivati u odnosu na promjene u pacijentovome/ičinome zdravstvenome statusu te dostupnim dokazima o potencijalnim rizicima povezanim s dugotrajnom primjenom hormona (v. *Režimi hormonske terapije* niže).

#### **4) Započinjanje hormonske feminizacije/maskulinizacije**

Ovakva klinička situacija zahtijeva od pružatelja/ice zdravstvene usluge najviše predanosti kada su posrijedi vrijeme i ekspertiza. Hormonsku terapiju potrebno je individualizirati u skladu s pacijentovim/ičinim ciljevima, omjeru rizika i koristi lijekova, prisutnosti drugih zdravstvenih stanja, a u obzir valja uzeti društvena i ekonomska pitanja. Iako se u literaturi pojavljuje mnogo različitih režima hormonske terapije (Dahl i sur., 2006; Hembree i sur., 2009; Moore i sur., 2003), ne postoje objavljeni rezultati kliničkih istraživanja provedenih na slučajnim uzorcima koji uspoređuju njihovu sigurnost i učinkovitost. Unatoč tome, jednu razumnu shemu za procjenu početnih rizika i kontinuirani nadzor hormonske terapije moguće je sastaviti na temelju ranije navedenih dokaza o učinkovitosti i sigurnosti.

### Procjena rizika i prilagodbe potrebne za započinjanje hormonske terapije

Početna evaluacija pacijenta/ice za hormonsku terapiju procjenjuje njihove kliničke ciljeve i rizične faktore koji bi mogli dovesti do nepoželjnih nuspojava povezanih s hormonima. Tijekom procjene rizika, pacijent/ica i kliničar/ka trebali/e bi razviti plan za smanjivanje rizika gdje god je to moguće; prije samoga započinjanja terapije ili u sklopu kontinuiranoga plana za smanjenje rizika.

Sve procjene trebaju sadržavati temeljit fizički pregled s mjerenjem težine, visine i krvnog tlaka. Određivanje potrebe za pregledom dojki, genitalija i rektuma, a mnogi/e transpolni/e, transrodni/e i rodno nenormativni/e pacijenti/ce su osjetljivi/e po tim pitanjima, treba temeljiti na individualnim rizicima i potrebama za preventivnom zdravstvenom zaštitom (Feldman i Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

## Preventivna zaštita

Pružatelj/i hormonske terapije trebaju s pacijentima/cama otvoriti temu preventivne zdravstvene zaštite, tim više ako pacijent/ica nema primarnu zdravstvenu zaštitu. Ovisno o pacijentovoj/ičinoj životnoj dobi i rizičnome profilu, možda će biti potrebno napraviti dijagnostičke testove za utvrđivanje stanja na koja hormonska terapija može utjecati. U idealnome se slučaju takvi dijagnostički testovi obavljaju prije započinjanja hormonske terapije.

### Procjena rizika i prilagodbe potrebne za feminizirajuću hormonsku terapiju (MtF)

Feminizirajuća terapija sama po sebi nema apsolutnih kontraindikacija, ali apsolutne kontraindikacije postoje za različite feminizirajuće agense, naročito estrogen. Među njima su prethodna venozna tromboza povezana s hiperkoagulabilnim stanjem, povijest neoplazme osjetljive na estrogen te zadnji stadij kronične jetrene bolesti (Gharib i sur., 2005).

Druga se medicinska stanja, kao što je zabilježeno u Tablici 2 te dodatku B, mogu pogoršati uslijed blokade estrogena ili androgena, pa ih stoga treba evaluirati i staviti pod kontrolu prije započinjanja hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Kliničari/ke bi posebnu pozornost trebali/e obratiti na konzumaciju duhana s obzirom da je duhan povezan s povećanim rizikom od venozne tromboze, a rizik se dodatno povisuje primjenom estrogena. Pacijentima/cama s prethodnim kardiovaskularnim ili cerebrovaskularnim bolestima preporučuju se konzultacije s kardiologom/injom.

Bazalne laboratorijske vrijednosti važne su za procjenu početnoga rizika i evaluaciju mogućih nepoželjnih nuspojava u budućnosti. Laboratorijske testove trebalo bi obaviti u skladu s rizicima feminizirajuće hormonske terapije, navedenima u Tablici 2, i individualnim pacijentovim/ičnim rizičnim faktorima, uključujući obiteljsku anamnezu. Predlošci laboratorijskih testova su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Moguće ih je prilagoditi pacijentima/icama ili sustavima zdravstvene zaštite s ograničenim sredstvima te inače zdravim pacijentima/icama.

### Procjena rizika i prilagodbe potrebne za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (FtM)

Među apsolutnim kontraindikacijama za terapiju testosteronom su trudnoća, nestabilna koronarna bolest srca te netretirana policitemija s

hematokritom od 55% ili više (Carnegie, 2004). Budući da aromatizacija testosterona u estrogen može povisiti rizik kod pacijenata/ica s poviješću raka dojke ili drugim karcinomima koji ovise o estrogenu (Moore i sur., 2003), konzultacije s onkologom/injom mogu biti indicirane prije same primjene hormona. Trebalo bi evaluirati i tretirati sva komorbiditetna stanja koja bi se mogla pogoršati primjenom testosterona, i to u najboljem slučaju prije započinjanja hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Pacijentima/cama s prethodnim kardiovaskularnim ili cerebrovaskularnim bolestima preporučuju se konzultacije s kardiologom/injom (Dhejne i sur., 2011).

Povišena prevalencija sindroma policističnih jajnika (PCOS) zabilježena je kod FtM pacijenata/ica, čak i kada ne koriste estrogen (Baba i sur., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid i Jacobs, 1993; Bosinski i sur., 1997). Premda nema dokaza da je PCOS povezan s razvojem transpolnoga, transrodnoga ili rodno nenormativnoga identiteta, PCOS jest povezan s povećanim rizikom od dijabetesa, srčanim bolestima, visokim krvnim tlakom te rakom jajnika i endometrija (Cattrall i Healy, 2004). Znakove i simptome PCOS-a treba evaluirati prije započinjanja testosteronske terapije jer testosteron može utjecati na mnoga od tih stanja. Testosteron može utjecati na fetus u razvoju (*Physicians' Desk Reference*, 2010), pa pacijenti/ce koji/e su izloženi riziku trudnoće trebaju koristiti visoko učinkovitu kontracepciju.

Bazalne laboratorijske vrijednosti važne su za procjenu početnoga rizika i evaluaciju mogućih nepoželjnih nuspojava u budućnosti. Laboratorijske testove trebalo bi obaviti u skladu s rizicima maskulinizirajuće hormonske terapije, navedenima u Tablici 2, i individualnim pacijentovim/ičinim rizičnim faktorima, uključujući obiteljsku anamnezu. Predložci laboratorijskih testova su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Moguće ih je prilagoditi potrebama pacijenata/ica ili sustavima zdravstvene zaštite s ograničenim sredstvima te inače zdravim pacijentima/icama.

## Kliničko praćenje radi učinkovitosti i uočavanja nepoželjnih nuspojava tijekom hormonske terapije

Svrha kliničkoga praćenja tijekom primjene hormona procjenjivanje je stupnja feminizacije/maskulinizacije te moguće prisutnosti nepoželjnih nuspojava lijekova. Međutim, kao i tijekom praćenja dugotrajne primjene

lijekova, praćenje se treba odvijati u kontekstu obuhvatne zdravstvene skrbi. Dostupni su objavljeni protokoli za kliničko praćenje (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Pacijente/ice s komorbiditetnim zdravstvenim stanjima možda će trebati redovitije pratiti. Zdravi/e pacijenti/ice koji/e žive u geografski udaljenim područjima ili sredinama s nedovoljnim resursima mogu koristiti neke alternativne strategije poput telemedicine ili surađivati s lokalnim pružateljima/icama zdravstvene zaštite poput medicinskih tehničara/ki. Ako nema drugih indikacija, zdravstveno osoblje može u prvi plan staviti praćenje onih rizika koji su kod hormonske terapije ili vjerojatno povećani ili moguće povećani, ali klinički ozbiljni.

### **Učinkovitost i praćenje rizika tijekom feminizirajuće hormonske terapije (MtF)**

Učinkovitost hormona najbolje se može procijeniti pomoću kliničkoga odgovora na terapiju: razvija li se kod pacijenta/ice feminizirano tijelo istovremeno s minimalizacijom maskulinih karakteristika, a u skladu s pacijentovim/ičinim ciljevima kada je riječ o rodu? Da bi se što brže predvidjelo doziranje hormona koje će postići klinički odgovor, moguće je mjeriti spuštanje razine testosterona ispod normalnih gornjih vrijednosti za žene te spuštanje razine estradiola u vrijednosti kod žena u predmenopauzi, ali znatno ispod suprafizioloških razina (Feldman i Safer; Hembree i sur., 2009).

Praćenje radi uočavanja nepoželjnih nuspojava trebalo bi sadržavati i kliničku i laboratorijsku evaluaciju. Naknadno praćenje trebalo bi uključivati detaljni pregled na znakove kardiovaskularnih oštećenja i venozne tromboze mjerenjem krvnoga tlaka, težine i pulsa, pregledom srca i pluća te pregledom ekstremiteta zbog mogućih perifernih edema, lokalizirane otekline ili boli (Feldman i Safer, 2009). Laboratorijsko praćenje trebalo bi se temeljiti na ranije opisanim rizicima povezanim s hormonskom terapijom, pacijentovim/ičinim individualnim komorbiditetima i rizičnim faktorima te njegovome/njenome specifičnome hormonskome režimu. Dostupni su objavljeni protokoli za laboratorijsko praćenje (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009).

### **Učinkovitost i praćenje rizika tijekom maskulinizirajuće hormonske terapije (FtM)**

Učinkovitost hormona najbolje se može procijeniti pomoću kliničkoga odgovora na terapiju: razvija li se kod pacijenta/ice maskulinizirano tijelo istovremeno s minimalizacijom femininih karakteristika, a u skladu s

pacijentovim/ičinim ciljevima kada je riječ o rodu? Dobar klinički odgovor na terapiju s najmanjom vjerojatnošću nepoželjnih nuspojava kliničari/ke mogu postići održavanjem razine testosterona u normalnim vrijednostima za muškarce s istovremenim izbjegavanjem suprafizioloških razina (Dahl i sur., 2006; Hembree i sur., 2009). Kod pacijenata/ica koji testosteron cipionat ili enantat koriste intramuskularno (IM), neki/e kliničari/ke prate najnižu koncentraciju testosterona, dok ostali/e radije prate ovulacijske vrijednosti.

Praćenje radi uočavanja nepoželjnih nuspojava trebalo bi sadržavati i kliničku i laboratorijsku evaluaciju. Naknadno praćenje trebalo bi uključivati detaljni pregled na znakove i simptome pretjeranoga povećanja tjelesne težine, akni, probojnih krvarenja iz maternice te psihijatrijske simptome kod rizičnih pacijenata/ica. Fizički pregledi trebali bi sadržavati mjerenje krvnoga tlaka, težine i pulsa, preglede srca i pluća te preglede kože (Feldman i Safer, 2009). Laboratorijsko praćenje trebalo bi se temeljiti na ranije opisanim rizicima povezanima s hormonskom terapijom, pacijentovim/ičinim individualnim komorbiditetima i rizičnim faktorima te njegovome/njenome specifičnome hormonskome režimu. Objavljeni su protokoli za laboratorijsko praćenje (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009).

## Hormonski režimi

Do danas nije obavljeno nijedno kontrolirano kliničko ispitivanje hormonskih režima u feminizirajućoj/maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji kojim bi bilo moguće evaluirati njihovu sigurnost ili učinkovitost u postizanju fizičke tranzicije. Posljedično tomu, u medicinskoj literaturi pojavljuje se niz međusobno različitih doza i vrsta hormona (Moore i sur., 2003; Tangpricha i sur., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens i Gooren, 1997). K tomu, pristup određenim lijekovima može biti ograničen zbog pacijentove/ičine geografske lokacije i/ili socijalne ili ekonomske situacije. Zbog toga Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba ne opisuje niti podupire neki specifični režim feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Umjesto toga, ovdje se razmatraju različite skupine lijekova i načini njihove primjene u većini objavljenih režima.

Kao što je ranije opisano, kod pojedinih elemenata u različitim režimima postoje razlike u sigurnosti. Smjernice endokrinološkoga društva (Hembree i sur.) te Feldman i Safer (2009) pružaju specifične smjernice po pitanju vrsta hormona i preporučenih doza za održavanje razina u fiziološkome omjeru za



pacijentovo/ičino željeno rodno izražavanje (kojima je cilj potpuna feminizacija/maskulinizacija). Pružateljima/icama hormonske terapije izrazito se preporučuje da redovito prate literaturu zbog novih informacija te koriste one lijekove koji odgovaraju potrebama pojedinoga/e pacijenta/ice i dostupnim lokalnim resursima.

## Režimi za feminizirajuću hormonsku terapiju (MtF)

### *Estrogen*

Čini se da oralna primjena estrogena, a specifično etinilestradiola, povećava rizik od venske tromboze. Zbog ovoga zdravstvenoga rizika ne preporučuje se primjena etinilestradiola u feminizirajućoj hormonskoj terapiji. Transdermalna primjena estrogena preporuča se onim pacijentima/icama koji/e već imaju rizične faktore za vensku trombozu. Rizik od nepoželjnih nuspojava raste povećanjem doze, posebice s dozama koje rezultiraju suprafiziološkim razinama (Hembree i sur., 2009). Pacijenti/ce s komorbiditetnim stanjima koji mogu biti pod utjecajem estrogena trebali/e bi izbjegavati njegovu oralnu primjenu, ako je to moguće, i početi od nižih razina. Neki/e pacijenti/ce možda neće moći sigurno koristiti estrogen u onim dozama koje su im potrebne da bi ostvarili/e željene rezultate. Tu mogućnost s pacijentima/cama treba raspraviti puno ranije od samoga započinjanja hormonske terapije.

### *Lijekovi za snižavanje razine androgena ("anti-androgeni")*

Kombinacija estrogena i "anti-androgena" najproučavaniji je režim za feminizaciju. Učinak lijekova za suzbijanje androgena, koji dolaze iz raznih skupina lijekova, jest ili snižavanje razine endogenoga testosterona ili slabljenje djelovanja testosterona, pa stoga i ublažavanje maskulinih karakteristika poput tjelesne dlakavosti. Ti lijekovi minimiziraju dozu estrogena potrebnu za suzbijanje testosterona, a to znači da smanjuju i rizike povezane s visokom dozom egzogenoga estrogena (Prior, Vigna, Watson, Diewold i Robinow, 1986; Prior, Vigna i Watson, 1989).

Često se primjenjuju sljedeći anti-androgeni:

- Spironolakton: antihipertenzivni agens koji direktno inhibira lučenje testosterona i vezanje androgena na androgeni receptor. Zbog moguće hiperkalemije potrebno je nadzirati krvni tlak i elektrolite.
- Ciproteron acetat: progesteron s anti-androgenim svojstvima. Lijek nije odobren u Sjedinjenim Državama zbog njegove potencijalne

hepatotoksičnosti, ali u drugim se zemljama često primjenjuje (De Cuyper i sur., 2005).

- GnRH agonisti (goserelin, buserelin, triptorelin): neurohormoni koji blokiraju receptor za gonadotropni otpušajući hormon i na taj način onemogućavaju otpuštanje folikulostimulacijskoga hormona i luteinizirajućega hormona. Korištenjem ovih lijekova postiže se izrazito učinkovito blokiranje gonada. Međutim, riječ je o skupim lijekovima koji su dostupni jedino u obliku injekcije ili implantata.
- Inhibitori 5-alfa-reduktaze (finasterid i dutasterid) blokiraju pretvaranje testosterona u aktivniji agens 5-alfa-dihidrotestosteron. Ti lijekovi imaju blagotvoran učinak na ćelavljenje, tjelesnu dlakavost, žlijezde lojnice i ujednačenost tena.

Ciproteron i spironolakton najčešće su primjenjivani anti-androgeni, a vjerojatno i najučinkovitiji u odnosu na cijenu.

### *Progestini*

Izuzev primjene ciproterona, primjena ostalih progestina u feminizirajućoj hormonskoj terapiji je kontroverzna (Oriel, 2000). Budući da progestini utječu na razvitak dojki na staničnoj razini, neki/e kliničari/ke vjeruju da su ti agensi nužni za potpuni razvitak dojki (Basson i Prior, 1998; Oriel, 2000). Međutim, klinička usporedba režima za feminizaciju sa i bez progestina pokazala je da primjena progestina nije ni pospješila rast grudi ni snizila serumske razine slobodnoga testosterona (Meyer i sur., 1986). Potencijalne nepoželjne nuspojave progestina zabrinjavaju, a među njima su depresija, porast tjelesne težine i lipidne promjene (Meyer i sur., 1986; Tangpricha i sur., 2003). Za progestine se također sumnja (a posebice za medroksiprogesteron) da povećavaju rizik od raka dojke i kardiovaskularnih bolesti kod žena (Rossouw i sur., 2002). Mikronizirani progesteron ponekad se lakše tolerira, a njegov je utjecaj na lipidni profil nešto povoljniji od utjecaja medroksiprogesterona (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace i Wiita, 2000).

### **Režimi za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (FtM)**

#### *Testosteron*

Testosteron se općenito može primjenjivati oralno, transdermalno ili parenteralno, a dostupan je i kao bukalni preparat te u obliku implantata.

Testosteron undekanoat za oralnu primjenu, dostupan izvan Sjedinjenih Država, rezultira nižom serumskom razinom testosterona nego što je to slučaj kod neoralnih preparata, a njegova je učinkovitost u zaustavljanju menstruacije ograničena (Feldman, 2005, travanj; Moore i sur., 2003). Budući da se testosteron cipionat i enantat za intramuskularnu primjenu često primaju svaka 2 do 4 tjedna, neki/e pacijenti/ce mogu primijetiti cikličke varijacije u učincima (primjerice, zamor i razdražljivost na kraju ciklusa primanja injekcija; agresivnost ili ekspanzivno ponašanje na početku ciklusa primanja injekcija), kao što je moguće da nešto duže budu izvan normalnih fizioloških razina (Jockenhövel, 2004; Nieschlag i sur., 2004). Ti se učinci mogu ublažiti češćom primjenom nižih doza ili svakodnevnom primjenom transdermalnih preparata (Dobs i sur., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag i sur., 2004). Testosteron undekanoat za intramuskularnu primjenu (trenutačno nedostupan u Sjedinjenim Državama) održava stabilnu fiziološku razinu testosterona u razdoblju od otprilike 12 tjedana, a pokazao se učinkovitim i u slučaju hipogonadizma te kod FtM osoba (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann i Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad i Nieschlag, 2006). Neki dokazi idu u prilog tome da transdermalna i intramuskularna primjena testosterona postižu slične rezultate u maskulinizaciji, premda se rezultati s transdermalnim preparatima postižu nešto sporije (Feldman, 2005, travanj). Cilj je, posebice u kontekstu pacijentovoga/ičinoga starenja, koristiti najnižu moguću dozu za održavanje željenih kliničkih rezultata, uz poduzimanje potrebnih mjera opreza za održavanje gustoće koštane mase.

### *Ostali agensi*

Progestini, a najčešće medroksiprogesteron, mogu se primjenjivati tijekom nekoga kraćega razdoblja kako bi pospješili zaustavljanje menstruacije u ranoj fazi hormonske terapije. GnRH agonisti mogu se koristiti na sličan način, ali i u slučajevima refraktornoga krvarenja iz maternice kod pacijenata/ica s ginekološkim abnormalnostima.

### **Bioidentični i individualizirani hormoni**

Zaoštavanjem rasprave o primjeni bioidentičnih hormona u postmenopauzalnoj nadomjesnoj hormonskoj terapiji, ujedno se povećao i interes za primjenom sličnih spojeva u feminizirajućoj/maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji. Nema dokaza koji bi išli u prilog tomu da su individualno prilagođeni bioidentični hormoni sigurniji ili učinkovitiji od bioidentičnih hormona koje je odobrila državna agencija za lijekove (Sood, Shuster, Smith,

Vincent i Jatoi, 2011). Stoga su Sjevernoameričko društvo za menopauzu (North American Menopause Society) (2010) i drugi/e savjetovali/e da je za određeni hormon, bez obzira je li on proizvod individualizirane farmacije ili ne, ako su njegovi aktivni sastojci vrlo slični, valjano pretpostaviti da će njegovi učinci i nuspojave također biti vrlo slični. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba slaže se s tom procjenom.

## IX.

# Reproduktivno zdravlje

Mnoge će transrodne, transpolne i rodno nenormativne osobe htjeti djecu. Budući da feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija ograničava fertilitet (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui i Bremner, 1999), poželjno je da pacijentice i pacijenti donesu odluke koje se tiču fertiliteta prije započinjanja hormonske terapije ili podvrgavanja kirurškom zahvatu kojim se reproduktivni organi uklanjaju ili modificiraju. Poznati su slučajevi ljudi koji su prošli kroz hormonsku terapiju i genitalnu kirurgiju, a kasnije žalili zbog svoje nesposobnosti da podižu genetski srodnu djecu (De Sutter, Kira, Verschoor i Hotimsky, 2002).

Zdravstveni/e djelatnici/e – uključujući stručnjake/inje za psihičko zdravlje koji/e preporučuju hormonsku terapiju ili kirurški zahvat, liječnike/ce koji/e propisuju hormone te kirurge/inje – trebaju razgovarati o opcijama za reprodukciju sa svojim pacijentima/cama prije započinjanja spomenutih tretmana za rodnu disforiju. Te razgovore valja obaviti čak i ako pacijent/ica tijekom trajanja tretmana za tu temu nije zainteresiran/a. Nezainteresiranost je češća kod mlađih pacijenata/ica (De Sutter, 2009). Poželjno je razgovor obaviti što ranije, no to nije uvijek moguće. Ako osoba nije obavila kompletnu operaciju prilagodbe spola, moguće je zaustaviti primjenu hormona dovoljno dugo da se natalni hormoni obnove i na taj način omogući proizvodnja zrelih spolnih stanica (Payer, Meyer i Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta i Dhont, 2001).

Osim rasprava i tekstova koji zastupaju određeno stajalište, vrlo je malo objavljenih istraživačkih radova o reproduktivnome zdravlju pojedinki i pojedinaca koji/e primaju različite medicinske tretmane za rodnu disforiju. Druga skupina koja se suočava s potrebom zadržavanja reproduktivne funkcije uslijed gubitka ili oštećenja gonada su ljudi koji pate od malignih bolesti koje zahtijevaju odstranjivanje reproduktivnih organa ili zračenje i kemoterapiju koji tim organima nanose štetu. Pouke proizašle iz rada s tom skupinom pacijenata/ica mogu se primijeniti i u radu s ljudima koji primaju tretman zbog rodne disforije.

MtF pacijente/ice, a posebice one koji/e još nemaju djecu, treba informirati o opcijama za očuvanje sperme i ohrabrivati ih da svoju spermu pohrane

prije hormonske terapije. Rezultati istraživanja o testisima koji su bili izloženi visokim dozama estrogena (Payer i sur., 1979) upućuju na to da prestanak primjene estrogena može omogućiti oporavak testisa. U članku o stavovima MtF osoba o zamrzavanju sperme (De Sutter i sur., 2002), velika većina od 121 ispitanika/ca smatrala je da medicinska struka treba otvoriti diskusiju o zamrzavanju sperme i pružati tu mogućnost. Spermu bi trebalo pribaviti prije hormonske terapije ili nakon zaustavljanja terapije i ponovnoga porasta broja spermatozoida. Krioprezervaciju treba uzeti u obzir, čak i ako je kvaliteta sjemena loša. Kod odraslih osoba s azoospermijom moguće je obaviti biopsiju testisa i krioprezervirati prikupljeni materijal radi sperme, ali takav postupak neće nužno dati željene rezultate.

Opcije za reprodukciju kod FtM pacijenata/ica mogu biti zamrzavanje oocita (jajne stanice) ili embrija. Zamrznute spolne stanice i embrij do trudnoće može kasnije iznijeti surogatna žena. Istraživanje provedeno na ženama sa sindromom policističnih jajnika pokazuje da se jajnik može djelomično oporaviti od učinaka visoke razine testosterona (Hunter i Sterrett, 2000). Zaustavljanje primjene testosterona na neki kraći period može omogućiti jajniku da se dovoljno oporavi kako bi oslobodio jajnu stanicu. Uspjeh uvelike ovisi o pacijentovoj/ičinoj dobi i prethodnome trajanju tretmana testosteronom. Iako nema sistematičnih istraživanja, neke su se FtM osobe poslužile upravo tom metodom, a određeni je broj uspio zatrudnjeti i roditi djecu (More, 1998).

Pacijentima/cama treba objasniti da navedene tehnike nisu svugdje dostupne i da mogu biti izrazito skupe. Transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama opcije za reprodukciju ne bi nikako smjele biti zaniijekane.

Zasebnu skupinu čine osobe prepubertetske ili adolescentske dobi koje nikada neće razviti reproduktivnu funkciju u spolu koji im je pripisan pri rođenju zbog blokatora ili primjene hormona drugoga spola. Zasada ne postoji nijedna tehnika koja bi očuvala funkciju gonada kod takvih pojedinaka i pojedinaca.

## X.

# Glasovna i komunikacijska terapija

Komunikacija, kako verbalna tako i neverbalna, važan je aspekt ljudskoga ponašanja i rodnoga izražavanja. Transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe možda potraže pomoć specijalista/kinje za glas i komunikaciju kako bi razvile osobine glasa (primjerice, visinu glasa, intonaciju, rezonanciju, govorni tempo, obrasce izražavanja) i obrasce neverbalne komunikacije (primjerice, geste, držanje/kretanje, izraze lica) koji doprinose osjećaju zadovoljstva vlastitim rodnim identitetom. Glasovna i komunikacijska terapija može pridonijeti ublažavanju rodne disforije kao jedna pozitivna i poticajna etapa u postizanju ciljeva u rodnome izražavanju.

## Kompetencije specijalista/kinja za glas i komunikaciju koji/e rade s transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim klijenticama i klijentima

Specijalisti/kinje mogu biti logopedi/kinje i dijagnostičari/ke, terapeuti/kinje i kliničari/ke na polju glasa i govora. U većini zemalja za članstvo u strukovnim organizacijama za govorne terapeutkinje i terapeute potrebno je zadovoljiti uvjete o specifičnim kvalifikacijama i ovlaštenjima. U nekim zemljama vlast regulira praksu procesima licenciranja, certificiranja ili registracije (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

U nastavku slijede minimalni preporučeni uvjeti za specijaliste/kinje za glas i komunikaciju koji/e rade s transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim klijentima/cama:

- 1) specijalizirano obrazovanje i stečene kompetencije za procjenu i razvoj komunikacijskih vještina kod transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih klijenata/ica;

- 2) bazično poznavanje zdravlja transrodnih osoba, uključujući poznavanje hormonske terapije i kirurških zahvata za feminizaciju/maskulinizaciju te psihosocijalnih pitanja, specifičnih za trans-osobe, koja su ukratko opisana u *Standardima skrbi*. Poznavanje bazičnih protokola o uviđavnome ponašanju kao što je korištenje rodnih zamjenica i imena koja preferiraju klijenti/ce (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia);
- 3) kontinuirano educiranje u procjenjivanju i razvijanju komunikacijskih vještina transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih klijenata/ica koje može podrazumijevati sudjelovanje na relevantnim strukovnim okupljanjima, radionicama ili seminarima, sudjelovanje u istraživanju koje se bavi pitanjima rodnoga identiteta, samostalno istraživanje ili rad pod mentorstvom iskusnoga/e certificiranoga/e kliničara/ke.

I drugi/e stručnjaci/kinje, poput vokalnih instruktora/ica, učitelja/ica pjevanja i stručnjaka/inja za kretanje, mogu dati važan doprinos. Najbolje bi bilo kad bi takvi/e stručnjaci/kinje već posjedovali/e iskustvo rada ili aktivne suradnje s govorno-glasovnim terapeutima/kinjama.

## Procjena i razmatranje tretmana

Sveukupni je cilj glasovne i komunikacijske terapije pružiti pomoć klijentima/cama da prilagode svoje glasove i komunikaciju na siguran i autentičan način. Krajnji ishod terapije su obrasci komunikacije koje klijenti/ce smatraju podudarnima sa svojim rodnim identitetom i samopoimanjem (Adler, Hirsch i Mordaunt, 2006). Od ključne je važnosti da su specijalisti/kinje za glas i komunikaciju uviđavni/e prema individualnim komunikacijskim preferencijama. Komunikacija – stil, glas, izbor riječi itd. – je osobna stvar. Pojedinke i pojedince ne bi se smjelo savjetovati da usvajaju obrasce ponašanja kojima nisu zadovoljni/e ili koje ne doživljavaju autentičnima. Specijalist/kinja će svom/joj klijentu/ici najbolje pomoći ako uzme dovoljno vremena da shvati klijentovu/ičinu rodnu situaciju i njegovo/njeno ciljano rodno izražavanje (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Pojedinci/ke mogu željeti usvojiti ono komunikacijsko ponašanje koje je u skladu s njihovim rodnim identitetom. Specijalist/kinja za glas i



komunikaciju svojim klijentima/icama u donošenju tih odluka pruža podršku vlastitim znanjem, a u skladu s nalazima procjene svakoga/e specifičnoga/e klijenta/ice (Hancock, Krissinger i Owen, 2010). Procjena uključuje i klijentovu/ičinu samoprocjenu te specijalistovu/kinjinu evaluaciju glasa, rezonancije, artikulacije, govornoga jezika i neverbalne komunikacije (Adler i sur., 2006; Hancock i sur., 2010).

Plan glasovnoga i komunikacijskoga tretmana razvija se u skladu s dostupnim dokazima iz znanstvenih istraživanja, specijalistovim/kinjinim kliničkim znanjem i iskustvom te klijentovim/ičinim vlastitim ciljevima i vrijednostima (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Tretman obično obuhvaća visinu glasa, intonaciju, glasnoću i naglašavanje, kvalitetu glasa, rezonanciju, artikulaciju, govorni tempo i obrasce izražavanja, jezik i neverbalnu komunikaciju (Adler i sur., 2006; Davies i Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts i Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates i Dacakis, 1983). Tretman se može sastojati od individualnih i/ili grupnih sesija. Učestalost susreta i duljina tretmana varirat će ovisno o klijentovim/ičinim potrebama. Pri razradi individualiziranoga plana terapije od pomoći mogu biti već objavljeni protokoli za glasovnu i komunikacijsku rehabilitaciju (Carew, Dacakis i Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies i Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark i Deakin, 2008; Mount i Salmon, 1988).

Feminizacija ili maskulinizacija glasa sastoji se od korištenja glasovnoga sustava na način na koji se on dotada nije koristio. Nužno je poduzeti preventivne mjere kako bi se izbjegla mogućnost zloupotrebe glasa i dugotrajna glasovna oštećenja. Stoga se glasovna i komunikacijska terapija treba sastojati i od zdravstvene zaštite samoga glasa.

## Zdravstvena zaštita nakon kirurške feminizacije glasa

Kao što će biti objašnjeno u poglavlju XI, neke transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe podvrgnut će se kirurškoj feminizaciji glasa. (Produbljenje glasa može se postići maskulinizirajućom hormonskom terapijom, ali feminizirajući hormoni nemaju utjecaja na glas odraslih MtF osoba.) Kod pacijenata/ica koji/e su obavile takav kirurški zahvat, pokazalo se da nisu svi/e jednako zadovoljni/e rezultatima i da zahvat nije jednako siguran za sve, a i dugotrajna stopa poboljšanja nije kod svih ista. Osobama koje se odlučuju

na kiruršku feminizaciju glasa preporuča se konzultiranje sa specijalistom/kinjom za glas i komunikaciju kako bi se kirurški postignuti rezultati doveli do njihovoga maksimuma. Specijalist/kinja za glas i komunikaciju također može pomoći pri zdravstvenoj zaštiti glasa nakon kirurške feminizacije i pružiti poduku pacijentima/cama o aspektima komunikacije koji nisu vezani za visinu glasa. Nakon kirurške prilagodbe glasa, procedura bi trebala biti upotpunjena susretima za praćenje rezultata sa specijalistom/kinjom za glas i komunikaciju kojem/oj je komisija nadležna logopedima/njama stručnjacima/kinjama za glas i govor u danoj zemlji izdala odobrenje za samostalan rad (Kanagalingam i sur., 2005; Neumann i Welzel, 2004).

## XI.

# Kirurški zahvati

## Operacija prilagodbe spola učinkovita je i medicinski nužna

Kirurški zahvat – posebice na genitalijama – počesto je korak o kojem se najviše razmišlja i koji dolazi posljednji u tretmanu rodne disforije. I dok mnoge transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe pronalaze zadovoljstvo u svome rodnome identitetu, rodnoj ulozi i izražavanju bez kirurških zahvata, mnogim drugima oni su najvažniji i medicinski nužni korak u ublažavanju rodne disforije (Hage i Karim, 2000). Potonja skupina ne može doživjeti rasterećenje od rodne disforije bez modificiranja primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika u pravcu njihova poklapanja s rodnim identitetom. K tomu, kirurški zahvati mogu pacijenticama i pacijentima pomoći da se osjećaju ugodnije sa seksualnim partnericama i partnerima ili na mjestima poput liječničke ordinacije, bazena i teretane. U određenim situacijama kirurški zahvat može umanjiti rizik od traume, primjerice u slučaju uhićenja ili policijskoga pregleda osobe.

Istraživanja praćenjem neosporno su pokazala da se operacijom prilagodbe spola postiže blagotvoran učinak na postoperativne ishode kao što su subjektivna dobrobit, fizički izgled i spolna funkcija (De Cuypere i sur., 2005; Gijs i Brewaeys, 2007; Klein i Gorzalka, 2009; Pfäfflin i Junge, 1998). Dodatne informacije o ishodima kirurških tretmana sažeto su iznesene u dodatku D.

## Etička pitanja oko operacije prilagodbe spola

U uobičajenoj kirurškoj praksi uklanjaju se patološka tkiva i obnavljaju poremećene funkcije ili se tjelesne značajke prilagođavaju kako bi se poboljšalo pacijentovo/ičino samopoimanje. Neki se ljudi, a među njima su i neki/e zdravstveni/e djelatnici/e, protive kirurškim zahvatima kao tretmanu za rodnu disforiju jer smatraju, pozivajući se na etička načela, da prethodna dva uvjeta za kirurški tretman u slučaju rodne disforije nisu ostvarena.

Važno je da zdravstveni/e djelatnici/e koji/e skrbe o pacijentima/cama s rodnom disforijom nemaju nedoumica kad je posrijedi mijenjanje anatomske normalne strukture. Da bi razumjeli/e način na koji kirurški zahvati mogu pomoći kod psihološkoga nezadovoljstva i stresa osoba s rodnom disforijom, zdravstveni/e djelatnici/e trebaju od takvih pacijenata/ca čuti o njihovim simptomima, dilemama i proživljenim životnim iskustvima. Otpor prema izvođenju kirurškoga zahvata utemeljen na etičkome načelu "prije svega, ne naškoditi" treba poštivati, o njemu treba raspravljati i otvoriti prostor da se od samih pacijenata/ica uči o psihološkome stresu koji uzrokuje rodna disforija i potencijalnoj šteti koju uzrokuje odbijanje pristupa prikladnim tretmanima.

Kao tretmani za rodnu disforiju, kirurški zahvati na genitalijama i dojčkama/prsima nisu samo još jedan obični niz elektivnih zahvata. Kod tipičnih elektivnih zahvata sklapa se samo privatni sporazumni ugovor između pacijenta/ice i kirurga/inje. Kao medicinski nužni tretmani za rodnu disforiju, kirurški zahvati na genitalijama i dojčkama/prsima mogu se obaviti tek nakon što je pacijenta/icu procijenio/la kvalificirani/a stručnjak/inja za psihičko zdravlje na način opisan u poglavlju VII *Standarda skrbi*. Riječ je o zahvatima koje je moguće obaviti tek kada postoji pisana dokumentacija koja potvrđuje da je procjena obavljena i da su ispunjeni kriteriji za specifični kirurški zahvat. Poštivanjem te procedure, stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje, kirurzi/ginje i pacijenti/ce dijele odgovornost za donesenu odluku o ireverzibilnoj modifikaciji tijela.

Neetično je odbiti pristup operaciji prilagodbe spola ili osobu smatrati neprikladnom za taj zahvat samo zato što je ona seropozitivna na infekcije koje se prenose krvlju kao što su HIV ili hepatitis B ili C.

## Odnos kirurga/inje sa stručnjacima/kinjama za psihičko zdravlje, liječnicima/ama koji/e propisuju hormone (ako su hormoni propisani) i pacijentima/cama (informirani pristanak)

Kirurgova/injina uloga u tretmanu rodne disforije nije samo tehnička. Naprotiv, savjesni/a će kirurg/inja imati uvid u anamnezu svakoga/e pacijenta/ice i poznavati razloge zbog kojih je upućen/a na kirurški zahvat. Stoga kirurzi/ginje moraju sa svojim pacijentima/cama voditi opsežne razgovore i razviti blisku suradnju s ostalim zdravstvenim djelatnicima/ama koji/e su aktivno uključeni/e u zdravstvenu skrb o istom/j pacijentu/ici.

Konzultacije se podrazumijevaju ako je kirurg/inja član/ica interdisciplinarnoga zdravstvenoga tima. Ako tomu nije tako, kirurg/inja se mora pouzdati u stručnjaka/inju za psihičko zdravlje koji/a izdaje uputnicu, a u slučaju hormonske terapije, i u liječnika/cu koji/a propisuje hormone s obzirom da se kirurg/inja nužno oslanja na njihovu ekspertizu.

Jednom kada je kirurg/inja uvjeren/a da su specifični kriteriji za kirurški zahvat ispunjeni (na način opisan u nastavku teksta), kirurški zahvat uzima se u razmatranje i započinje se s preoperativnim konzultacijama. Tijekom tih konzultacija, s pacijentom/icom se opširno razgovara o zahvatu i postoperativnoj skrbi. Kirurzi/inje su dužni/e s pacijentom/icom koji/a se javlja zbog kirurškoga tretmana za rodnu disforiju razgovarati o sljedećim temama:

- različitim kirurškim tehnikama koje imaju na raspolaganju (s upućivanjem na kolege/ice koji/e pružaju alternativne opcije);
- prednostima i nedostacima svake pojedine tehnike;
- ograničenjima u postizanju “idealnih” rezultata određenim zahvatom pri čemu bi kirurzi/ginje trebali/e svojim pacijentima/cama pokazati sve dostupne fotografije bivših pacijenata/ica, napravljene prije i poslije zahvata, a na kojima se trebaju vidjeti i uspješni i neuspješni ishodi po obavljanju zahvata;
- inherentnim rizicima i mogućim komplikacijama kod različitih tehnika. Kirurg/inja bi trebao/la svoga pacijenta/icu informirati o stopi komplikacija kod svakoga zahvata koji je osobno obavio/la.

Raspravljanje o navedenim temama središnji je aspekt u procesu davanja informiranoga pristanka. Radi se o etičkome i pravnome uvjetu koji mora biti ispunjen prije svakoga kirurškoga zahvata. Da bi se postigao rezultat koji će pacijentima/cama ublažiti rodnu disforiju, važno je prvo osigurati da oni/e od ishoda zahvata imaju realna očekivanja.

Sve te informacije pacijentima/cama bi trebalo pružiti napismeno, jezikom kojim vladaju i u vidu eksplicitnih ilustracija. Pacijenti/ce bi informacije trebali/e dobiti unaprijed (eventualno preko interneta), a potrebno im je osigurati i dovoljno vremena da ih detaljno prouče. O elementima informiranoga pristanka uvijek bi trebalo razgovarati uživo, prije same kirurške intervencije. Zatim se mogu postaviti pitanja i pružiti odgovori, a nakon toga pacijent/ica može svoj informirani pristanak dati u pismenome obliku. Budući da je riječ o ireverzibilnim kirurškim zahvatima, pacijentima/cama treba osigurati dovoljno vremena da potpuno usvoje sve informacije prije negoli ih

se zamoli da daju svoj informirani pristanak. Preporuča se period u trajanju od minimalno 24 sata.

Kirurzi/ginje bi odmah trebali/e pružiti postoperativnu skrb i omogućiti konzultacije s ostalim liječnicima/ama koji će pacijentu/ici biti na usluzi u budućnosti. Pacijenti/ce bi sa svojim/om kirurgom/injom trebali/e surađivati na razvijanju adekvatnoga plana za postoperativnu skrb.

## Pregled kirurških zahvata za tretman pacijenata/ica s rodnom disforijom

### **Kod pacijenata/ica čiji se smjer tranzicije kreće od obrazaca muškosti prema obrascima ženskosti (MtF) može se raditi o sljedećim kirurškim zahvatima:**

- 1) kirurškome zahvatu na dojčkama/prsima: augmentacijskoj mamoplastici (implantati/transfer masti);
- 2) kirurškome zahvatu na genitalijama: penektomiji, orhidektomiji, vaginoplastici, klitoroplastici, vulvoplastici;
- 3) kirurškim intervencijama koje se ne obavljaju na genitalijama ni na dojčkama/prsima: kirurškoj feminizaciji lica, liposukciji, transferu masti, kirurškome zahvatu na glasnicama, smanjenju tiroidne hrskavice, augmentaciji stražnjice (implantati/transfer masti), rekonstrukciji kose i različitim estetskim zahvatima.

### **Kod pacijenata/ica čiji se smjer tranzicije kreće od obrazaca ženskosti prema obrascima muškosti (FtM) može se raditi o sljedećim kirurškim zahvatima:**

- 1) kirurškome zahvatu na dojčkama/prsima: subkutanoj mastektomiji, oblikovanju muških prsa;
- 2) genitalnoj kirurgiji: histerektomiji/salpingektomiji-ooforektomiji, rekonstrukciji fiksni dijelova uretre koja se može kombinirati s metoidioplastikom ili faloplastikom (korištenjem peteljkastoga ili slobodnoga režnja), vaginotomiji, skrotoplastici i implantaciji erektilne i/ili testikularne proteze;

- 3) kirurškim intervencijama koje se ne obavljaju na genitalijama ni na dojkama/prsima: kirurškome zahvatu na glasnica (u rijetkim slučajevima), liposukciji, transferu masti, pektoralnim implantatima i različitim estetskim zahvatima.

## Rekonstrukcijska ili estetska kirurgija?

Pitanje treba li operaciju prilagodbe spola smatrati “estetskom” ili “rekonstrukcijskom” kirurgijom valjano se postavlja ne samo iz filozofske, već i iz financijske perspektive. Estetska ili kozmetička kirurgija u većini se slučajeva ne smatra medicinski nužnom, pa trošak takvih zahvata obično u potpunosti snosi sam/a pacijent/ica. Za razliku od toga, rekonstrukcijski kirurški zahvati smatraju se medicinski nužnima – s neupitno terapijskim rezultatima – pa ih stoga jednim dijelom ili u potpunosti plaća nacionalni zdravstveni sustav ili osiguravajuće društvo.

Nažalost, na polju plastične i rekonstrukcijske kirurgije (kako općenito, tako i kod zahvata koji se obavljaju u kontekstu tranzicije), ne postoji jasna razlika između onoga što je isključivo rekonstrukcijsko i onoga što je isključivo kozmetičko. Većina zahvata u plastičnoj kirurgiji zapravo su kombinacija rekonstrukcijskih i kozmetičkih komponenti.

I dok se većina stručnjaka/inja slaže da se genitalna kirurgija i mastektomija ne mogu smatrati isključivo kozmetičkim zahvatima, njihova se mišljenja razilaze oko toga u kojoj se mjeri ostali kirurški zahvati (primjerice, augmentacija dojki, kirurška feminizacija lica) mogu smatrati isključivo rekonstrukcijskim zahvatima. Iako može biti puno lakše faloplastiku ili vaginoplastiku shvaćati kao intervencije kojima se staje na kraj cjeloživotnoj patnji, na kvalitetu života nekih pacijenata/ca će radikalno i trajno utjecati i intervencije poput redukcijske rinoplastike, što znači da su njima takve intervencije kudikamo medicinski nužnije nego što bi bile za nekoga tko ne prolazi kroz rodnu disforiju.

## Kriteriji za kirurške zahvate

Kao što je to slučaj s cjelokupnim *Standardima skrbi*, kriteriji za započinjanje kirurškoga tretmana rodne disforije razvijeni su da bi se promicala optimalna skrb o pacijentima/cama. I dok *Standardi skrbi* dopuštaju

individualizirani pristup kako bi se potrebe svakoga/e pacijenta/ice ispunile na najbolji mogući način, jedan kriterij mora biti ispunjen za sve kirurške zahvate na dojkama/prsima i genitalijama: dokumentacija o stalno prisutnoj rodnoj disforiji koju je sastavio/la kvalificirani/a stručnjak/inja za psihičko zdravlje. Kod nekih kirurških zahvata potrebno je ispuniti dodatne kriterije, primjerice obaviti pripremu za zahvat ili tretman koji se sastoji od feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije i godine dana življenja u rodnoj ulozi koja se poklapa s rodnim identitetom.

Ti su kriteriji obrazloženi u nastavku teksta. Na temelju dostupnih znanstvenih dokaza i ekspertnoga kliničkoga konsenzusa, različite preporuke navode se za različite kirurške zahvate.

*Standardi skrbi* ne definiraju redoslijed po kojem bi se različiti kirurški zahvati trebali obavljati.

Broj i redoslijed kirurških zahvata mogu varirati od pacijenta/ice do pacijenta/ice, u skladu s njihovim kliničkim potrebama.

### **Kriteriji za kirurške zahvate na dojkama/prsima (jedna uputnica)**

#### *Kriteriji za mastektomiju i oblikovanje muških prsa kod FtM pacijenata/ica*

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je osoba mlađa, slijedite *Standarde skrbi* o djeci i maloljetnicima/cama);
- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom.

Hormonska terapija nije preduvjet.

#### *Kriteriji za augmentaciju dojki (implantati/transfer masti) kod MtF pacijenata/ica:*

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je osoba mlađa, slijedite *Standarde skrbi* o djeci i maloljetnicima/ama);



- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom.

Iako se ne radi o izričitome kriteriju, preporuča se da MtF pacijenti/ce primaju feminizirajuću hormonsku terapiju (u trajanju od minimalno 12 mjeseci) prije kirurškoga zahvata za augmentaciju dojki. Svrha terapije jest dovesti rast dojki do maksimuma kako bi se postigli bolji kirurški (estetski) rezultati.

### **Kriteriji za kirurške zahvate na genitalijama (dvije uputnice)**

Kriteriji za kirurške zahvate na genitalijama ovise o tipu zatraženog zahvata.

#### *Kriteriji za histerektomiju i salpingektomiju-ooforektomiju kod FtM pacijenata/ica i orhidektomiju kod MtF pacijenata/ica:*

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je osoba mlađa, slijedite *Standarde skrbi* o djeci i maloljetnicima/ama);
- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom;
- 5) 12 mjeseci kontinuiranoga primanja hormonske terapije u skladu s pacijentovim/ičnim ciljevima kada je riječ o rodu (osim ako hormoni nisu klinički indicirani).

Hormonskom terapijom prije gonadektomije prvenstveno se želi pacijentu/ici omogućiti da u određenome vremenskom razdoblju iskusi reverzibilnu supresiju testosterona ili estrogena, prije negoli se podvrgne ireverzibilnoj kirurškoj intervenciji.

Kriteriji se ne odnose na pacijente/ice kojima su ti zahvati medicinski indicirani zbog drugih razloga, a ne zbog rodne disforije.

#### *Kriteriji za metoidioplastiku ili faloplastiku kod FtM pacijenata/ica i vaginoplastiku kod MtF pacijenata/ica:*

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;

- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost;
- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom;
- 5) 12 mjeseci kontinuiranog primanja hormonske terapije u skladu s pacijentovim/ičinim ciljevima kada je riječ o rodu (osim ako hormoni nisu klinički indicirani za pojedinca/ku);
- 6) 12 mjeseci kontinuiranoga življenja u rodnoj ulozi koja se poklapa s pacijentovim/ičinim rodnim identitetom.

Iako se ne radi o izričitome kriteriju, preporuča se da takvi/e pacijenti/ce redovito posjećuju stručnjaka/inju za psihičko zdravlje ili druge zdravstvene djelatnike/ce.

***Obrazloženje preoperativnoga dvanaestomjesečnoga iskustva života u rodnoj ulozi koja se poklapa s rodnim identitetom:***

Gore navedeni kriterij za neke oblike kirurških zahvata na genitalijama – kriterij po kojem pacijent/ica treba 12 mjeseci kontinuirano živjeti u rodnoj ulozi koja se poklapa s njegovim/njenim rodnim identitetom – temelji se na ekspertnome kliničkome konsenzusu da stjecanje toga iskustva pruža pacijentima/cama priliku da se, prije obavljanja ireverzibilne kirurgije, socijalno prilagode životu u željenoj rodnoj ulozi. Kao što je spomenuto u poglavlju VII, svima se obično vrlo teško suočiti s društvenim aspektima prilagođavanja rodne uloge – obično je to teže i od suočavanja s njenim fizičkim aspektima. Budući da prilagodba rodne uloge može ostaviti dalekosežne posljedice u osobnome i društvenome životu, pri donošenju odluke o prilagodbi osoba bi trebala biti svjesna svih izazova na koje će vjerojatno naići na obiteljskome, interpersonalnome, obrazovnome, profesionalnome, ekonomskome i pravnome planu kako bi mogla uspješno funkcionirati u svojoj rodnoj ulozi. Podrška kvalificiranoga/e stručnjaka/inje za psihičko zdravlje i osoba u istoj situaciji može biti od neprocjenjive važnosti za uspješnu prilagodbu rodne uloge (Bocking, 2008).

Period od 12 mjeseci omogućuje suočavanje s čitavim nizom različitih životnih iskustava i događaja koji se mogu odviti u godinu dana (primjerice, obiteljski događaji, praznici, godišnji odmori, aktivnosti specifične za pojedina

godišnja doba, školska iskustva). Za to vrijeme pacijenti/ce bi se trebali/e svakodnevno i u svim životnim situacijama konzistentno pojavljivati u svojoj željenoj rodnoj ulozi, a to znači i autati se partnerima/cama, obitelji, prijateljima/cama i članovima/cama zajednice (primjerice, u školi, na radnome mjestu i u ostalim okruženjima).

## Kirurški zahvati za osobe s psihotičnim stanjima i drugim ozbiljnim psihičkim bolestima

Kada je pacijenticama i pacijentima s rodnom disforijom također dijagnosticiran ozbiljan psihijatrijski poremećaj uz iskrivljeno poimanje stvarnosti (primjerice, psihotične epizode, bipolarni poremećaj, disocijativni poremećaj ličnosti, granični poremećaj ličnosti), prije negoli se bilo kakav kirurški zahvat uzme u obzir, ta se stanja moraju ublažiti psihoaktivnim lijekovima i/ili psihoterapijom (Dhejne i sur., 2011). Ponovnu evaluaciju prije kirurškoga zahvata trebao/la bi obaviti stručnjak/inja za psihičko zdravlje, kvalificiran/a za procjenu i tretman psihotičnih stanja. U reevaluaciji treba opisati pacijentovo/ičino psihičko stanje i njegovu/njenu spremnost za kirurški zahvat. Bilo bi najbolje kad bi stručnjak/inja za psihičko zdravlje otprije bio/la upoznat/a s pacijentom/icom. Nijedan kirurški zahvat ne bi se smio izvoditi dok je pacijent/ica aktivno psihotičan/na (De Cuypere i Vercruysee, 2009).

## Kompetencije kirurga/inje koji/a izvodi kirurški zahvat na dojkama/prsima ili genitalijama

Liječnici/e koji/e pružaju kirurški tretman za rodnu disforiju trebali/e bi biti urolozi/ginje, ginekolozi/ginje, plastični/e kirurzi/ginje ili specijalisti/kinje opće kirurgije s odobrenjem za samostalan rad koje je izdala relevantna nacionalna i/ili regionalna komisija. Kirurzi/ginje bi trebali/e imati završenu specijalizaciju na polju genitalne rekonstrukcijske kirurgije, a specijalizacija se dokazuje dokumentom o superviziranoj specijalizaciji pod mentorstvom iskusnije/ga kirurginje/ga. Čak i iskusni/e kirurzi/ginje trebaju biti spremni/e da im rad i vještine recenziraju jednako iskusni/e kolege/ice. Službena provjera ishoda kirurških zahvata, baš kao i objavljivanje njenih rezultata, uvelike bi ohrabрила kako zdravstvene djelatnike/ce koji/e izdaju uputnicu za kirurgiju,

tako i same pacijente/ice. Kirurzi/ginje bi trebali/e redovito sudjelovati na strukovnim okupljanjima na kojima se predstavljaju nove tehnike. Pacijenti/ce često koriste internet kako bi na učinkovit način podijelili/e informacije o vlastitim iskustvima s kirurzima/ginjama i njihovim timovima.

Najbolje bi bilo kada bi kirurzi/ginje bili/e upoznati/e s nekoliko tehnika genitalne rekonstrukcije kako bi mogli/e, u dogovoru s pacijentom/icom, odabrati idealnu tehniku za svaku pojedinu osobu. Ako je kirurg/inja usavršio/la svoje vještine primjene jedne tehnike, a taj zahvat ili nije prikladan za pacijenta/icu ili ga on/a ne želi, tada je na kirurgu/inji da svoga/ju pacijenta/icu informira o ostalim mogućim zahvatima i uputi ga/ju nekom/j drugom/j kirurgu/inji s potrebnim vještinama.

## Tehnike kirurških zahvata na dojčkama/prsima i komplikacije

Iako je izgled dojki/prsa bitna sekundarna spolna karakteristika, prisutnost dojki i njihova veličina nisu obuhvaćene pravnim definicijama spola i roda, a nisu ni nužne za reprodukciju. O obavljanju operacije na dojčkama/prsima, u sklopu tretmana rodne disforije, valjalo bi razmisliti jednako pažljivo kao i o primanju hormonske terapije s obzirom da oba tretmana dovode do relativno ireverzibilnih prilagodbi tijela.

Ne postoje razlike u postupku augmentacije dojki (koja je poznata i kao "rekonstrukcija prsa") kod MtF pacijenata/ica i pacijenata/ica rođenih sa ženskim genitalijama. Obično se koriste implantati, a ponekad i transfer masti. U rijetkim slučajevima se kod MtF pacijenata/ica nakon augmentacijske mamoplastike razviju komplikacije poput infekcija i kapsularne fibroze (Kanhai, Hage, Karim i Mulder, 1999).

Za FtM pacijente/ice dostupna je mastektomija ili zahvat "oblikovanja muških prsa". Mnogi/e FtM pacijenti/ce će obaviti jedino taj kirurški zahvat. Ako se zbog količine uklonjenoga tkiva dojke treba ukloniti i dio kože, na tijelu će ostati ožiljak, o čemu pacijenta/icu treba informirati. Komplikacije kod subkutane mastektomije mogu biti nekroza bradavica, nepravilne konture i upadljivi ožiljci (Monstrey i sur., 2008).

## Tehnike kirurških zahvata na genitalijama i komplikacije

Kirurški zahvati na genitalijama za MtF pacijente/ice mogu biti orhidektomija, penektomija, vaginoplastika, klitoroplastika i labioplastika. Tehnike mogu biti inverzija kože penisa, peteljasti transplantat od sigmoidnoga kolona te slobodni kožni presadak kojim se podstavlja neovagina. Seksualni osjet važan je cilj u vaginoplastici, uz stvaranje funkcionalne vagine prihvatljivoga izgleda.

Kirurške komplikacije kod MtF genitalne kirurgije mogu biti potpuna ili djelomična nekroza vagine i labije, fistule koje se šire iz mokraćnoga mjehura ili crijeva u vaginu, uretralna striktura te vagina koja je ili prekratka ili premalena za koitus. Iako su kirurške tehnike za stvaranje neovagine izvrsne u pogledu funkcionalnosti i estetike, postoje izvješća o postoperativnoj anorgazmiji, a iz kozmetičkih razloga može biti potrebna dodatna labioplastika (Klein i Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Kirurški zahvati na genitalijama za FtM pacijente/ice mogu biti histerektomija, salpingektomija-ooforektomija, metoidioplastika, skrotoplastika, uretrotoplastika, implantacija testikularnih proteza te faloplastika. Kod pacijenata/ica koji/e ranije nisu obavili/e kirurške zahvate na abdomenu, preporučuju se laparoscopska histerektomija i salpingektomija-ooforektomija kako bi se izbjegao ožiljak na donjem dijelu abdomena. Pristup vaginalnome otvoru može biti otežan jer većinu pacijenata/ica čine osobe koje nisu rodile i koje nisu iskusili/e penetracijski spolni odnos. Postojeće operativne tehnike faloplastike su različite. Izbor između tehnika može biti sužen zbog anatomskih ili kirurških okolnosti te klijentove/ičine financijske situacije. Ako se faloplastikom želi postići estetski korektan neofalus kroz koji je moguće mokriti u stojećem stavu, skupa sa seksualnim osjetom i/ili seksualnom sposobnošću, pacijentima/cama treba jasno dati do znanja da to iziskuje obavljanje kirurškoga zahvata u nekoliko faza koje su često popraćene tehničkim poteškoćama, a zbog tih poteškoća mogu biti potrebne i dodatne operacije. Čak i metoidioplastika, načelno jednokratni zahvat kojim se konstruira mikrofalus, često iziskuje više od jedne operacije. Metoidioplastikom se ne može uvijek postići sposobnost mokrenja u stojećem stavu (Monstrey i sur., 2009).

Komplikacije nakon faloplastike kod FtM pacijenata/ica mogu biti učestale stenoze mokraćnoga sustava i fistule, a ponekad i nekroza neofalusa. Rezultat metoidioplastike je mikropenis bez mogućnosti uriniranja u stojećem

stavu. Faloplastika pomoću peteljkastoga ili slobodnoga vaskulariziranoga režnja dugotrajan je proces koji se sastoji od nekoliko faza, uz značajnu stopu morbiditeta među kojima su česte urogenitalne komplikacije te neizbježni ožiljak na mjestu presađenoga tkiva. Zbog toga se mnogi/e FtM pacijenti/ce nikada ne odluče za genitalnu kirurgiju, osim obavljanja histerektomije i salpingektomije-ooforektomije (Hage i De Graaf, 1993).

Čak i pacijenti/ce kod kojih se razviju teške kirurške komplikacije rijetko kada izraze žaljenje zbog obavljenih kirurških zahvata. Važnost kirurških zahvata najbolje se vidi u podacima koji opetovano pokazuju kako se pomoću kvalitete njihovih rezultata najbolje može predvidjeti cjelokupni ishod operacije prilagodbe spola (Lawrence, 2006).

## Ostali kirurški zahvati

Ostali kirurški zahvati za feminizaciju tijela mogu biti smanjenje tiroidne hrskavice (smanjenje Adamove jabučice), kirurška modifikacija glasa, liposukcija i lipoplastika struka (oblikovanje kontura tijela), rinoplastika (korekcija nosa), smanjenje kosti lica, *face-lift* i blefaroplastika (pomlađivanje očnih kapaka). Ostali kirurški zahvati za maskulinizaciju tijela mogu biti liposukcija, transfer masti i pektoralni implantati. Produbljenje glasa kirurškim putem obavlja se vrlo rijetko, ali takav zahvat ponekad može biti preporučljiv, primjerice u slučaju neučinkovite hormonske terapije.

Iako za navedene zahvate nije potrebna uputnica stručnjaka/inje za psihičko zdravlje, ti/e stručnjaci/kinje mogu uvelike pomoći svojim klijentima/cama da donesu potpuno informirane odluke o određivanju vremena i implikacijama takvih kirurških zahvata u kontekstu procesa socijalne tranzicije.

Iako se većinu navedenih zahvata najčešće smatra "isključivo estetskim zahvatima", iste te operacije mogu se smatrati medicinski nužnima za osobe s teškom rodnom disforijom, ovisno o jedinstvenoj kliničkoj slici pacijentovoga/ičinoga stanja i njegovoj/njenoj životnoj situaciji. Nepostojanje strogih definicija odraz je kliničke stvarnosti u kojoj je moguće donijeti individualne odluke o tome je li određeni zahvat potreban i poželjan.

## XII.

## Postoperativna skrb i praćenje

Dugoročna postoperativna skrb i praćenje nakon kirurškoga tretmana rodne disforije povezani su s povoljnim kirurškim i psihosocijalnim ishodima (Monstrey i sur., 2009). Praćenje je važno za buduće pacijentovo/ičino fizičko i psihičko zdravstveno stanje, ali i za znanje koje na taj način kirurzi/ginje stječu o pozitivnim učincima i ograničenjima same kirurgije. Ako zahvate obavljaju na pacijentima/cama koji/e dolaze izdaleka, kirurzi/ginje bi u njihov plan skrbi trebali/e uvrstiti osobno praćenje i pokušati osigurati financijski pristupačnu, dugoročnu kasniju skrb u geografskoj regiji u kojoj pacijent/ica prebiva.

Postoperativni/e pacijenti/ce ponekad se samovoljno izuzmu iz specijalističkoga praćenja, uključujući i praćenje koje obavljaju liječnici/ce koji/e propisuju hormone (ako ih pacijent/ica prima), jer ne uviđaju da su upravo ti/e liječnici/e oni/e koji/e najbolje mogu prevenirati, dijagnosticirati i tretirati medicinska stanja specifična za pacijente/ice koji/e su prošli/e kroz hormonski i kirurški tretman. Zbog istih razloga u praćenje bi trebali/e biti uključeni/e i stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje koji/e često s pacijentom/icom provedu više vremena od svih ostalih zdravstvenih djelatnika/ca, pa su stoga i u izvrsnoj poziciji da im pomognu kod pojave bilo kakvih teškoća tijekom postoperativne prilagodbe. Zdravstveni/e djelatnici/e svojim bi pacijentima/cama trebali/e istaknuti važnost postoperativne skrbi i pružiti im kontinuiranu zdravstvenu skrb.

Postoperativni/e pacijenti/ce trebali/e bi redovito obavljati medicinske preglede, u skladu s preporučenim smjernicama za njihovu dob. O tome će više riječi biti u sljedećem poglavlju.

## XIII.

# Cjeloživotna preventivna i primarna zdravstvena zaštita

Transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe trebaju zdravstvenu skrb i zaštitu tijekom čitavoga svoga života. Primjerice, da bi izbjegli/e negativne sekundarne učinke gonadektomije obavljene u relativno mladoj životnoj dobi i/ili dugoročnoga primanja visokih doza hormona u sklopu terapije, pacijenti/ce trebaju temeljitu zdravstvenu skrb koju mogu pružiti zdravstveni/e djelatnici/e s iskustvom rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i skrbi o zdravlju transrodnih osoba. Ako jedan/na pružatelj/ica nije u stanju pružiti sve usluge, od ključne će važnosti biti kontinuirana komunikacija između svih pružatelja/ica zdravstvene skrbi.

O primarnoj zdravstvenoj zaštiti i održavanju zdravlja treba razgovarati prije, tijekom i nakon svake prilagodbe rodne uloge i medicinske intervencije za ublažavanje rodne disforije. Iako pružatelji/ce hormonske terapije i kirurzi/ginje igraju važnu ulogu u preventivnoj skrbi, svaka transpolna, transrodna i rodno nenormativna osoba treba surađivati s pružateljem/icom primarne zdravstvene zaštite zbog općih potreba za zdravstvenom zaštitom (Feldman, 2007).

## Opća preventivna zdravstvena zaštita

Smjernice za medicinske preglede, napisane za opću populaciju, prikladne su za organske sustave koji neće biti pod utjecajem feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Međutim, kada je riječ o rizičnim faktorima za razvoj kardiovaskularnih bolesti, osteoporoze i nekih vrsta raka (rak dojke, vrata maternice, jajnika, maternice i prostate), takve opće smjernice mogu ili precjenjivati ili podcjenjivati korisne i nepovoljne učinke hormonske terapije na osobe koje ju primaju.

Dostupno je nekoliko detaljnih protokola za primarnu zdravstvenu zaštitu pacijenata/ica koji/e primaju feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju, uključujući i primanje terapije nakon operacije prilagodbe spola



(Center for Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman, 2007; Gorton, Buth i Spade, 2005). Kliničari/ke bi trebali/e slijediti nacionalne smjernice temeljene na znanstvenim dokazima i razgovarati o pregledima sa svojim pacijentima/cama u kontekstu utjecaja hormonske terapije na već postojeće rizične faktore.

## Dijagnostički testovi za rak

Dijagnostički testovi za rak organskih sustava koji su povezani sa spolom može predstavljati specifičan medicinski i psihosocijalni izazov za transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe te njihove pružatelje/ice zdravstvene skrbi. Budući da nema sveobuhvatnih prospektivnih istraživanja, pružatelj/ice zdravstvene skrbi vjerojatno neće imati dovoljno znanstvenih dokaza na osnovi kojih bi mogli/e odrediti prikladan tip i učestalost pretraga za rak za tu populaciju. Pretjerivanje s pretragama rezultira višim troškovima zdravstvene zaštite, višom stopom lažnih pozitivnih nalaza, a počesto i nepotrebnim izlaganjem radijaciji i/ili dijagnostičkim intervencijama poput biopsije. Nepotpuna i/ili nedovoljno često provedena testiranja rezultiraju pak zakašnjelim dijagnozama potencijalno izlječivih oblika raka. Pacijentima/cama pretraga za utvrđivanje karcinoma može biti iskustvo kojim se afirmira njihov rod (primjerice mamografija za MtF pacijente/ice) ili fizički i emotivno bolno iskustvo (primjerice Papa test za FtM pacijente/ice).

## Urogenitalna skrb

Ginekološka skrb može biti neophodna transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama oba spola. Kod FtM pacijenata/ica takva je skrb potrebna ponajprije osobama koje nisu obavile kirurški zahvat na genitalijama, dok je kod MtF pacijenata/ica ta vrsta skrbi potrebna nakon obavljenoga kirurškoga zahvata na genitalijama. Mnogi/e kirurzi/ginje savjetuju svoje pacijente/ice o postoperativnoj urogenitalnoj skrbi, ali i kliničari/ke primarne zdravstvene prakse i ginekolozi/ginje također trebaju biti upoznati/e sa specifičnim genitalnim problemima te populacije.

Svim MtF pacijentima/cama trebalo bi pružiti savjete o genitalnoj higijeni, seksualnosti i prevenciji spolno prenosivih infekcija. Osobe koje su obavile kirurški zahvat na genitalijama također bi trebalo savjetovati o potrebi

redovitoga proširivanja vagine ili penetracijskoga spolnoga odnosa kako bi se održala dubina i širina vagine (van Trotsenburg, 2009). Zbog anatomije muške zdjelice neovagina se u osi i dimenzijama značajno razlikuje od biološke vagine. Ako tu anatomsku razliku MtF pacijenti/ce i njihovi/e partneri/ce ne razumiju, ona može utjecati na spolni odnos (van Trotsenburg, 2009).

Zbog skraćivanja uretre infekcije donjega mokraćnoga sustava česte su kod MtF pacijenata/ica koji/e su obavili/e kirurške zahvate. K tomu, pacijenti/ice mogu patiti od funkcijskih poremećaja donjega mokraćnoga sustava, koji mogu biti prouzročeni oštećenjem autonomnoga živčanoga sustava u dnu mjehura prilikom disekcije između rektuma i mokraćnoga mjehura, te promjenom u položaju samoga mokraćnoga mjehura. Disfunkcionalan mokraćni mjehur (primjerice, preaktivni mokraćni mjehur, statička ili urgentna inkontinencija) može biti posljedicom operacije prilagodbe spola (Hoebeke i sur., 2005; Kuhn, Hildebrand i Birkhauser, 2007).

Većina FtM pacijenata/ica nikada se ne podvrgne vaginektomiji (kolpektomiji). Kod pacijenata/ica koji/e primaju maskulinizirajuće hormone, unatoč značajnoj konverziji testosterona u estrogene, često dolazi do atrofičnih promjena na vaginalnoj stijenci koje mogu izazvati svrbež ili peckanje. Pregled može biti i fizički i emocionalno bolan, ali situacija se bez liječenja može znatno pogoršati. Ginekolozi/ginje koji/e tretiraju genitalne probleme FtM pacijenata/ica, trebaju biti svjesni/e da su pacijenti/ce s muškim rodnim identitetom i muškim rodnim izražavanjem osjetljivi/e na činjenicu da imaju genitalije tipično povezivane sa ženskim spolom.

## XIV.

## Primjenjivost *Standarda skrbi* na osobe koje žive u institucionalnome okruženju

Čitav sadržaj *Standarda skrbi* primjenjuje se na sve transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe bez obzira na njihovu stambenu i životnu situaciju. Ljude se u pristupu prikladnoj zdravstvenoj skrbi ne smije diskriminirati po osnovi mjesta u kojem žive, uključujući i institucionalna okruženja poput zatvora ili dugoročnoga/kratkoročnoga boravka u zdravstvenim ustanovama (Brown, 2009). Zdravstvena skrb za transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe koje žive u institucionalnome okruženju treba biti istovjetna onoj koja bi im bila dostupna kada bi živjele u istoj sredini, ali izvan institucije.

Svi elementi procjene i tretmana opisani u *Standardima skrbi* mogu se pružiti osobama koje žive u institucijama (Brown, 2009). Pristup tim medicinski nužnim tretmanima ne bi se nijednoj osobi smio odbiti zbog njene stambene situacije ili boravka u nekoj ustanovi. Ako nijedan/na zdravstveni/a djelatnik/ica kojega/u ustanova zapošljava ili čije usluge koristi nije ekspertan/na na polju procjenjivanja i/ili tretiranja osoba s rodnom disforijom, ustanova bi trebala osigurati konzultacije sa stručnjacima/kinjama koji/e dolaze izvana, a koji/e su informirani/e na tome specijaliziranome polju zdravstvene zaštite.

Osobe s rodnom disforijom koje borave u ustanovama mogu imati više psihičkih smetnji istovremeno (Cole i sur., 1997) koje je potrebno evaluirati i na prikladan način tretirati.

Osobe koje ulaze u ustanovu, a već primaju odgovarajući režim hormonske terapije, trebaju nastaviti primati istu ili sličnu terapiju, kao i biti praćene, u skladu sa *Standardima skrbi*. Postupanje po principu “zamrznutoga kadra”<sup>23</sup>

---

23 “Zamrznuti kadar” (od engl. *freeze frame*) naziv je za postupanje koje je zatvorski liječnički tim (*Massachusetts Correctional Institution at Norfolk*) preporučio u slučaju zatvorenice transšene Michelle Kosilek. Medicinsko postupanje po principu “zamrznutog kadra” značilo da, ukratko, tijekom čitavog svoga boravka u ustanovi, hormonsku terapiju i/ili kirurške zahvate mogu primati/obavljati samo one transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe koje su ih primale/obavljale prije ili

ne smatra se prikladnom zdravstvenom skrbi u većini situacija (*Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002*). Osobe s rodnom disforijom koje su ocijenjene prikladnima za hormonsku terapiju (u skladu sa *Standardima skrbi*), trebaju je početi primati. Iznenadni prekid terapije ili njeno uskraćivanje u situacijama kada je medicinski nužna, povlače za sobom niz negativnih posljedica kao što su autokastracija, depresivno raspoloženje, disforija i/ili suicidalnost (Brown, 2010).

U institucionalnome je okruženju pružanje zdravstvene zaštite moguće razumno prilagoditi *Standardima skrbi*, pod uvjetom da učinjene prilagodbe ne ugrožavaju pružanje medicinski nužne skrbi osobama s rodnom disforijom. Primjer razumne prilagodbe može biti korištenje injekcija za primjenu hormona, ako to nije medicinski kontraindicirano, u okruženju koje izbjegava primjenu oralnih preparata (Brown, 2009). Onemogućiti osobi upotrebnu prilagodbu rodne uloge ili odbiti joj pristup tretmanima, uključujući operaciju prilagodbe spola, samo zbog toga što ta osoba boravi u nekoj ustanovi, ne smatra se razumnom prilagodbom po *Standardima skrbi* (Brown, 2010).

Kada su u pitanju stambene jedinice i prostorije za tuširanje/kupanje, u obzir treba uzeti rodni identitet i rodnu ulogu, fizički status, dostojanstvo i osobnu sigurnost transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba koje žive u ustanovama. Smjestiti osobu temeljem izgleda njenih vanjskih genitalija u stambenu jedinicu, na odjel ili spavaonicu koji su namijenjeni jednom spolu može biti neprimjereno, a tu osobu izložiti opasnosti od viktimizacije (Brown, 2009).

Ustanove u kojima transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe borave i primaju zdravstvenu skrb, trebaju paziti da stalno vlada tolerantna i pozitivna klima. Time se transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe štiti od napada djelatnika/ca ustanove i ostalih osoba koje u njoj borave.

---

u trenutku ulaska u ustanovu. Budući da je Michelle Kosilek zatražila hormonsku terapiju i operaciju prilagodbe spola tijekom svoga boravka u zatvorskoj ustanovi, oni su joj zaniijekani pozivanjem na princip "zamrznutoga kadra" zbog čega je Kosilek u nekoliko navrata tužila zatvorsku ustanovu. Sud je postupanje po principu "zamrznutoga kadra" proglasio kršenjem njenih ustavom zajamčenih prava i omogućio Kosilek pristup hormonskoj terapiji i operaciji prilagodbe spola (op. prev.).

## XV.

# Primjenjivost *Standarda skrbi* na osobe s poremećajima spolnoga razvoja

## Terminologija

Naziv *poremećaj spolnoga razvoja* (engl. *disorder of sex development – DSD*) odnosi se na somatsko stanje atipično razvijenoga reproduktivnoga sustava (Hughes, Houk, Ahmed, Lee i LWPES/ESPE Consensus Group, 2006). U DSD-ove ubraja se i stanje koje se nekoć zvalo *interseksualnost*. Iako je 2005. godine na međunarodnoj konsenzus konferenciji terminologija promijenjena u DSD (Hughes i sur., 2006), i dalje postoje prijepori u jezičnoj upotrebi. Neki ljudi žestoko se protive etiketi “poremećaja” jer opisana kongenitalna stanja smatraju manifestacijom različitosti (Diamond, 2009), pa radije koriste pojmove *interspolnost* ili *interseksualnost*. U *Standardima skrbi* Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba koristi pojam DSD u objektivnome i ne-vrijednosnom smislu, s ciljem da zdravstveni/e djelatnici/e, sve dok se znanstveno polje razvija, znaju taj medicinski pojam prepoznati i koristiti ga da bi stekli uvid u relevantnu literaturu. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba ostaje otvorena za novu terminologiju koja će dodatno rasvijetliti iskustvo pripadnika i pripadnica te raznolike populacije i omogućiti daljnja poboljšanja dostupnosti i pružanju zdravstvene skrbi.

## Obrazloženje uvrštavanja u *Standarde skrbi*

Ranije se osobe s DSD-om, koje su ispunjavale bihevioralne kriterije za poremećaj rodnoga identiteta<sup>24</sup> po DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000; revidirano izdanje), izuzimalo iz opće dijagnoze. Umjesto

---

24 U hrvatskome prijevodu *Dijagnostičkoga i statističkoga priručnika za duševne poremećaje – četvrto izdanje* koristi se termin *poremećaj spolnoga identiteta* (op. prev.).

DSD-a, kategoriziralo ih se kao osobe s “poremećajem rodnoga identiteta – neodređenim”, a nisu bile obuhvaćene ni *Standardima skrbi*.

Za nadolazeći DSM-5<sup>25</sup> (www.dsm5.org) trenutno se predlaže zamjena pojma *poremećaj rodnoga identiteta* s pojmom *rodna disforija*. Nadalje, predlaže se unosenje promjene u DSM po kojoj bi se rodno disforičnim ljudima s DSD-om dijagnosticirao podtip rodne disforije. Predložena je kategorizacija – eksplicitno diferenciranje između rodno disforičnih osoba sa i bez DSD-a – opravdana: kod osoba s DSD-om rodna disforija se razlikuje po svojoj fenomenološkoj prezentaciji, epidemiologiji, očekivanome tijeku i etiologiji (Meyer-Bahlburg, 2009).

Odrasle osobe s DSD-om i rodnom disforijom sve više zaokupljaju pažnju zdravstvenih djelatnika/ca. U skladu s tim, u ovu je verziju *Standarda skrbi* uvršteno i kratko razmatranje skrbi o njima.

## Razmatranje anamneze

Zdravstveni/e djelatnici/e koji/e rade s pacijenticama i pacijentima s DSD-om i rodnom disforijom moraju biti svjesni/e toga da je medicinski kontekst u kojem su takvi/e pacijenti/ce odrasli/e najčešće silno različit od konteksta u kojem su odrastale osobe bez DSD-a.

Kod nekih se osoba DSD prepoznaje već pri rođenju opservacijom rodno atipičnih genitalija. (Sve češće se takvi pregledi izvode u prenatalnome periodu pomoću slikovnih pretraga kao što je ultrazvuk.) Novorođenčad se potom podvrgava detaljnim medicinskim dijagnostičkim procedurama. Nakon konzultacija između obitelji i zdravstvenih djelatnika/ca – tijekom kojih se razmatraju specifične dijagnoze, rezultati fizičkih i hormonskih pretraga te dugoročne projekcije temeljene na istraživanjima o ishodima medicinskoga tretmana (Cohen-Kettenis, 2005; Dessend, Slijper i Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus i Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck i sur., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf i Gearhart, 2004) – novorođenčetu se pripisuje spol, ili muški ili ženski.

Druge osobe s DSD-om privuku liječničku pažnju oko puberteta, nakon što se kod njih opazi atipičan razvoj sekundarnih spolnih karakteristika, što rezultira specifičnom medicinskom evaluacijom.

---

25 *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)* je u međuvremenu - od izlaska ovog izdanja engleskoga izvornika *Standarda skrbi*, - objavljen (American Psychiatric Publishing, 2013) (op. prev.).

Tip i ozbiljnost DSD-a u značajnoj mjeri utječu na odluke o inicijalnome pripisivanju određenoga spola pacijentu/ici, daljnjim koracima u genitalnoj kirurgiji i ostaloj medicinskoj i psihosocijalnoj skrbi (Meyer-Bahlburg, 2009). Primjerice, stupanj prenatalne izloženosti androgenima kod osoba s DSD-om povezan je sa stupnjem maskulinizacije rodnoga *ponašanja* (odnosno, s rodnom ulogom i rodnim izražavanjem). Međutim, ta je korelacija umjerena, a dobar dio varijantnosti u ponašanju i dalje se ne može objasniti prenatalnom izloženošću androgenima (Jurgense i sur., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Erhardt i New, 2006). Važno je istaknuti da nikada nije dokazana slična korelacija između prenatalne izloženosti hormonima i rodnoga *identiteta* (npr., Meyer-Bahlburg i sur., 2004). To se posebice očituje u činjenici da osobe s istim (jezgrenim) identitetom mogu biti izrazito varijantne u maskulinosti svoga rodnoga ponašanja.

## Procjena i tretman rodne disforije kod osoba s poremećajem spolnoga razvoja

Vrlo rijetko se dogodi da se osobi s DSD-om i rodnom disforijom, ova potonja dijagnosticira *prije* DSD-a. Čak i ako se rodna disforija dijagnosticira prva, do dijagnoze DSD-a obično se vrlo lako dolazi uvidom u anamnezu i temeljnim fizičkim pregledom koji predstavljaju dvije komponente evaluacije prikladnosti hormonske terapije i kirurških intervencija u tretmanu rodne disforije. Stručnjaci/kinje za psihičko zdravlje trebali/e bi svoje klijente/ice s rodnom disforijom savjetovati da obave fizički pregled, posebice ako pacijenti/ce trenutno ne posjećuju pružatelja/icu primarne (ili neke druge) zdravstvene zaštite.

Kod većine osoba s DSD-om rođenih s ambigvitetnim genitalijama, nikada se ne razvije rodna disforija (npr., Meyer-Bahlburg, Dolezal i sur., 2004; Wisniewski i sur., 2004). Međutim, kod nekih osoba s DSD-om razvit će se kronična rodna disforija koja će štoviše potaknuti pojedine osobe na prilagodbu spola koji im je pripisan pri rođenju i/ili prilagodbu rodne uloge (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). Ako su kod pacijenta/ice, bez obzira na njegovu/njenu dob, stalno prisutne snažne indikacije rodne disforije, od ključne je važnosti detaljna evaluacija koju obavlja kliničar/ka educiran/a za procjenjivanje i tretman rodne disforije. Objavljene su detaljne preporuke za obavljanje takve procjene i donošenje odluka o tretmanu rodne disforije u kontekstu DSD-a (Meyer-Bahlburg, 2011). Koraci u pravcu prilagodbe pacijentovoga/ičinoga spola koji mu/joj je pripisan pri rođenju ili rodne uloge, mogu se poduzeti tek nakon detaljne procjene.

Kliničarima/kama koji/e rade s pacijentima/cama na ublažavanju rodne disforije, mogu koristiti uvidi stečeni tijekom pružanja skrbi pacijentima/cama bez DSD-a (Cohen-Kettenis, 2010). Međutim, određeni kriteriji za tretman (primjerice dob, trajanje iskustva življenja u željenoj rodnoj ulozi) obično se ne primjenjuju rutinski na osobe s DSD-om. Umjesto da ih se rutinski primjenjuje, kriteriji se interpretiraju s obzirom na specifičnost pacijentove/ičine situacije (Meyer-Bahlburg, 2011). U kontekstu DSD-a, pacijentov/ičin spol koji mu/joj je pripisan pri rođenju i rodnu ulogu dosada se prilagođavalo u bilo kojoj dobi, od osnovnoškolske pa sve do sredovječne životne dobi. Čak se i kirurški zahvati na genitalijama kod tih pacijenata/ica mogu obaviti puno ranije nego kod rodno disforičnih osoba bez DSD-a, ako kirurški zahvat opravdavaju dijagnoza, prognoza za sindrom utemeljena na znanstvenim dokazima o rodnome identitetu i pacijentove/ičine želje.

Tretmani se razlikuju i zbog toga što se kirurški zahvati na genitalijama kod osoba s DSD-om vrlo često izvode u djetinjstvu i adolescenciji. Takvi/e pacijenti/ce mogu već otprije biti neplodni/e zbog disfunkcionalnih gonada ili gonadektomije izvedene zbog rizika od malignih bolesti. Čak i u tom slučaju, preporučljivo je da pacijenti/ce s DSD-om prođu kroz potpunu socijalnu tranziciju u drugu rodnu ulogu samo ako je kod njih prisutna duga povijest rodno atipičnoga ponašanja te ako su rodna disforija i/ili želja za prilagodbom rodne uloge snažno izražene kroz dugi vremenski period. Da bi se dijagnoza rodne disforije donijela u skladu s priručnikom DSM-5, simptomi moraju biti neprestano izraženi kroz period od 6 mjeseci (Meyer Bahlburg, 2011).



## DODATNI IZVORI

Anamneze vezane uz rod kod osoba s DSD-om počesto su vrlo složene. U njima je moguće pronaći niz različitih prirođenih genetičkih, endokrinih i somatskih atipičnosti, kao i niz hormonskih, kirurških i ostalih medicinskih tretmana. Zbog toga je potrebno razmotriti mnogo dodatnih pitanja kada je posrijedi psihosocijalna i zdravstvena skrb o takvim pacijentima/cama, bez obzira na to je li rodna disforija prisutna. Razmatranja tih pitanja su preopširna da bi stala u *Standardde skrbi*. Zainteresiranoga/u čitatelja/icu upućujemo na već postojeće publikacije (npr. Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Nekim obiteljima i pacijentima/cama mogu biti korisne konzultacije ili suradnja s mjesnim grupama podrške.

Objavljena je pozamašna količina medicinske literature o zdravstvenoj zaštiti pacijenata/ica s DSD-om. Dobar dio te literature napisali/e su visokokvalificirani/e stručnjaci/kinje na polju dječje endokrinologije i urologije u suradnji sa specijaliziranim stručnjacima/kinjama za psihičko zdravlje, posebice na polju roda. Na recentnim konsenzus konferencijama pažnja se usmjerila na smjernice za zdravstvenu zaštitu utemeljenu na znanstvenim dokazima (uključujući i pitanja roda i genitalne kirurgije) za DSD općenito (Hughes et al, 2006) te za kongenitalnu adrenalnu hiperplaziju (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group i sur., 2002; Speiser i sur., 2010). Na ostalim konsenzus konferencijama otvoreno je pitanje potrebe istraživanja DSD-a općenito (Meyer-Bahlburg i Blizzard, 2004) i nekih sindroma koji su s njim povezani, kao što je 46, XXY (Simpson i sur., 2003).

## Bibliografija

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5), 139–140.

Adler, R. K., Hirsch, S. i Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Preuzeto s <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>

American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Preuzeto s <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (četvrto izdanje, pročišćeni tekst). Washington, DC: autor.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Preuzeto s [www.asha.org](http://www.asha.org)

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist, 64*, 372–453. doi:10.1037/a0015932

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A. i Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology, 164*(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038

Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction, 22*(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474

Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J. i Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x

Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W. i Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology, 38*(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x

Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine, 1*(1), 45–51.

- Basson, R. i Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. U: D. Denny (ur.), *Current concepts in transgender identity* (str. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. U: G. Herdt (ur.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (str. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O. i Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. U: R. Ettner, S. Monstrey i A. Eyler (ur.), *Principles of transgender medicine and surgery* (str. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O. i Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (posebno izdanje). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G. i Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03\_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (str. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgenering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. U: G. Herdt (ur.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (str. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G. i Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A. i Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care* section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073

Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970

Bullough, V. L. i Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Preuzeto s [http://www.callen-lorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)

Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Preuzeto s [http://www.callen-lorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). *CASLPA clinical certification program*. Preuzeto s <http://www.caslpa.ca/>

Carew, L., Dacakis, G. i Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(dodatak 6), S3–8.

Catrrall, F. R. i Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Preuzeto s <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. U: S. O. Murray (ur.), *Latin American male homosexualities* (str. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K. i Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. U: C. Gillberg, R. Harrington i H. C. Steinhausen (ur.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (str. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005

Cohen-Kettenis, P. T. i Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J. i Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342

Cohen-Kettenis, P. T. i Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen-Kettenis, P. T. i Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508–009–9562-y

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C. i Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508–011–9758–9

Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J. i Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135

Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E. i Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.

Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912

Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008

Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740

Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450

Coleman, E., Colgan, P. i Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.

Costa, L. M. i Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Currah, P., Juang, R. M. i Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Currah, P. i Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.

Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7

Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M. i Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03\_06

Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. U: H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky i P. R. Larsen (ur.), *Williams textbook of endocrinology* (11. izd., str. 615–644). Philadelphia: Saunders.

Davies, S. i Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03\_08

de Bruin, M. D., Coerts, M. J. i Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.

De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5

De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002

De Cuypere, G. i Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH *Standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781

Delemarre-van de Waal, H. A. i Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric

- endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(dodatak 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M. i Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(dodatak 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149–2918(00)88267–3
- Derrig-Palumbo, K. i Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E. i Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's *Standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A. i Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3). Preuzeto s [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no03\\_02.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97–03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm)
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T. i Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03\_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D. i Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469–7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A. i Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803–010–0935–9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H. i Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743–6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N. i Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6

Di Ceglie, D. i Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E. i Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469

Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M. i Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34

Ehrbar, R. D. i Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the *Standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235

Ekins, R. i King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eklund, P. L., Gooren, L. J. i Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.

Eldh, J., Berg, A. i Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.

Emerson, S. i Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03\_01

Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O. i Meyer III, W. J. (2003). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Izlaganje održano u Gentu na osamnaestome Bijenalnome simpoziju Harry Benjamin.

Ettner, R., Monstrey, S. i Eyler, A. (ur.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. U: R. Ettner, S. Monstrey i E. Eyler (ur.), *Principles of transgender medicine and surgery* (str. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.

Factor, R. J. i Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and



genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.

Feldman, J. (2005, travanj). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Izlaganje održano u Bolonji na devetnaestome Bijenalnome simpoziju Međunarodne organizacije za rodnu disforiju Harry Benjamin.

Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. U: R. Ettner, S. Monstrey i E. Eyler (ur.), *Principles of transgender surgery and medicine* (str. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.

Feldman, J. i Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03\_02

Feldman, J. i Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the *Standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3<sup>rd</sup>-year report from ISMHO's clinical case study group*. Preuzeto s [https://www.ismho.org/myths\\_n\\_realities.asp](https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp)

Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Preuzeto s [http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway\\_Protocols.pdf?docID=2181](http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181)

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.

Fitzpatrick, L. A., Pace, C. i Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.

Frank, J. D. i Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (treće izdanje). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for

Transgender Health's *Standards of Care*: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057

Garaffa, G., Christopher, N. A. i Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

Gelder, M. G. i Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. U: R. Green i J. Money (ur.), *Transsexualism and sex reassignment* (str. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.

Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J. i Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.

Gijs, L. i Brewaeyns, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.

Gold, M. i MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.

Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T. i Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8

Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(dodatak 2), 31–36. doi:10.1159/000087751

Gorton, R. N., Buth, J. i Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.

Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.

Green, R. i Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.

Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J. i Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01\_02

- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. i Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A. i Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. U: P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed i K. S. Polonsky (ur.), *Williams textbook of endocrinology* (deseto izdanje, str. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J. i De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J. i Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissing, J. i Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., ... Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M. i Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuyper, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., ... Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoening, J. i Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A. i LWPE51/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H. i Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jackson, P. A. i Sullivan, G. (ur.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy - what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557

Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T. i Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1

Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G. i Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611

Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M. i Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001

Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G. i Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33

Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B. i Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.

Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.

Klein, C. i Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x

Knudson, G., De Cuyper, G. i Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

Knudson, G., De Cuyper, G. i Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215

Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. Br. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).

Krege, S., Bex, A., Lümmer, G. i Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x

Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D. i Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

Kuhn, A., Hildebrand, R. i Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019

Landén, M., Wålinder, J. i Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x

Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364

Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.

Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032

Levy, A., Crown, A. i Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x

MacLaughlin, D. T. i Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.

Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P. i Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470. doi:10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x

Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x

McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174

McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S. i Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010

Menvielle, E. J. i Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021

Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.

Meyer, J. K. i Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.

Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's *Standards of care* requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065

Meyer, W. J. III., Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B. i Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8\_12

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De L'Enfance Et De L'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639–649. doi: 10.1016/;.ch.2011.07.002.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. i Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S. i New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A. i New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508–006–9068–9

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C. i Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7

Money, J. i Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Money, J. i Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29

Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.

Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2

Moore, E., Wisniewski, A. i Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967

More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725

Mount, K. H. i Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7

Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W. i Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J. i Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-

analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x

Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.

Nestle, J., Wilchins, R. A. i Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.

Neumann, K. i Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.

Newfield, E., Hart, S., Dibble, S. i Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3

Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035

North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. i Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

Oates, J. M. i Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism – a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237

Olyslager, F. i Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Izlaganje održano u Chicagu na dvadesetome *Međunarodnome simpoziju Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba*. Preuzeto s [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence\\_of\\_Transsexualism.pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf)

Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090–7173/00/1200–0185\$18.00/1

Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.

Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409

Payer, A. F., Meyer, W. J. III. i Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439–0272.1979.tb02232.x



Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947

Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.

Pfäfflin, F. i Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Preuzeto s <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>

*Physicians' desk reference*. (61. izdanje). (2007). Montvale, NJ: PDR.

*Physicians' desk reference*. (65. izdanje). (2010). Montvale, NJ: PDR.

Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. U: M. Rottnek (ur.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (str. 34–51). New York, NY: New York University Press.

Pope, K. S. i Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4. izdanje). Hoboken, NJ: John Wiley.

Prior, J. C., Vigna, Y. M. i Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P. i Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.

Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Preuzeto s <http://www.WPATH.org>

Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Preuzeto s [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01\\_03.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm).

Rachlin, K., Green, J. i Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124

Rachlin, K., Hansbury, G. i Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220

Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. i Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Preuzeto s <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>

Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C. i Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354

Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358

Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., ... Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.

Royal College of Speech Therapists, Ujedinjeno Kraljevstvo. <http://www.rcslt.org/>

Ruble, D. N., Martin, C. L. i Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. U: N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (ur.), *Handbook of child psychology* (6. izdanje, str. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.

Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01\_04

Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., ... Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J. i Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776

Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A. i Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194

Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>

Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., ... Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009-2631

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. i Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303

Steensma, T. D. i Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2

Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., ... Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4

Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.

Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. U: J. Epstein i K. Straub (ur.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (str. 280–304). London: Routledge.

Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Preuzeto s <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>

Svjetska zdravstvena organizacija. (2007). *International classification of diseases and related health problems - 10th revision*. Ženeva, Švicarska: Svjetska zdravstvena organizacija.

Svjetska zdravstvena organizacija. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Ženeva, Švicarska: Svjetska zdravstvena organizacija.

Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W. i Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.

Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A. i Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).

Taywaditep, K. J., Coleman, E. i Dumronggittigule, P. (1997). Tajland (Muang Thai). U: R. Francoeur (ur.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.

Thole, Z., Manso, G., Salueiro, E., Revuelta, P. i Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585

Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Preuzeto s <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>

Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x

Upravni odbor Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba. (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010*. Preuzeto s [http://wpath.org/announcements\\_detail.cfm?pk\\_announcement=17](http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17)

Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O. i Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145

Vancouver Coastal Health, Vancouver, Britanska Kolumbija, Kanada.  
<http://www.vch.ca/>

Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5

van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J. i Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J. i Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841

van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484

Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.

Wälinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.

Wälinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.

Wallien, M. S. C. i Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Wallien, M. S. C., Swaab, H. i Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.

Weitze, C. i Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.

Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726

Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of care: The Asian perspective*. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537

Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A. i Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, 1. dio), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.

Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y. i Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

Zitzmann, M., Saad, F. i Nieschlag, E. (2006, travanj). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Izlaganje održano u Glasgowu na Europskome kongresu endokrinologa, Glasgow, Ujedinjeno Kraljevstvo, travanj 2006. Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.

Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006

Zucker, K. J. (2006). "I'm half-boy, half-girl": Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. U: R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams i M. Gibbons (ur.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (str. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4

Zucker, K. J. i Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J. i Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D. i Choi, K. (u tisku). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.

Zucker, K. J. i Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the *Standards of care* of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J. i Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

# Dodatak A

## Glosarij

Terminologija se na polju zdravstvene zaštite transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba razvija iznimnom brzinom: nastaju novi pojmovi, a definicije već postojećih se mijenjaju. Stoga često dolazi do nesporazuma, rasprava i neslaganja o samome jeziku. U nastavku teksta definiraju su pojmovi koji mogu biti nepoznati ili imaju specifično značenje u kontekstu *Standarda skrbi*. Glosarij je sastavljen isključivo za potrebe ovoga dokumenta. I drugi dokumenti mogu se služiti ovdje ponuđenim definicijama, ali Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (WPATH) svjesna je da će u različitim kulturama, zajednicama i kontekstima termini možda biti drukčije definirani.

WPATH je također svjestan da mnogi pojmovi koji se odnose na tu populaciju nisu idealni. Primjerice, pojmovi *transseksualac/ka* i *transvestit* – a po nekima i nešto noviji pojam *transrodan/na* – u prošlosti su korišteni da bi se ljude objektiviziralo. Međutim, takvim se pojmovima danas uvelike služe i mnoge osobe koje daju sve od sebe da bi se izrazile i postale shvaćene. Upotrebom tih pojmova WPATH jedino želi osigurati razumljivost koncepata i procesa te na taj način pripomoći pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama. WPATH ostaje otvoren za novu terminologiju koja će dodatno rasvijetliti iskustvo pripadnika i pripadnica te raznolike populacije i omogućiti daljnja poboljšanja dostupnosti i pružanja zdravstvene skrbi.

**Bioidentični hormoni:** hormoni koji su strukturno identični hormonima u ljudskome tijelu (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Hormoni koji se koriste u bioidentičnoj hormonskoj terapiji (BHT) obično se deriviraju iz biljaka, a strukturno su slični endogenim ljudskim hormonima, premda ih je potrebno dodatno obraditi da bi postali bioidentični.

**Bioidentična individualizirana hormonska terapija** (engl. *bioidentical compounded hormone therapy* – BCHT): primjena hormona koji su pripremljeni, pomiješani, spojeni, upakirani ili etiketirani kao lijekovi, a koje, prema uputama liječnika/ce, farmaceut/kinja spravlja individualno za svakoga/u pacijenta/icu. Nemoguće je da državna agencija za lijekove i medicinske proizvode odobri svaki individualizirani proizvod spravljen za individualnoga/u potrošača/icu.

**Cross-dressing (transvestizam):** nošenje odjeće te usvajanje izgleda i rodne uloge koji su, u danoj kulturi, tipičniji za suprotni spol.

**FtM** (engl. *Female-to-Male* – FTM): pridjev kojim se opisuju osobe kojima je pri rođenju pripisan ženski spol, a koje prilagođavaju ili su prilagodile svoje tijelo i/ili rodnu ulogu iz pri rođenju pripisanoga ženskoga prema muževnijem tijelu ili rodnoj ulozi.

**Genderqueer:** identitetska oznaka koju obično koriste osobe čiji se rodni identitet i/ili rodna uloga ne uklapaju u binarno poimanje u kojem je rod ograničen na kategorije muškarca ili žene (Bockting, 2008).

**Internalizirana transfobija:** neprihvatanje vlastitih transrodnih osjećaja ili identiteta uzrokovano internalizacijom društvenih rodni normi.

**MtF** (engl. *Male-to-Female* – MTF): pridjev kojim se opisuju osobe kojima je pri rođenju pripisan muški spol, a koje prilagođavaju ili su prilagodile svoje tijelo i/ili rodnu ulogu iz pri rođenju pripisanoga muškoga prema ženstvenijem tijelu ili rodnoj ulozi.

**Operacija prilagodbe spola (rodno afirmativna kirurgija):** kirurški zahvati za prilagodbu primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika neke osobe koji se obavljaju kako bi se afirmirao njen rodni identitet. Operacija prilagodbe spola može biti važan dio medicinski nužnoga tretmana za ublažavanje rodne disforije.

**Poremećaj rodnooga identiteta:** službena dijagnoza u *Dijagnostičkome i statističkome priručniku za duševne poremećaje, četvrto izdanje, revidirana verzija (DSM IV-TR)* (Američka psihijatrijska organizacija, 2000). Poremećaj rodnooga identiteta obilježen je stalno prisutnom i snažno izraženom identifikacijom sa suprotnim rodnom, kao i konstantnom prisutnošću nezadovoljstva vlastitim spolom ili osjećaja da je rodna uloga povezana s tim spolom neprikladna. Sve to uzrokuje klinički značajan stres ili negativno utječe na funkcioniranje u društvu, profesionalnome okruženju i drugim bitnim područjima života.

**Poremećaji spolnoga razvoja** (engl. *disorders of sex development* – DSD): kongenitalna stanja s atipičnim razvojem kromosomskoga, gonadnoga ili anatomskoga spola. Neki ljudi žestoko se protive etiketi “poremećaja” jer opisana kongenitalna stanja smatraju manifestacijom različitosti (Diamond, 2009), pa radije koriste pojmove *interspolnost* ili *interseksualnost*.

**Prirodni hormoni:** hormoni derivirani iz prirodnih *resursa* kao što su biljke ili životinje. Prirodni hormoni mogu, ali ne moraju biti bioidentični.



**Rodna disforija:** stres uzrokovan nepoklapanjem rodnoga identiteta neke osobe i spola koji joj je pripisan pri rođenju (skupa s povezanom rodnom ulogom i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b).

**Rodni identitet:** čovjekov intrinzični osjećaj da je muško (dječak ili muškarac), žensko (djevojčica ili žena) ili nekoga alternativnoga rodnoga identiteta (primjerice, boygirl, girlboy, transrodan/na, genderqueer, eunuh) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

**Rodno nenormativno:** pridjev kojim se opisuju osobe čiji se rodni identitet, rodna uloga ili rodno izražavanje razlikuju od onoga što je u određenoj kulturi i određenom povijesnom periodu normativno za spol koji im je pripisan.

**Rodna uloga ili rodno izražavanje:** karakteristike ličnosti, izgleda i ponašanja koje se u određenoj kulturi i povijesnome periodu određuju kao muževne ili ženstvene (dakle, tipične za mušku ili žensku socijalnu ulogu) (Ruble, Martin i Berenbaum, 2006). Iako se većina pojedinki i pojedina u društvu predstavlja u nedvojbenu muževnoj ili ženstvenoj rodnoj ulozi, neki se ljudi predstavljaju u alternativnim rodovima kao što su genderqueer ili transrodnost. Svi ljudi obično inkorporiraju i muževne i ženstvene karakteristike u svoje rodno izražavanje na različite načine i u različitim omjerima (Bockting, 2008).

**Spol:** spol se osobi pripisuje pri rođenju kao muški ili ženski, ovisno o izgledu vanjskih genitalija. U slučaju ambigvitetnih genitalija, da bi se spol pripisao, u obzir se uzimaju druge komponente spola (unutarnje genitalije, kromosomski i hormonski spol) (Grumbach, Hughes i Conte, 2003; MacLaughlin i Donahoe, 2004; Money i Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Kod većine ljudi su rodni identitet i izražavanje konzistentni sa spolom koji im je pripisan pri rođenju. Kod transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba, rodni identitet ili izražavanje razlikuju se od spola koji im je pripisan pri rođenju.

**Transpolni/e:** pridjev kojim se opisuju osobe koje žele prilagoditi ili su već prilagodile svoje primarne i/ili sekundarne spolne karakteristike feminizirajućim ili maskulinizirajućim medicinskim intervencijama (hormonima i/ili kirurijom), najčešće uz permanentnu prilagodbu rodne uloge.

**Transrodne/i:** pridjev kojim se opisuje raznolika skupina ljudi koji prekoračuju ili nadilaze kulturno definirane kategorije roda. Rodni identitet transrodnih osoba u različitim se stupnjevima razlikuje od spola koji im je pripisan pri rođenju (Bockting, 1999).

**Tranzicija:** period u kojem osobe prelaze iz rodne uloge povezane sa spolom koji im je pripisan pri rođenju u neku drukčiju rodnu ulogu. Mnoge osobe tijekom toga perioda uče kako društveno živjeti u drukčijoj rodnoj ulozi. Drugi/e će u tom periodu naći rodnu ulogu i izražavanje kojima će biti najzadovoljniji/e. Tranzicija se može i ne mora sastojati od feminizacije ili maskulinizacije tijela hormonima ili nekim drugim medicinskim procedurama. Narav i trajanje tranzicije variraju od osobe do osobe.

# Dodatak B

## PREGLED MEDICINSKIH RIZIKA HORMONSKJE TERAPIJE

Rizici navedeni u nastavku teksta baziraju se na dva sveobuhvatna pregledna rada znanstveno utemeljene literature o feminizirajućoj/maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009) te na jednome opsežnome kohortnome istraživanju (Asscheman i sur., 2011). Pružatelji/ce hormonske terapije mogu se osloniti na te dvije detaljne recenzije, kao i na ostale dobro ocijenjene kliničke radove (primjerice, Dahl i sur., 2006; Ettner et al, 2007).

### Rizici feminizirajuće hormonske terapije (MtF)

#### **Vjerojatno povećani rizik:**

##### *Venska tromboembolija*

- Primjenom estrogena povećava se rizik od venske tromboembolije (VTE), posebice kod pacijenata/ica koji/e imaju više od 40 godina, izrazito su sedentarni/e, pretili/e i pate od trombofilijских poremećaja.
- Rizik se dodatno povećava primjenom progestina treće generacije.
- Rizik se smanjuje transdermalnom (umjesto oralnom) primjenom estradiola koja se preporučuje pacijentima/icama s visokim rizikom od VTE-a.

##### *Kardiovaskularne, cerebrovaskularne bolesti*

- Primjenom estrogena povećava se rizik od kardiovaskularnih događaja kod pacijenata/ica koji/e imaju više od 50 godina i kod kojih su već prisutni kardiovaskularni rizični faktori. Rizik se nadalje povećava dodatnom primjenom progestina.

## *Lipidi*

- Oralnom primjenom estrogena moguće je značajno povisiti pacijentovu/ičinu razinu triglicerida, čime se povećava rizik od pankreatitisa i kardiovaskularnih događaja.
- Različiti načini primjene polučit će različite metaboličke efekte na razinu HDL kolesterola, LDL kolesterola i lipoproteina.
- Općenito uzevši, klinički dokazi upućuju na to da transdermalna primjena estrogena, za razliku od oralne primjene, može koristiti MtF pacijentima/cama koji/e već imaju lipidni poremećaj.
- Jetra/žučni mjehur
- Primjena estrogena i ciproterona acetata može biti povezana s privremeno povišenim vrijednostima jetrenih enzima i, u rijetkim slučajevima, kliničkom hepatotoksičnošću.
- Primjenom estrogena povećava se rizik od kolelitijaze (žučnih kamenaca) i posljedične kolecistektomije.

## **Moguće povećani rizik:**

### *Dijabetes tipa 2*

- Feminizirajuća hormonska terapija, posebice estrogen, može povećati rizik od dijabetesa tipa 2, ponajprije kod pacijenata/ica s obiteljskom poviješću dijabetesa i drugim rizičnim faktorima za tu bolest.

### *Hipertenzija*

- Primjena estrogena može povisiti krvni tlak, ali utjecaj na incidenciju izražene hipertenzije nije poznat.
- Spironolakton spušta krvni tlak, pa se preporučuje pacijentima/icama koji/e žele feminizaciju, a kod kojih postoji rizik od hipertenzije ili već imaju hipertenziju.

### *Prolaktinski tumor*

- Primjena estrogena povećava rizik od hiperprolaktinemije kod MtF pacijenata/ica tijekom prve godine tretmana, ali nakon toga razdoblja rizik postaje zanemariv.

- Primjena visokih doza estrogena može omogućiti da se u kliničkoj slici pojavi već prethodno razvijen, a dotad klinički nezamijećen, prolaktinski tumor.

### ***Bez jasnih rezultata ili bez povećanoga rizika:***

Stavke u ovoj kategoriji mogu predstavljati rizik, ali o njima postoji tako malen broj znanstvenih dokaza da je nemoguće doći do jasnoga zaključka.

### ***Rak dojke***

- Kod MtF pacijenata/ica koji/e su uzimale feminizirajuće hormone, ponekad se razvije rak dojke, ali nepoznato je do koje se mjere njihov stupanj rizika može usporediti sa stupnjem rizika osoba rođenih sa ženskim genitalijama.
- Duže izlaganje feminizirajućim hormonima (primjerice, u broju godina primjene estrogenskih preparata), rak dojke u obiteljskoj anamnezi, pretilost (ITM > 35) i primjena progestina vjerojatno utječu na razinu rizika.

### ***Ostale nuspojave feminizirajuće terapije:***

Niže navedene nuspojave mogu se smatrati minornima ili čak poželjnim, ovisno o pacijentu/ici, s time da su sve nedvojbeno povezane s feminizirajućom hormonskom terapijom.

### ***Fertilitet i spolna funkcija***

- Feminizirajuća hormonska terapija može smanjiti fertilitet.
- Feminizirajuća hormonska terapija može oslabiti libido.
- Feminizirajuća hormonska terapija smanjuje učestalost noćnih erekcija, a njen utjecaj na seksualno stimulirane erekcije varira.

### ***Rizici antiandrogenskih lijekova***

U režimima feminizirajućih hormona često se primjenjuje niz agensa koji utječu na proizvodnju i djelovanje testosterona. Među njima su GnRH agonisti, progestini (među kojima je i ciproteron acetat), spironolakton i inhibitori 5-alfa-reduktaze. Rasprava o specifičnim rizicima ovih agensa je preopširna da bi

stala u *Standarde skrbi*. Međutim, i spironolakton i ciproteron acetat u širokoj su upotrebi i na njih se valja osvrnuti.

Ciproteron acetat je progestacijski spoj s antiandrogenim svojstvima (Gooren, 2005; Levy i sur., 2003). Iako je u Europi u širokoj upotrebi, ciproteron acetat nije dopušten u Sjedinjenim Državama zbog njegove potencijalne hepatotoksičnosti (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta i Hidalgo, 2004). Spironolakton se često koristi kao antiandrogen u feminizirajućoj hormonskoj terapiji, posebice na područjima gdje primjena ciproterona nije dopuštena (Dahl i sur., 2006; Moore et al, 2003; Tangpricha i sur., 2003). Spironolakton se već jako dugo primjenjuje u liječenju hipertenzije i kongestivnoga zatajenja srca. Njegove uobičajene nuspojave su hiperkalemija, vrtoglavica i gastrointestinalni simptomi (*Physicians' Desk Reference*, 2007).

## Rizici maskulinizirajuće hormonske terapije (FtM)

### **Vjerojatno povećani rizik:**

#### *Policitemija*

- Maskulinizirajuća hormonska terapija testosteronom ili drugim androgenim steroidima povećava rizik od policitemije (hematokrit > 50%), posebice u slučajevima pacijenata/ica kod kojih su prisutni i drugi rizični faktori.
- Taj se rizik može umanjiti transdermalnom primjenom i prilagođavanjem doze.

#### *Porast tjelesne težine/visceralna debljina*

- Maskulinizirajuća hormonska terapija može dovesti do umjerenoga porasta tjelesne težine s povećanjem visceralne debljine.

### **Moguće povećani rizik:**

#### *Lipidi*

- Testosteronska terapija smanjuje razinu HDL-a, ali u različitim stupnjevima utječe na LDL i trigliceride.
- Suprafiziološke (više od normalnoga muškoga raspona) serumske razine testosterona, često primijećene kod duge intramuskularne

primjene, mogu pogoršati lipidni profil. Za razliku od toga, čini se da transdermalna primjena ima neutralan efekt na lipide.

- Kod pacijenata/ica sa sindromom policističnih jajnika ili dislipidemijom može biti prisutan rizik od pogoršavanja dislipidemije uslijed testosteronske terapije.

### *Jetra*

- Vrijednosti jetrenih enzima mogu se privremeno povisiti zbog testosteronske terapije.
- Kod oralne primjene metiltestosterona zabilježeni su poremećaj funkcije jetara i maligne bolesti. Međutim, metiltestosteron više nije dostupan u većini zemalja i ne bi ga se trebalo primjenjivati.

### *Psihijatrijski rizik*

Maskulinizirajuća hormonska terapija testosteronom ili drugim androgenim steroidima može povećati rizik od hipomaničnih, maničnih ili psihotičnih simptoma kod pacijenata/ica s psihijatrijskim poremećajima koji se očituju takvim simptomima. Čini se da je ta nepoželjna nuspojava povezana s višim dozama testosterona ili suprafiziološkim razinama testosterona u krvi.

### **Bez jasnih rezultata ili bez povećanoga rizika:**

Stavke u ovoj kategoriji mogu predstavljati rizik, ali o njima postoji tako malen broj znanstvenih dokaza da je nemoguće doći do jasnoga zaključka.

### *Osteoporoza*

- Testosteronska terapija održava ili povisuje mineralnu gustoću kostiju kod FtM pacijenata/ica prije oofektomije, barem u prve tri godine trajanja tretmana.
- Rizik od smanjivanja gustoće koštane mase povisuje se nakon oofektomije, naročito ako je testosteronska terapija prekinuta ili nedostatna. To uključuje i pacijente/ice koji/e testosteron uzimaju samo oralnim putem.

### *Kardiovaskularni rizik*

- Čini se da maskulinizirajuća hormonska terapija u normalnim fiziološkim dozama ne povećava rizik od kardiovaskularnih događaja kod zdravih pacijenata/ica.
- Maskulinizirajuća hormonska terapija može povećati rizik od kardiovaskularnih bolesti kod pacijenata/ica s postojećim rizičnim faktorima.

### *Hipertenzija*

- Maskulinizirajuća hormonska terapija u normalnim fiziološkim dozama može povisiti krvni tlak, ali čini se da ne povisuje rizik od hipertenzije.
- Povećanom riziku mogu biti izloženi/e pacijenti/ce s rizičnim faktorima za hipertenziju kao što su povećana tjelesna težina, prisutnost hipertenzije u obiteljskoj anamnezi ili sindrom policističnih jajnika.

### *Dijabetes tipa 2*

- Čini se da testosteronska terapija ne povećava rizik od dijabetesa tipa 2 kod FtM pacijenata/ca, osim ako nisu prisutni drugi rizični faktori.
- Testosteronska terapija može dodatno povećati rizik od dijabetesa tipa 2 kod pacijenata/ica s drugim rizičnim faktorima kao što su značajno povećanje tjelesne težine, prisutnost dijabetesa tipa 2 u obiteljskoj anamnezi te sindrom policističnih jajnika. Nema podataka koji bi sugerirali ili pokazivali da se rizik povećava kod osoba s rizičnim faktorima za dislipidemiju.

### *Rak dojke*

- Testosteronska terapija kod FtM pacijenata/ica ne povećava rizik od raka dojke.



***Rak vrata maternice***

- Testosteronska terapija kod FtM pacijenata/ica ne povećava rizik od raka vrata maternice, iako zbog atrofijskih promjena može povećati rizik od minimalno abnormalnih rezultata Papa testa.

***Rak jajnika***

- Analogno osobama s povišenim razinama androgena, a rođenim sa ženskim genitalijama, testosteronska terapija kod FtM pacijenata/ica može povećati rizik od raka jajnika, iako o tome postoji ograničen broj dokaza.

***Rak endometrija (maternice)***

- Testosteronska terapija kod FtM pacijenata/ica može povećati rizik od raka endometrija, iako o tome postoji ograničen broj dokaza.

**Ostale nuspojave feminizirajuće terapije:**

Niže navedene nuspojave mogu se smatrati minornima ili čak poželjnim, ovisno o pacijentu/ici, ali sve su nedvojbeno povezane s maskulinizacijom.

***Fertilitet i spolna funkcija***

- Testosteronska terapija kod FtM pacijenata/ica smanjuje fertilitet, iako je nepoznat stupanj toga smanjivanja i njegova reverzibilnost.
- Testosteronska terapija može inducirati permanentne anatomske promjene na embriju koji se razvija ili fetusu.
- Testosteronska terapija inducira povećanje klitorisa i osnažuje libido.
- Akne i androgena alopecija
- Akne i različiti stupnjevi gubitka kose po muškome obrascu (androgena alopecija) česte su nuspojave maskulinizirajuće hormonske terapije.

# Dodatak C

## SAŽETAK KRITERIJA ZA HORMONSKU TERAPIJU I KIRURŠKE ZAHVATE

Kao što je to bio slučaj i u svim prijašnjim verzijama *Standarda skrbi*, kriteriji koje ovaj dokument predlaže za hormonsku terapiju i operativne zahvate kod rodne disforije zapravo su kliničke smjernice: kriterije može modificirati zdravstveni/a djelatnik/ca, a moguće ih je i prilagoditi specifičnome programu. U kliničkoj praksi do odstupanja od *Standarda skrbi* može doći zbog jedinstvene anatomske, društvene ili psihološke situacije pacijentice ili pacijenta, zatim zbog toga što je neki/a iskusni/a zdravstveni/a djelatnik/ca usavršio/la metodu kojom pristupa učestalim situacijama, zbog protokola istraživanja, nedovoljnih resursa u pojedinim dijelovima svijeta ili potrebe za specifičnom strategijom smanjenja rizika. Takva odstupanja valja prepoznati, objasniti ih pacijentu/ici i zabilježiti ih u dokumentaciji o informiranom pristanku radi kvalitetne skrbi za pacijente/ice i zakonske zaštite. Ta je dokumentacija također korisna i za prikupljanje novih podataka koje je retrospektivno moguće ispitivati i na taj način omogućiti da se zdravstvena skrb – i *Standardi skrbi* – dalje razvijaju.

### **Kriteriji za feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju (jedna uputnica ili dokumentirana psihosocijalna procjena u medicinske kartonu)**

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je pacijent/ica mlađi/a, slijedite *Standarde skrbi* za djecu i adolescente/tkinje);
- 4) ako su prisutne značajne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom.

**Kriteriji za operaciju dojki/prsa (jedna uputnica)*****Mastektomija i oblikovanje muških prsa kod FtM pacijenata/ica:***

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je osoba mlađa, slijedite *Standarde skrbi* za djecu i adolescente/tkinje);
- 4) ako su prisutne značajne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom.

Hormonska terapija nije preduvjet.

***Augmentacija dojki (implantati/transfer masti) kod MtF pacijenata/ica:***

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost (ako je osoba mlađa, slijedite *Standarde skrbi* za djecu i adolescente/tkinje);
- 4) ako su prisutne značajne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom.

Iako se ne radi o izričitome kriteriju, preporuča se da MtF pacijenti/ce primaju feminizirajuću hormonsku terapiju (u trajanju od minimalno 12 mjeseci) prije kirurškoga zahvata augmentacije dojki. Svrha terapije jest dovesti rast dojki do maksimuma kako bi se postigli bolji kirurški (estetski) rezultati.

**Kriteriji za genitalnu kirurgiju (dvije uputnice)*****Kriteriji za histerektomiju i salpingektomiju-ooforektomiju kod FtM pacijenata/ica i orhidektomiju kod MtF pacijenata/ica:***

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost;

- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom;
- 5) 12 mjeseci kontinuiranoga primanja hormonske terapije u skladu s pacijentovim/ičnim rodnim ciljevima (osim ako hormoni nisu klinički indicirani).

Hormonskom terapijom prije gonadektomije prvenstveno se želi pacijentu/ici omogućiti da u određenome vremenskome razdoblju iskusi reverzibilnu supresiju testosterona ili estrogena, prije negoli se podvrgne ireverzibilnoj kirurškoj intervenciji.

Kriteriji se ne odnose na pacijente/ice kojima su ti zahvati medicinski indicirani zbog drugih razloga, a ne zbog rodne disforije.

***Kriteriji za metoidioplastiku ili faloplastiku kod FtM pacijenata/ica i vaginoplastiku kod MtF pacijenata/ica:***

- 1) stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
- 2) sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
- 3) navršena zakonski propisana punoljetnost;
- 4) ako su prisutne medicinske tegobe ili tegobe s psihičkim zdravljem, potrebno ih je držati pod kontrolom;
- 5) 12 mjeseci kontinuiranoga primanja hormonske terapije u skladu s pacijentovim/ičnim rodnim ciljevima (osim ako hormoni nisu klinički indicirani);
- 6) 12 mjeseci kontinuiranoga življenja u rodnoj ulozi koja se poklapa s rodnim identitetom pacijenta/ice.

Iako se ne radi o izričitome kriteriju, preporuča se da takvi/e pacijenti/ce redovito posjećuju stručnjaka/inju za psihičko zdravlje ili druge zdravstvene djelatnike/ce.

Gore navedeni kriterij za neke oblike kirurških zahvata na genitalijama – kriterij po kojem pacijent/ica treba 12 mjeseci kontinuirano živjeti u rodnoj ulozi koja se poklapa s njegovim/njenim rodnim identitetom – temelji se na ekspertnome kliničkome konsenzusu da se tijekom stjecanja toga iskustva pacijenti/ce imaju priliku socijalno prilagoditi životu u željenoj rodnoj ulozi, a tek onda se podvrgnuti ireverzibilnoj kirurgiji.

# Dodatak D

## DOKAZI O KLINIČKIM ISHODIMA TERAPIJSKIH PRISTUPA

Svakoj novoj terapiji oslonac pružaju i analize ishoda. Taj je tip analize bio iznimno važan u kontekstu kontroverzne naravi operacije prilagodbe spola. Gotovo sva istraživanja ishoda u tome području bila su retrospektivna.

Jedno od prvih istraživanja psihosocijalnih ishoda nakon provedenog tretmana kod transpolnih pacijenata/ica obavljeno je 1979. godine na Medicinske fakultetu Sveučilišta Johns Hopkins (SAD) (J. K. Meyer i Reter, 1979). To se istraživanje fokusiralo na profesionalnu, obrazovnu, bračnu i stambenu stabilnost pacijenata/ica. Rezultati su pokazali da je tretman doveo do nekoliko značajnih prilagodbi koje se nisu mogle smatrati pozitivnima. Dapače, pokazali su da mnogim osobama sudjelovanje u programu nije ni naročito koristilo ni naštetilo. Zbog rezultata istraživanja, zatvoren je program tretmana u bolnici i pri medicinske fakultetu (Abramowitz, 1986).

Nakon toga značajan je broj zdravstvenih djelatnika/ca tražio standard za određivanje prikladnosti za operaciju prilagodbe spola, što je 1979. godine dovelo do formuliranja prve verzije *Standarda skrbi* Međunarodnoga udruženja za rodnu disforiju Harry Benjamin (današnje Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba).

Godine 1981. Pauly objavljuje rezultate jednog opsežnog retrospektivnog istraživanja provedenoga na ljudima koji su prošli kroz operaciju prilagodbe spola. Kod sudionica i sudionika toga istraživanja pokazali su se puno bolji ishodi: od 83 FtM pacijenata/ica, njih 80.7% bilo je zadovoljno ishodima (primjerice, pacijenti/ce su u samoprocjeni izvijestili/e o "poboljšanoj socijalnoj i emocionalnoj prilagodbi"), dok je njih 6% bilo nezadovoljno. Od 283 MtF pacijenta/ice, njih 71.4% bilo je zadovoljno ishodima, a 8.1% nezadovoljno. U istraživanju su sudjelovali/e i pacijenti/ce koji/e su započeli/e tretman prije objavljivanja i korištenja *Standarda skrbi*.

Nakon objavljivanja *Standarda skrbi* zabilježen je porast zadovoljstva pacijenata/ica ishodom operacije prilagodbe spola te smanjivanje njihovog nezadovoljstva. Istraživanja provedena nakon 1996. godine fokusirala su se na pacijente/ice koji/e su tretirani/e u skladu sa *Standardima skrbi*. Za radove iz tog područja tipični su rezultati istraživanja Rehmana i suradnika/ica (1999)

te Kregea i suranika/ica (2001): nijedan/na pacijent/ica tijekom istraživanja nije izrazio/la žaljenje zbog obavljene operacije, a većina njih je izjavila da je zadovoljna kozmetičkim i funkcionalnim rezultatima operacije. Čak i pacijenti/ce kod kojih se razviju teške kirurške komplikacije rijetko kada izraze žaljenje zbog obavljenih kirurških zahvata. Cjelokupni ishod operacije prilagodbe spola najbolje se može predvidjeti na osnovi kvalitete kirurških rezultata (Lawrence, 2003). Najveći broj istraživanja praćenjem neosporno je pokazao da operacija prilagodbe spola postiže blagotvoran učinak na postoperativne ishode kao što su subjektivna dobrobit, fizički izgled i spolna funkcija (De Cuypere i sur., 2005; Garaffa, Christopher i Ralph, 2010; Klein i Gorzalka, 2009), iako se čitav razmjer blagotvornih učinaka ne može sa sigurnošću utvrditi pomoću trenutno dostupnih znanstvenih dokaza. Jedno je istraživanje (Emory, Cole, Avery, Meyer i Meyer, 2003) pokazalo čak i porast pacijentovih/ičnih prihoda.

U jednom zabrinjavajućem izvještaju (Newfield i sur., 2006) zabilježene su niže vrijednosti kvalitete života (mjereno upitnikom SF-36) kod FtM pacijenata/ica u odnosu na opću populaciju. Manjkavost toga istraživanja odabir je sudionica i sudionika. Naime, 384-ero sudionica i sudionika nije odabrano nekom sistematičnom metodom, već je pozvano na sudjelovanje grupnim e-mailom, s tim da ni stupanj ni tip njihovoga tretmana nisu zabilježeni. Sudionici/e u istraživanju koji/e su uzimali/e testosteron, u prosjeku su ga uzimali/e kraće od 5 godina. Prema rezultatima istraživanja, kvaliteta života bila je viša kod pacijenata/ica koji/e su obavile kirurški zahvat na dojka/ama/prsima nego kod onih koji/e nisu ( $p < 0.001$ ). (Analiza ishoda genitalne kirurgije nije obavljena.) U drugome radu, Kuhn i kolege/ice (2009) koristili/e su upitnik o zdravstvenome stanju koji je objavio King's College da bi procijenili/e kvalitetu života 55-ero transpolnih pacijenata/ica 15 godina nakon operacije prilagodbe spola. Rezultati su uspoređeni s rezultatima kontrolne skupine, 20, trenutno zdravih, ženskih pacijentica na kojima je u prošlosti izveden kirurški zahvat u predjelu abdomena/zdjelice. Vrijednosti kvalitete života kod transpolnih pacijenata/ica bile su iste ili više nego kod kontrolne skupine na nekim subskalama (emocije, spavanje, inkontinencija, ozbiljnost simptoma i ograničenje u svakodnevnim aktivnostima), ali niže u nekim drugim domenama (opće zdravstveno stanje, ograničenje u fizičkim aktivnostima i ograničenje u osobnome životu).

U dva dugoročna retrospektivna opservacijska istraživanja uspoređivani su mortalitet i psihijatrijski morbiditet odraslih transpolnih osoba i uzorka opće populacije (Asscheman i sur., 2011; Dhejne i sur., 2011). Analiza podataka iz registra Švedskog nacionalnog odbora za zdravstvenu i socijalnu skrb

pokazala je znatno višu stopu mortaliteta, suicida, suicidalnoga ponašanja i psihijatrijskoga morbiditeta kod osoba koje su obavile operaciju prilagodbe spola (191 MtF osoba i 133 FtM) u odnosu na netranspolnu kontrolnu skupinu koja im odgovara po dobi, migracijskome statusu, prethodnim psihijatrijskim morbiditetima i spolu koji im je pripisan pri rođenju (Dhejne i sur., 2011). I istraživanje provedeno u Nizozemskoj pokazalo je višu stopu ukupnoga mortaliteta, uključujući i slučajeve suicida, kod pre- i postoperativnih transpolnih pacijenata/ica (966 MtF osoba i 265 FtM) u odnosu na opću populaciju te zemlje (Asscheman i sur., 2011). Ni u jednome od ova dva istraživanja nije u pitanje dovedena učinkovitost operacije prilagodbe spola. Štoviše, u oba nedostaje adekvatna kontrolna skupina transpolnih osoba koje ili nisu primale nikakav tretman ili koje su primale neki oblik tretmana izuzev genitalne kirurgije. K tomu, neke od transpolnih osoba obuhvaćene ovim istraživanjima obavile su operaciju prilagodbe spola još u 1970-ima. Ono što rezultati tih istraživanja ipak ističu jest potreba da se toj populaciji omogući pristup kvalitetnoj dugoročnoj psihološkoj i psihijatrijskoj skrbi. Potrebno je provesti još istraživanja koje u fokus stavljaju ishode trenutno dostupnih metoda procjene i tretmana rodne disforije.

Teško je utvrditi koliko su hormoni, sami po sebi, učinkoviti u ublažavanju rodne disforije. Većina istraživanja u kojima je evaluirana učinkovitost maskulinizirajuće/feminizirajuće hormonske terapije na rodnu disforiju, provedena je na pacijentima/cama koji/e su obavili/e i operaciju prilagodbe spola. O povoljnim učincima hormonske i kirurške terapije izviješteno je u detaljnome praćenju preko 3000 pacijenata/ica kroz 79 (većinom opservacijskih) istraživanja provedenih između 1961. i 1991. godine (Eldh, Berg i Gustafsson, 1997; Gijs i Brewaeys, 2007; Murad i sur., 2010; Pfäfflin i Junge, 1998). Pacijenti/ce operirani/e nakon 1986. godine, oporavljali/e su se bolje od onih koji/e su operirani/e prije 1986, što pokazuje znatan napredak kada je riječ o kirurškim komplikacijama (Eldh i sur., 1997). Većina, između 87% MtF i 97% FtM pacijenata/ica, izvijestila je o poboljšanju psihosocijalnih ishoda (Green i Fleming, 1990). O sličnome napretku izvijestilo je i jedno švedsko istraživanje u kojem su "gotovo svi/e pacijenti/ce bili/e zadovoljni/e operacijom prilagodbe spola nakon 5 godina, a kliničari/ke su tijekom praćenja procijenili/e da je sveukupno funkcioniranje kod 86% stabilno ili poboljšano" (Johansson, Sundbom, Höjerback i Bodlund, 2010). Manjkavosti navedenih istraživanja su retrospektivni dizajn i korištenje različitih kriterija pri evaluaciji ishoda.

U prospektivnome istraživanju provedenome u Nizozemskoj, evaluirano je 325 odraslih osoba i adolescenata/ica koji/e su zatražili/e operaciju prilagodbe

spola (Smith, Van Goozen, Kuiper i Cohen-Kettenis, 2005). Pacijenti/ce koji/e su prošli/e kroz terapiju prilagodbe spola (drugim riječima, primile i hormonsku terapiju i obavile kirurške intervencije) pokazali/e su napredak u prosječnim vrijednostima na utrechtskoj skali rodne disforije. U većini kategorija ostvaren je i napredak u vrijednostima koje izražavaju nezadovoljstvo vlastitim tijelom te psihološko funkcioniranje. Manje od 2% pacijenata/ica izrazilo je žaljenje zbog terapije. To je najopsežnije prospektivno istraživanje koje potvrđuje rezultate retrospektivnih istraživanja prema kojima kombinacija hormonske terapije i kirurških zahvata ublažuje rodnu disforiju i unaprjeđuje ostala područja psihosocijalnoga funkcioniranja. Potrebna su dodatna istraživanja o učincima hormonske terapije bez kirurških zahvata te u slučajevima kada konačni cilj nije maksimalna feminizacija ili maskulinizacija.

Sve u svemu, istraživanja izvještavaju o kontinuiranome poboljšanju ishoda koje prati razvitak ovoga područja zdravstvene skrbi. Istraživanja su se dosad uglavnom fokusirala na ishode operacije prilagodbe spola. U trenutnoj praksi postoji čitav niz identiteta, uloga i fizičkih prilagodbi kojima bi mogla koristiti dodatna istraživanja i praćenja ishoda (Institute of Medicine, 2011).



# Dodatak E

## RAZVOJNI PROCES STANDARDA SKRBI, SEDME VERZIJE

Razvojni proces *Standarda skrbi, sedme verzije* započeo je 2006. godine, okupljanjem prve “radne skupine”. Članice i članovi zamoljeni/e su da prouče određene dijelove *Standarda skrbi, šeste verzije*. Od njih se tražilo da u svakome poglavlju pregledaju relevantnu literaturu, detektiraju manjkavosti u istraživanju, kao i mjesta koja je potrebno dodatno istražiti, te preporučite eventualne preinake *Standarda skrbi* u skladu s novim znanstvenim dokazima. Svojim su tekstovima doprinijeli/e sljedeći/e autori/ce: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter i Ken Zucker. Neki/e od navedenih autora/ica odlučili/e su u rad uključiti koautore/ice koji/e su im pomogli/e.

Sinopsise svojih tekstova autori/ce su trebali/e predati do 1. lipnja 2007. godine. Većina radova dovršena je do rujna 2007, a ostatak do kraja iste godine. Radovi su potom predani u časopis *International Journal of Transgenderism (IJT)*. Svi tekstovi prošli su kroz regularni *IJT*-ov postupak recenzije. U konačnome obliku objavljeni su u broju 11 (1-4) 2009. godine, nakon čega je o njima otvorena šira rasprava.

Nakon objave članka, Upravni odbor Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba osnovao je Odbor za reviziju *Standarda skrbi*. Prva zadaća odbora bila je raspraviti sažetke i analize iz članka objavljenih u *IJT*-u preko jedne web-stranice izrađene pomoću Googlea. Upravni odbor potom je oformio podgrupu Odbora za reviziju koja je postala Radna skupina za pisanje *Standarda skrbi, sedme verzije*. Ona je bila zadužena za pisanje prvoga nacrtu *Standarda skrbi, sedme verzije* i daljnji rad na revizijama koje je istaknuo Odbor za reviziju. Upravni odbor osnovao je i Međunarodnu savjetodavnu skupinu transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba kako bi i one vlastitim prijedlozima doprinijele reviziji.

Angažirana je i stručna suradnica na tekstu sa zadatkom da (1) revidira sve preporuke za reviziju – kako originalne preporuke iznesene u člancima objavljenima u *IJT*-u, tako i dodatne preporuke koje su nastale tijekom *online* rasprava – te da (2) sastavi anketu za prikupljanje dodatnih prijedloga mogućih

revizija teksta. U rezultatima ankete Radna skupina za pisanje mogla je vidjeti oko čega se stručnjaci/kinje slažu i oko čega će biti potrebne dodatne rasprave. Stručna suradnica je tada mogla (3) sastaviti vrlo bazičan prvi nacrt *Standarda skrbi, sedme verzije* na kojem je potom Radna skupina za pisanje mogla dalje raditi.

Radna skupina za pisanje sastala se uživo 4. i 5. ožujka 2011. godine na stručnome savjetodavnome sastanku. Skupina se osvrnula na sve predložene promjene i raspravom došla do konsenzusa o raznim kontroverznim područjima. Donesene odluke temeljile su se na najboljoj dostupnoj znanosti i stručnome konsenzusu. Nacrt je potom prilagođen donesenim odlukama, a Radna skupina je napisala dodatne dijelove teksta, uz pomoć stručne suradnice na tekstu.

Nacrt složen na savjetodavnome sastanku potom je kružio među članovima/cama Radne skupine za pisanje, a dovršen je uz pomoć stručne suradnice na tekstu. Finalizirana verzija prvotnoga nacrta zatim je cirkulirala među članovima/cama Odbora za reviziju *Standarda skrbi* i Međunarodnoga savjetodavnoga odbora. Rasprava se odvijala na web-stranici izrađenoj pomoću Googlea, a poslan je i poziv za konferenciju na kojoj su razriješene preostale nedoumice. Odbor za reviziju *Standarda skrbi* i Međunarodna savjetodavna skupina napisali su dva dodatna nacrta i postavili ih na web-stranicu radi daljnje razmatranja. Po završetku ta tri kruga pregledavanja i revizija, završni dokument predan je na odobrenje Upravnome odboru Svjetske organizacije za zdravlje transrodnih osoba. Upravni odbor ovu je verziju odobrio 14. rujna 2011. godine.

## FINANCIJSKA SREDSTVA

Proces revizije *Standarda skrbi* omogućila je izdašna donacija Zaklade Tawani i doprinos anonimnoga/e donatora/ice. Tim su sredstvima podmireni:

- 1) honorar za stručnu suradnicu na tekstu;
- 2) proces prikupljanja osvrta na predložene promjene međunarodnih stručnjaka/inja za rodne identitete i transrodne zajednice;
- 3) radni sastanci skupine za pisanje;
- 4) proces prikupljanja dodatnih osvrta i finalizacije stručnoga konsenzusa profesionalne i transrodne zajednice, Odbora za reviziju Standarda skrbi i Upravnoga odbora Svjetske organizacije za zdravlje transrodnih osoba;
- 5) troškovi tiskanja i distribucije *Standarda skrbi, sedme verzije* te trošak postavljanja kopije za besplatni *download* na web-stranicu Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba;
- 6) troškovi plenarne sjednice za predstavljanje *Standarda skrbi, sedme verzije* na Bijenalnome simpoziju Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba u Atlanti, Georgia (SAD).

## Članice i članovi Odbora za reviziju Standarda skrbi

- Eli Coleman, PhD (SAD)\* - predsjednik Odbora
- Richard Adler, PhD (SAD)
- Walter Bockting, PhD (SAD)\*
- Marsha Botzer, MA (SAD)\*
- George Brown, MD (SAD)
- Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Nizozemska)\*
- Griet DeCuypere, MD (Belgija)\*
- Aaron Devor, PhD (Kanada)
- Randall Ehrbar, PsyD (SAD)
- Randi Ettner, PhD (SAD)
- Evan Eyler, MD (SAD)
- Jamie Feldman, MD, PhD (SAD)\*
- Lin Fraser, EdD (SAD)\*
- Rob Garofalo, MD, MPH (SAD)
- Jamison Green, PhD, MFA (SAD)\*
- Dan Karasic, MD (SAD)
- Gail Knudson, MD (Kanada)\*
- Arlene Istar Lev, LCSW-R (SAD)
- Gal Mayer, MD (SAD)
- Walter Meyer, MD (SAD)\*
- Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat. (SAD)
- Stan Monstrey, MD, PhD (Belgija)\*
- Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (SAD)
- Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Njemačka)
- Katherine Rachlin, PhD (SAD)
- Bean Robinson, PhD (SAD)

- Loren Schechter, MD (SAD)
- Vin Tangpricha, MD, PhD (SAD)
- Mick van Trotsenburg, MD (Nizozemska)
- Anne Vitale, PhD (SAD)
- Sam Winter, PhD (Hong Kong)
- Stephen Whittle, OBE (UK)
- Kevan Wylie, MB, MD (UK)
- Ken Zucker, PhD (Kanada)

\* Članice i članovi Radne skupine za pisanje *Standarda skrbi, sedme verzije*

† Svi/e su članovi/ce Odbora za reviziju *Standarda skrbi, sedme verzije* radeći na reviziji donirali/e svoje vrijeme.

## Odbor za selekciju međunarodne savjetodavne skupine

- Walter Bockting, PhD (SAD)
- Marsha Botzer, MA (SAD)
- Aaron Devor, PhD (Kanada)
- Randall Ehrbar, PsyD (SAD)
- Evan Eyler, MD (SAD)
- Jamison Green, PhD, MFA (SAD)
- Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (SAD)

## Međunarodna savjetodavna skupina

- Tamara Adrian, LGBT prava Venezuela (Venezuela)
- Craig Andrews, FtM Australija (Australija)
- Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
- Naomi Fontanos, Društvo za prava transpolnih žena na Filipinima (Filipini)
- Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norveška)
- Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Kanada)
- Masae Torai, FtM Japan (Japan)
- Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

## Stručna suradnica na tekstu

- Anne Marie Weber-Main, PhD (SAD)

## Pomoćnica uredništva

- Heidi Fall (SAD)