

WPATH

SVETSKO UDRUŽENJE PROFESIONALACA ZA TRANSRODNO ZDRAVLJE

Standardi nege zdravlja
transpolnih, transrodnih i osoba
koje se rodno ne konformiraju
7. VERZIJA

STANDARDI NEGE ZDRAVLJA TRANSPOLNIH, TRANSRODNIH I
OSOBA KOJE SE RODNO NE KONFORMIRAJU, 7. VERZIJA

Naslov originala: Standards of Care for the Health of Transsexual,
Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7

Prevod: Milan Đurić i Milica Jeremić

Lektura i korektura: Simonida Jurić

Dizajn korica: Vladimir Opsenica

Prelom: Aco Popadić

Štampa: Zuhra, Beograd

Tiraž: 500

Izdavač: Gayten-LGBT, Centar za promociju LGBTIQ prava

Telefon: 011 292 0067

Imejl: gayten@gmail.com

Vebsajt: transserbia.org

Beograd, 2014.

Finansijska podrška:

Ambasada Kraljevine Holandije i Fondacija za otvoreno društvo, Srbija



Embassy of the
Kingdom of the Netherlands



FOND ZA OTVORENO DRUŠTVO - SRBLJA
FUND FOR AN OPEN SOCIETY - SERBIA

Sadržaj

Uvodna napomena	5
Zahvalnica	7
Uvod	9
Standardi nege zdravlja transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju	11
I Svrha i upotreba Standarda nege	13
II Globalna primenljivost Standarda nege	17
III Razlike između rodnog nekonformiranja i rodne disforije	19
IV Epidemiološka razmatranja	23
V Prikaz terapijskih pristupa za rodnu disforiju	27
VI Procena i tretman dece i adolescenata sa rodnom disforijom	31
VII Mentalno zdravlje	47
VIII Hormonska terapija	65
IX Reproduktivno zdravlje	87
X Terapija za glas i komunikaciju	89
XI Hirurški zahvati	93
XII Postoperativna nega i kontrole	107
XIII Dugotrajna i preventivna primarna nega	109
XIV Primenjivost Standarda nege na osobe koje žive u institucionalnim okruženjima	112
XV Primenjivost Standarda nege kod osoba sa poremećajima polnog razvoja	115
Dodatak A: Rečnik pojmova	133
Dodatak B: Pregled medicinskog rizika hormonske terapije	137
Dodatak C: Pregled kriterijuma za hormonsku terapiju i operacije	145
Dodatak D: Dokazi za kliničke ishode terapijskih pristupa	149
Dodatak E: Proces razvitka Standarda nege, 7. verzija	153

Uvodna napomena

Prevođenje priručnika *Standardi nege zdravlja transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, 7. verzija*, trajalo je nekoliko meseci. Tekst je preveden tako što je Milan Đurić radio na prvoj polovini, a Milica Jeremić na drugoj polovini teksta, uz stalne međusobne konsultacije, sugestije, kao i zajednički rad na usklađivanju terminologije.

Iako se svesrdno zalažemo za upotrebu rodno senzitivnog jezika, smatrali smo da bi u ovom slučaju značajno opteretio tekst i mogao kreirati konfuziju, posebno uzimajući u obzir različite identite koji se pominju u ovom priručniku.

Odlučili smo se da koristimo termin „transpolnost“, smatrajući da bolje opisuje ovu kategoriju identiteta i približava je većem broju osoba od termina „transeksualnost“, što potvrđuje i skorašnja teorijska, aktivistička i institucionalna praksa. Naime, termin „transeksualnost“ u ovdašnjem kontekstu često biva tumačen neadekvatno, budući da je bukvalno preuzet iz engleskog jezika (*transsexual*). Reč *sex* u engleskom jeziku, između ostalog, znači i pol. U našem jeziku reč seks isključivo podrazumeva seksualni odnos, a ne i pol, te smatramo da bi bilo adekvatnije i jasnije koristiti termin transpolnost, naročito imajući u vidu da se termin *transgender* prevodi i upotrebljava u praksi kao transrodnost.

Autori i autorke *Standarda nege, 7. verzija* snažno se zalažu za depatologizaciju i destigmatizaciju trans i drugih rodno nekonformiranih identiteta. Imajući u vidu složenost i kontinuum trans* i drugih rodno nekonformiranih identiteta, trudili smo da koristimo izraze koji su precizni u medicinskom, psihološkom i sociološkom diskursu, ali i da istovremeno poštuju jedan od najvažnijih ciljeva za koje se zajedno zalažu WPATH

i druge trans*¹ inkluzivne organizacije, aktivisti i aktivistkinje – termine koji vrednosno ne patologizuju trans*identitete i koji uzimaju u obzir da postoji čitav raspon identiteta izvan rodno binarne matrice.

Autori/ke WPATH-a koriste termin „konformiranje“ kako bi obuhvatili širi spektar identiteta i konotacija – na primer, osobe koje nemaju potrebu za medicinskim tretmanima i koje se osećaju usaglašeno u pogledu svog tela i rodnog identiteta, ali se ne određuju u odnosu na rodno-binarnu društvenu normative i ne žele da se identitetski i politički konformiraju u odnosu na nametnute kategorije pola, roda i rodnih uloga. Sami autori/ke insistiraju na ovom terminu, upućujući na interseks, rodnokvir, birodne, neutralne, rodno-fluidne osobe i druge, koje se mogu osećati usaglašeno, pa čak i određeno u pogledu doživljaja vlastitog identiteta, ali ne nužno u postojećem sistemu polnih i rodnih podela. Takođe, važno je imati u vidu perspektivu da je identitet proces, a ne statični skup bioloških, psiholoških, duhovnih, kulturnih, vrednosnih, političkih i drugih dimenzija ličnosti.

Nadamo se da ćemo objavljivanjem ovog priručnika dati doprinos boljem razumevanju i prihvatanju osoba trans* i drugih identiteta, unapređenju prava, položaja i kvaliteta života ovih osoba, često izloženih ogromnoj patnji, višestrukoj diskriminaciji i raznim oblicima nasilja u našem društvu i širom sveta. Takođe, nadamo se da će priručnik biti od koristi svim pomagačkim profesijama u unapređenju rada sa trans* osobama u različitim sferama.

1. Trans sa asteriskom – trans* označava spektar različitih identiteta, poput trans žena, trans muškaraca, birodnih, arodnih, rodnokvir, multirodnih, nerodnih, transrodnih, treći pol/rod, rodno fluidnih i drugih identiteta.

Zahvalnica

Posebno se zahvaljujemo na stručnim konsultacijama, sugestijama i uvodnoj reči **prim. dr sci med Dragani Duišin**, specijalisti psihijatrije, šefu Kabineta za transrodna stanja Klinike za psihijatriju KCS, članici i učesnici osnivanja EPATH udruženja.

Takođe, zahvaljujemo se na stručnoj pomoći i sugestijama sledećim saradnicama i saradnicima:

dr Farida Bassioni-Stameniđ, MPH, specijalista za monitoring i evaluaciju, Ministarstvo zdravlja

dr sci. med Dušica Marković-Žigić, specijalista psihijatrije, šef Odseka nepsihotičnih poremećaja u KBC „Dr Dragiša Mišović-Dedinje“

Ivana Mihajlović, magistar farmacije

Ana Pandej, prevoditeljka i aktivistkinja

Slavoljupka Pavlović, pravnica

Jelena Vidić, psihološkinja i psihoterapeutkinja

dr Daniel Mešković, lekar i psiholog

Posebno se zahvaljujemo Ambasadi Kraljevine Holandije i Fondaciji za otvoreno društvo, Srbija na prepoznavanju važnosti problematike trans osoba i trans* prava, kao i uviđanju vrednosti jednog ovakvog dokumenta koji će doprineti aktivističkom i stručnom radu na poboljšanju položaja i unapređenju prava trans* osoba kod nas.*

Uvod

Rodna disforija kao složen klinički fenomen, kako sa aspekta prezentacije, kliničke procene, tako i odluke o tipu lečenja, ima višestruke implikacije na zdravstvenom, personalnom, i socijalnom planu ljudskih prava i zakonodavnih odrednica. Dodatnu kompleksnost predstavlja činjenica da se radi o oblasti koja zahteva interdisciplinarni pristup koji podrazumeva uključenost specijalista više medicinskih grana u dijagnostičkoj i terapijskoj fazi. Ovakav pristup podrazumeva višestranu odgovornost u sprovođenju bezbednog i korisnog tretmana, sa ciljem dobrobiti pacijenta u pogledu postizanja psihofizičkog sklada i poboljšanja sveukupnog kvaliteta života.

Klinički fenomen rodne disforije posmatra se iz perspektive medicinskog modela, a ne iz modela mentalnog zdravlja, kroz koji se procenjuje indikovanost daljeg tretmana koji može uključivati hormonsku supstituciju terapiju i/ili anatomsku akomodaciju u cilju usklađivanja postojećeg nesklada.

Udruženje Hari Bendžamin (HBIDGA), koje je okupljalo profesionalce u oblasti transrodnog zdravlja, kao i same pacijente, prepoznavši brojna bioetička i medikolegalna pitanja vezana za rad sa rodno disforičnim osobama, 1979. godine je definisalo Standarde nege ovakvih osoba. Oni predstavljaju preporuke dostupne profesionalnoj zajednici koje su do sada imale šest revizija, od kojih aktuelna publikacija donosi poslednju iz 2011. U novije vreme Standarde publikuje multidisciplinarno udruženje WPATH (World Professional Association for Transgender Healthcare), u kojima su definisane preporuke vezane za dijagnostiku i tretman rodno disforičnih osoba, eksplicitni stavovi u vezi sa adekvatnom negom u hormonskom i hiruruškom tretmanu (polne reatribucije). Ciljevi Standarda nege su: obezbeđivanje kliničkih smernica za profesionalce, poboljšanje nege rodno disforičnih osoba, pomoć u obezbeđivanju i efikasnijim obrascima pribavljanja dugotrajnog ličnog komfora sa sopstvenim rodnom, poboljšanje

sveukupnog zdravlja, psihološke dobrobiti i samoispunjenja. Preporuka je korišćenje ovih standarda kao minimalnih kriterijuma za evaluaciju njihovog rada.

Ključne promene koje nudi poslednje izdanje Standarda nege WPATH odnose se na fleksibilnost, minimalne zahteve, dozvolu za odstupanja i uklapanje u jedinstvene okolnosti, naglašavanje značaja informisanosti po pitanju izbora i vrednosti pristupa koji će umanjiti štetu. Standardi zahtevaju više odgovornosti, usmerenja i informacija za klijente u mnogo širem smislu na različite teme (terapija glasa, pitanja fertiliteta i dr.). Oni predstavljaju više od propisivanja hormonske i hirurške terapije, jer se radi se o promociji sveukupnog zdravlja i dobrobiti. Istovremeno ističu jasan stav da rodni nesklad nije patološki, ali je rodna disforija specifični distres koji se može povećati tokom neophodnog medicinskog tretmana.

Savremeni koncept promovise više individualizovani pristup, više terapijskih opcija koje se nude klijentu, druge sekvence u terapiji, odustajanje od binarnog modela, još tešnji interdisciplinarni rad u kome profesionalci u mentalnom zdravlju postaju sve više koordinatori kompletne nege. Osnovni cilj ovakve publikacije je edukacija osoba koje se bave transrodnim osobama i rodnom disforijom, kao i poboljšanje nege i što kvalitetniji pristup u tretmanu i njihovim krajnim ishodima.

Prim.dr sci med Dragana Duišin, specijalista psihijatrije
Šef Kabineta za transrodna stanja Klinike za psihijatriju KCS
Članica i učesnica osnivanja udruženja EPATH

Standardi nege zdravlja transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju

AUTORI/KE¹: COLEMAN, E., BOCKTING, W., BOTZER, M., COHEN-KETTENIS, P., DECUYPERE, G., FELDMAN, J., FRASER, L., GREEN, J., KNUDSON, G., MEYER, W. J., MONSTREY, S., ADLER, R. K., BROWN, G. R., DEVOR, A. H., EHRBAR, R., ETTNER, R., EYLER, E., GAROFALO, R., KARASIC, D. H., LEV, A. I., MAYER, G., MEYER-BAHLBURG, H., HALL, B. P., PFAEFFLIN, F., RACHLIN, K., ROBINSON, B., SCHECHTER, L. S., TANGPRICHA, V., VAN TROTSENBURG, M., VITALE, A., WINTER, S., WHITTLE, S., WYLLIE, K. R. I ZUCKER, K.

APSTRAKT: *Standardi nege* zdravlja transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju² predstavljaju publikaciju Svetskog udruženja profesionalaca za transrodno zdravlje (WPATH). Opšti cilj *Standarda nege* jeste u pružanju kliničkih smernica za zdravstvene radnike kako bi mogli da pomažu transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju, da bezbednim i efikasnim putevima postignu trajnu ličnu dobrobit uspostavljanja sklada sa sopstvenim rodnom, kako bi se poboljšalo

1. Ovo je sedma verzija Standarda nege. Originalni SN su objavljeni 1979 godine. Prethodne revizije su urađene 1980, 1981, 1990, 1998, i 2001.

2. Adresa za korespondenciju Eli Coleman, PhD Program o ljudskoj seksualnosti, Medicinski univerzitet u Minesoti, 1300 South 2nd Street, Suite 180, Minneapolis, MN 55454. Imejl: colem001@umn.edu

njihovo sveukupno zdravlje, psihološko blagostanje i samoispunjenje. Ova pomoć može uključivati primarnu zdravstvenu zaštitu, ginekološku i urološku negu, reproduktivne opcije, terapiju usmerenu na govor i komunikaciju, usluge koje se odnose na mentalno zdravlje (npr. procena, savetovanje, psihoterapija), hormonske i hirurške tretmane. *Standardi nege* su zasnovani na najboljim, raspoloživim naučnim i stručnim opštim saglasnostima. Pošto većina istraživanja i iskustava na ovom polju dolazi iz severnoameričke i zapadnoevropske perspektive, neophodna su prilagođavanja *Standarda nege* drugim delovima sveta i lokalnim specifičnostima. *Standardi nege* formulišu standarde zdravstvene nege istovremeno potvrđujući ulogu informisanja klijenta pre donošenja izbora, naglašavajući značaj vrednosnih pristupa koji doprinose smanjenju štete. Pored toga, ova verzija *Standarda nege* prepoznaje da je tretman za rodnu disforiju, odnosno nelagodnosti³ ili distresa⁴ uzrokovanih neslaganjem između rodnog identiteta osobe i njenog pola pripisanog po rođenju (i prateće rodne uloge i/ili primarnih i sekundarnih polnih karakteristika), postao individualizovan. Neke osobe koje pristupaju nezi učiniće značajan samostalan napredak u pogledu promena rodne uloge ili drugih odluka u vezi sa svojim rodnim identitetom ili rodnom disforijom. Drugim osobama biće potrebne intenzivnije usluge zdravstvene nege. Zdravstveni radnici mogu da koriste *Standarde nege* kako bi pomogli pacijentima da razmotre čitav spektar dostupnih zdravstvenih usluga, u skladu sa njihovim kliničkim potrebama i ciljevima za rodno izražavanje.

KLJUČNE REČI: TRANSPOLNOST ODNOSNO TRANSEKSUALNOST, TRANSRODNOST, RODNA DISFORIJA, STANDARDI NEGE

3. Engl. discomort, u daljem tekstu je ovaj termin preveden kao nelagoda/nelagodnost (prim.prev.).

4. Iako postoje različita stručna mišljenja u vezi sa uvođenjem ovog termina u sisteme DSM-a i ICD-a, kao i njegovog značenja (World Psychiatry, Official Journal of the World Psychiatric Association - WPA, 2009), njegova definicija obuhvata simptome depresije, anksioznosti, uznemirenosti (prim.prev.).

Svrha i upotreba Standarda nege

Svetsko udruženje profesionalaca transrodno zdravlje (WPATH)⁵ je međunarodno, multidisciplinarno, profesionalno udruženje čija je misija promovisanje nege zasnovane na naučnim dokazima, edukaciji, istraživanjima, javnom zastupanju, javnim politikama, kao i poštovanje zdravlja transeksualnih i transrodnih osoba. Vizija WPATHa je svet u kome transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, imaju koristi od pristupa zdravstvenoj nezi zasnovanoj na medicinskim dokazima, socijalnim servisima, pravosuđu i jednakosti.

Jedna od glavnih funkcija WPATH-a jeste da promoviše najviše standarde zdravstvene nege za osobe kroz formulisanje *Standarda nege* za zdravlje transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju. *Standardi nege* su zasnovani na najbolje raspoloživom naučnom i stručnom konsenzusu.⁶ Pošto većina istraživanja i iskustava u ovom polju proizlazi iz severnoameričke i zapadnoevropske perspektive, neophodna su prilagođavanja *Standarda nege* drugim delovima sveta i lokalnim specifičnostima. U ovu verziju *Standarda nege* uključeni su predlozi o načinima razmišljanja o kulturnoj relativnosti i kulturnim kompetencijama.

Opšti cilj *Standarda nege* je da pruži kliničke smernice za zdravstvene radnike kako bi mogli da pomažu transpolnim, transrodnim osobama i osobama koje se rodno ne konformiraju, da bezbednim i efikasnim putevima postignu trajno lično zadovoljstvo u svom sopstvenom rodu, kako bi se poboljšalo njihovo sveukupno zdravlje, psihološko blagostanje

5. Nekadašnje Međunarodno udruženje za rodnu disforiju Harry Benjamin.

6. Standardi nege (SN), 7. verzija, predstavljaju značajno odstupanje od prethodnih verzija. Promene u ovoj verziji su zasnovane na značajnim kulturnim promenama, napretku u kliničkim znanjima, kao i na uvažavanju mnogih pitanja zdravstvene njege, koja se mogu javiti u vezi sa transpolnim odnosno transeksualnim, transrodnim i rodno nekonformiranim osobama van okvira hormonske terapije i operacija (Kolman, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d).

i samoispunjenje. Ova pomoć može uključivati primarnu zdravstvenu zaštitu, ginekološku i urološku negu, reproduktivne opcije, terapiju usmerynu na govor i komunikaciju, usluge koje se odnose na mentalno zdravlje (npr. procena, savetovanje, psihoterapija), hormonske i hirurške tretmane. Iako je ovo prvenstveno dokument za zdravstvene radnike, *Standardi nege* se takođe mogu koristiti od strane pojedinaca, njihovih porodica i društvenih institucija u cilju informisanja, kako bi pomogli u promovisanju optimalnog zdravlja za članove ove raznolike populacije.

WPATH prepoznaje da zdravlje zavisi ne samo od dobre kliničke nege, već i od društvene i političke klime koja obezbeđuje i osigurava društvenu toleranciju, ravnopravnost i punopravno uživanje svih građanskih i ljudskih prava. Zdravlje se promoviše putem javnih politika i pravnih reformi koje promovišu toleranciju, ravnopravnost rodne i seksualne različitosti, i eliminišu predrasude, diskriminaciju i stigmatizaciju. WPATH je posvećen zalaganju za ove promene u javnim politikama i zakonskim reformama.

Standardi nege su fleksibilne kliničke smernice

Standardi nege su predviđeni da budu fleksibilni u cilju zadovoljenja različitih potreba zdravstvene zaštite transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju. Iako fleksibilni, oni nude standarde za sprovođenje optimalne zdravstvene zaštite i smernice za tretman potreban osobama koje se suočavaju sa rodnom disforijom, široko definisanom kao nelagodnost⁷ ili distres⁸, uzrokovanom neusklađenošću rodnog identiteta osobe i pola pripisanog joj po rođenju (i prateće rodne uloge i/ili primarnih i sekundarnih polnih karakteristika) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuipere i Bockting, 2010b).

Kao i u svim prethodnim verzijama *Standarda nege*, kriterijumi navedeni u ovom dokumentu za primenu hormonske terapije i hirurške tretmane za rodnu disforiju predstavljaju kliničke smernice; zdravstveni radnici ih

7. Engl. discomort, u daljem tekstu je ovaj termin preveden kao nelagoda/nelagodnost (prim.prev.).

8. Iako postoje različita stručna mišljenja u vezi sa uvođenjem ovog termina u sisteme DSM-a i ICD-a, kao i njegovog značenja (World Psychiatry, Official Journal of the World Psychiatric Association - WPA, 2009), , njegova definicija obuhvata simptome depresije, anksioznosti, uznemirenosti (prim.prev.).

moгу modifikovati u okviru razliĉitih programa. Do kliniĉkih odstupanja od *Standarda nege* moţe doći zbog jedinstvene anatomije pacijenta, kao i zbog socijalne ili psihološke situacije; naĉina na koji iskusan lekar postupa u svakodnevrim situacijama; istraţivaĉkog protokola, nedostataka sredstava u raznim delovima sveta, ili usled potrebe za specifiĉnom strategijom smanjenja űtete. Ova odstupanja treba prepoznati kao takva, objasniti ih pacijentu, i dokumentovati putem pacijentovog dobrovoljnog, informisanog pristanka sa ciljem obezbeđivanja kvalitetne nege i pravne zaűtite. Ova dokumentacija je takođe dragocena za prikupljanje novih podataka, koji mogu biti retroaktivno istraţeni kako bi se omogućilo razvijanje zdravstvene nege i *Standarda nege*.

Standardi nege su formulisani tako da istovremeno prepoznaju znaĉaj uloge pravljenja izbora zasnovanih na taĉnim informacijama i vrednostima pristupa koji doprinose smanjenju űtete. Pored toga, ova verzija *Standarda nege* prepoznaje i potvrđuje razliĉite vidove izraţavanja roda koji ne zahtevaju psihološke, hormonske ili hirurške tretmane. Neke osobe koje pristupaju nezi uĉiniće znaĉajan samostalan napredak u pogledu promena rodne uloge, tranzicije, ili drugih odluka u vezi sa svojim rodnim identitetom ili rodnom disforijom. Drugim osobama će biti potrebne intenzivnije usluge zdravstvene nege. Zdravstveni radnici mogu da koriste *Standardne nege* kako bi pomogli pacijentima da razmotre ĉitav spektar dostupnih zdravstvenih usluga, u skladu sa njihovim kliniĉkim potrebama i ciljevima u vezi sa rodnim izraţavanjem.

|| Globalna primenljivost Standarda nege

Iako su *Standardi nege* predviđeni za upotrebu širom sveta, WPATH prepoznaje činjenicu da je mnogo evidentiranog kliničkog iskustva i znanja u ovoj oblasti zdravstvene nege prikupljeno iz severnoameričkih i zapadnoevropskih izvora. Postoje razlike koje variraju zavisno od mesta do mesta, između, ali i unutar nacija i država, u sledećim stavkama: društvenim stavovima prema transeksualnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju; konstrukciji rodnih uloga i identiteta; jeziku koji se koristi da opiše različite rodne identitete; epidemiologiji rodne disforije; pristupu i troškovima tretmana; ponuđenim vidovima terapija; broju i vrsti stručnjaka koji pružaju negu, kao i pravnim i političkim pitanjima vezanim za ovu oblast zdravstvene nege (Winter, 2009).

Nije moguće ostvariti da *Standardi nege* reflektuju sve ove razlike. Primeenom ovih standarda u različitim kulturnim kontekstima, zdravstveni radnici moraju da budu senzitivni i da obrate pažnju na ove razlike, te da prilagode *Standarde nege* realnosti lokalnih potreba. Na primer, u brojnim kulturama, osobe koje se rodno ne konformiraju društveno su veoma vidljive u pogledu njihovog broja i načina života (Peletz, 2006). U ovakvim okolnostima, uobičajeno je da ljudi započnu sa promenama svog rodnog izražavanja i fizičkih karakteristika u tinejdžerskim godinama ili čak i ranije. Mnogi od njih odrastaju i žive u sasvim drugačijim socijalnim, kulturnim, pa čak i jezičkim kontekstima, u odnosu na zapadne kulture. Ipak gotovo se svi suočavaju sa predrasudama (Peletz, 2006; Winter, 2009). U mnogim kulturama, široko je rasprostranjena društvena stigma prema rodnom nekonformiranju, a rodne uloge su strogo propisane (Winter i dr., 2009). U ovakvim uslovima osobe koje se rodno ne konformiraju, primorane su da se prikrivaju i zbog toga nemaju prilike za dobijanje odgovarajuće zdravstvene nege (Winter, 2009).

Standardi nege nisu predviđeni da ograniče nastojanja za obezbeđivanje najbolje moguće nege za sve osobe. Zdravstveni stručnjaci širom

sveta, čak i u područjima sa ograničenim sredstvima i mogućnostima obuke, mogu primeniti mnoga osnovna načela koja podržavaju *Standardi nege*. Ova načela obuhvataju sledeće: ukazivanje poštovanja pacijentima sa rodno nekonformiranim identitetima (bez patologizovanja razlika u rodnim identitetima i izražavanju); pružanje nege (ili konsultovanje i upućivanje na stručne kolege) koja potvrđuje rodni identitet pacijenta i smanjuje distres izazvan postojanjem rodne disforije; upoznavanje sa znanjima kada je u pitanju zdravstvena nega za transpolne odnosno transseksualne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, uključujući dobrobiti i rizike različitih opcija tretmana rodne disforije; prilagođavanje tretmanskim pristupa specifičnim potrebama pacijenata, posebno njihovim ciljevima vezanim za rodno izražavanje, kao i njihovoj potrebi za oslobađanjem od rodne disforije; olakšavanje pristupa odgovarajućoj nezi; traženje informisanog pristanka pacijenata pre započinjanja tretmana; obezbeđivanje kontinuiteta nege i spremnost da podrže i zastupaju pacijente u krugu njihovih porodica i zajednica (škole, na radnim mestima, kao i drugim sredinama).

Terminologija je kulturno i vremenski uslovljena, i veoma se ubrzano razvija. Važno je koristiti termine koji ukazuju poštovanje u raznim mestima i vremenima, kao i među različitim ljudima. S obzirom da su *Standardi nege* prevedeni na druge jezike, velika pažnja se mora posvetiti obezbeđivanju tačnog prevoda i značenja pomenutih termina. Terminologiju na engleskom jeziku možda nije lako prevesti na druge jezike, i obratno. Neki jezici nemaju ekvivalentne reči koje bi mogle opisati različite pojmove u okviru ovog dokumenta; stoga, prevodioci treba da budu upoznati sa osnovnim ciljevima tretmana kako bi jasno formulisali kulturno primenjive smernice za postizanje tih ciljeva.

||| Razlike između rodnog nekonformiranja i rodne disforije

Biti transpolna, transrodna ili osoba koja se rodno ne konformira je pitanje različitosti, a ne patologije

WPATH je objavio saopštenje u maju 2010. godine pozivajući na depsihiopatologizaciju rodnog nekonformiranja širom sveta (Odbor direktora WPATH-a, 2010). Ovim saopštenjem je naglašeno da je „izražavanje rodnih karakteristika, uključujući i identitete, koji nisu stereotipno povezani sa nečijim polom pripisanim po rođenju, uobičajen i kulturno različit ljudski fenomen, koji ne bi trebalo da se ocenjuje kao inherentno patološka ili negativna pojava.“

Nažalost, postoji stigma u vezi sa rodnim nekonformiranjem u mnogim društvima širom sveta. Takva stigmatizacija može dovesti do predrasuda i diskriminacije, rezultirajući „stresom manjine“⁹ (I. H. Meier, 2003). Stres manjine je jedinstven (stresogeni faktor, dodatni uzrok opšteg stresa koji je svojstven svim ljudima), društveno zasnovan i hroničan, a može učiniti da transeksualne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, budu podložnije razvoju mentalnih zdravstvenih problema kao što su anksioznost i depresija (Institut za medicinu, 2011). Pored predrasuda i diskriminacije u društvu u celini, stigmatizacija može da doprinese zlostavljanju i zanemarivanju u odnosima među vršnjacima i članovima porodice, što zauzvrat može dovesti do psihičkih problema. Međutim, ovi simptomi su društveno izazvani i nisu inherentno povezani sa transeksualnim, transrodnim ili osobama koje se rodno ne konformiraju.

9. U originalu „minority stress“, a odnosi se na stres uzrokovan pripadnošću određenim manjinama u društvu, izloženim diskriminaciji i nasilju, (prim.prev.).

Rodno nekonformiranje nije isto što i rodna disforija

Rodno nekonformiranje se odnosi na meru u kojoj se rodni identitet osobe, uloga, ili izražavanje razlikuje od kulturnih normi propisanih za ljude određenog pola (Institut za medicinu, 2011). *Rodna disforija* se odnosi na nelagodnost ili uznemirenost (diskomfor i distres) izazvane neslaganjem rodnog identiteta osobe i pola koji joj je pripisan po rođenju (i prateće rodne uloge i/ili primarnih i sekundarnih polnih karakteristika) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b). Samo neke osobe koje se rodno ne konformiraju iskuse rodnu disforiju u *nekom* trenutku u životu.

Postoje dostupni tretmani koji pomažu ljudima sa takvim problemima da istraže svoj rodni identitet i pronađu rodnu ulogu u kojoj se osećaju prijatno (Bockting i Goldberg, 2006). Tretman je individualan: ono što pomaže jednoj osobi da ublaži rodnu disforiju, može se veoma razlikovati od onoga što pomaže drugoj. Ovaj proces može, a i ne mora uključivati promenu rodnog izražavanja ili telesne modifikacije. Opcije medicinskih tretmana uključuju, na primer, feminizaciju ili maskulinizaciju tela putem hormonske terapije i/ili operacije, koji su efikasni u ublažavanju rodne disforije i medicinski su neophodni mnogim osobama. Rodni identiteti i izražavanje su raznovrsni, a hormoni i hirurgija su samo dve od mnogih dostupnih opcija za pomoć ljudima da postignu zadovoljstvo sobom i svojim identitetom.

Rodna disforija može u velikoj meri biti ublažena tretmanima (Murad i dr., 2010). Dakle, iako transeksualne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju mogu da iskuse rodnu disforiju u nekom trenutku svog života, mnoge osobe koji su u procesu terapije pronaći će rodnu ulogu i izražavanje koji su zadovoljavajući njima samima, čak i ako se one razlikuju od onih pripisanih polom po rođenju, ili od preovlađujućih rodni normi i očekivanja.

Dijagnoze u vezi sa rodnom disforijom

Neki ljudi osećaju rodnu disforiju takvog stepena da prateća uznemirenost (distres) ispunjava kriterijume formalne dijagnoze koja može biti klasifikovana kao mentalni poremećaj. Takva dijagnoza ne predstavlja dozvolu za stigmatizaciju ili za lišavanje građanskih i ljudskih prava. Postojeći sistemi klasifikacije, kao što su Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM) (Američko psihijatrijsko udruženje, 2000.) i Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB - ICDN) (Svetska zdravstvena organizacija, 2007.), definišu stotine mentalnih poremećaja koji se razlikuju u početku, trajanju, patogenezi, funkcionalnoj nesposobnosti i mogućnostima lečenja. Svi ovi sistemi pokušavaju da klasifikuju skupove simptoma i stanja, a ne same individue. Poremećaj je opis nečega sa čime se osoba može suočavati, a ne opis osobe ili identiteta osobe.

Dakle, transeksualne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, inherentno ne pate od poremećaja. Zapravo, uznemirenost (distres) koja je povezana sa rodnom disforijom, kada je prisutna, je problem koji se može dijagnostikovati i za koji postoje različite mogućnosti lečenja. Samo postojanje dijagnoze rodne disforije često olakšava pristup zdravstvenoj nezi i može usmeriti dalja istraživanja ka efektivnim tretmanima.

Istraživanja vode ka stvaranju novih dijagnostičkih nomenklatura i promeni termina u DSM-u (Cohen-Kettenis i Pfafflin, 2010; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) i u ICDN-u. Iz navedenog razloga, u *Standardima nege* su zastupljeni poznati termini i date su definicije za novonastajuće termine. Zdravstveni radnici bi trebalo da koriste i primenjuju u svojoj praksi najnovije dijagnostičke kriterijume i odgovarajuće šifre.

IV Epidemiološka razmatranja

Formalna epidemiološka istraživanja, naročito o incidenci¹⁰ i prevalenci¹¹ posebno transeksualnosti, ili o transrodnim i rodno nekonformiranim identitetima, generalno nisu sprovedena, a naponi da se ostvare realne procene onemogućeni su ogromnim problemima (Institut za medicinu, 2011; Zucker i Lawrence, 2009). Čak i ukoliko bi epidemiološke studije utvrdile da sličan procenat transeksualnih, transrodnih, ili osoba koje se rodno ne konformiraju postoji širom sveta, vrlo je verovatno da bi kulturne razlike koje postoje od države do države, uticale na drugačije bihevioralno izražavanje različitih rodnih identiteta, kao i meru u kojoj se rodna disforija – kao posebna kategorija u odnosu na rodni identitet - zapravo javlja u populaciji. Dok u većini zemalja, iskorak iz nametnutih normativnih rodni granica stvara moralnu osudu pre nego saosećajnost, u pojedinim kulturama postoje primeri ponašanja rodnog nekonformiranja osoba (npr. duhovne vođe,) koji su manje stigmatizovani, pa čak i duboko poštovani (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chinas, 1995; Coleman, Colgan i Gooren, 1992; Costa i Matzner, 2007; Jackson i Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, i Dumronggittigule, 1997).

Iz mnogih razloga, istraživači koji su proučavali učestalost i zastupljenost uglavnom su se fokusirali na podgrupu osoba sa rodno nekonformiranim identitetima koju je najlakše pratiti: transeksualne osobe sa rodnom disforijom, koje se pojavljuju na specijalizovanim klinikama tražeći tretmane za rodnu tranziciju (Zucker i Lawrence, 2009). Većina istraživanja je sprovedena u evropskim zemljama kao što su Švedska (Walinder, 1968, 1971), Velika Britanija (Hoenig i Kenna, 1974), Holandija (Bakker, Van Kesteren, Gooren i Bezemer, 1993; Eklund, Gooren i Bezemer, 1988; Van Kesteren,

10. Incidenca – broj novih slučajeva koji se pojavljuju u određenom periodu.

11. Prevalenca – broj osoba koje imaju stanje pod šifrom 4035, podeljen sa brojem osoba u opštoj populaciji.

Gooren i Megens, 1996), Nemačka (Weitze i Osburg, 1996), i Belgija (De Cuypere i dr., 2007). Jedno je sprovedeno u Singapuru (Tsoi, 1988).

De Cuypere i kolege (2007), kritički su pratili ta istraživanja i sprovodili svoja. Ova istraživanja zajedno obuhvataju vremenski period od 39 godina. Ostavljajući po strani dva istraživanja koja su sproveli Pauly 1965. i Tsoi 1988, postoji deset istraživanja sprovedenih u osam država. Prevalenca dobijena u ovih deset istraživanja kreće se u rasponu od 1:11,900 do 1:45,000 za muško u žensko osobe (MuŽ) i od 1:30,400 do 1:200,000 za žensko u muško osobe (ŽuM). Neki naučnici napominju da je, u zavisnosti od metodologije korišćene u istraživanju, prevalenca mnogo veća (npr. Olyslager i Conway, 2007).

Direktna poređenja rezultata istraživanja su nemoguća, jer svako istraživanje se razlikuje u metodologiji prikupljanja podataka i njihovim kriterijumima za klasifikovanje osobe kao transeksualne (npr. da li je osoba prošla kroz proces rekonstrukcije genitalija, odnosno da li je započela hormonsku terapiju, odnosno da li je došla na kliniku tražeći usluge tranzicije pod medicinskim nadzorom). Novije studije beleže povišene stope prevalencije, verovatno ukazujući na sve veći broj ljudi koji traže kliničke tretmane. Ovo tumačenje podržavaju i istraživanja koje su sproveli Reed i kolege (2009), koja prijavljuju udvostručavanje broja ljudi na svakih pet ili šest godina koji pristupaju nezi na klinici za rodna pitanja¹² u Velikoj Britaniji. Slično tome, Zucker i kolege (2008), prijavili su četiri do pet puta više dece i mladih upućenih na njihove klinike u Torontu (Kanada) tokom tridesetogodišnjeg perioda.

Rezultati dobijeni na osnovu istraživanja kao što su ova mogu se, u najboljem slučaju, smatrati minimalnim procenama. Objavljeni podaci su uglavnom prikupljeni na klinikama obuhvatajući pacijente koji ispunjavaju kriterijume za težak oblik rodne disforije i koji dobijaju odgovarajuću zdravstvenu negu na tim klinikama. Ove procene ne uzimaju u obzir da ponuđeni tretmani u specifičnom kliničkom okruženju možda nisu prepoznati kao finansijski pristupačni, korisni ili prihvatljivi od strane samoidentifikovanih osoba sa rodnom disforijom u datoj oblasti. Računajući samo one osobe koji se pojavljuju na klinikama tražeći određenu vrstu tretmana, previđa se neodređen broj pojedinaca sa rodnom disforijom.

12. U originalu „gender clinic”, (prim.prev.).

Ostala klinička posmatranja (koja još uvek nisu čvrsto potkrepljena sistematičnim istraživanjima), podržavaju verovatnoću povišene prevalencije rodne disforije : (i) Ranije neprepoznavana rodna disforija se ponekad dijagnosticuje kada je primećeno da pacijent ima problema sa anksioznošću, depresijom, poremećajem ponašanja, zloupotrebom hemijskih supstanci, disocijativnim poremećajem identiteta, graničnim poremećajem ličnosti, seksualnim poremećajem i poremećajem polnog razvoja (Cole, O'Boyle, Emory i Meyer, 1997). (ii) Neki krosdreseri, drag kraljice/kraljevi, ili žene/muškarci imitatori, i gej muškarci i lezbejke mogu patiti od rodne disforije (Bullough i Bullough, 1993). (iii) Intenzitet rodne disforije kod nekih ljudi varira ispod i iznad kliničkog praga (Docter, 1988). (iii) Rodno nekonformiranje među ŽuM osobama je u mnogim kulturama relativno nevidljivo, posebno za zdravstvene radnike i istraživače na zapadu, koji su sprovedi većinu istraživanja na kojima se zasnivaju trenutne procene prevalencije i incidence (rasprostranjenosti i učestalosti) (Winter 2009).

Opšte gledano, postojeće podatke bi trebalo smatrati polaznom tačkom, a zdravstvena nega bi imala koristi od rigoroznijih epidemioloških istraživanja koja bi trebalo sprovesti na različitim lokacijama širom sveta.

V Prikaz terapijskih pristupa za rodnu disforiju

Napredak u znanju i tretmanu rodne disforije

Svesnost o fenomenu rodne disforije povećava se u drugoj polovini 20. veka, kada su zdravstveni radnici počeli da pružaju pomoć za ublažavanje rodne disforije ostvarivanjem promena u vezi sa primarnim i sekundarnim polnim karakteristikama osobe, putem hormonske terapije i operacija, zajedno sa promenom rodne uloge. Iako je Harry Benjamin već potvrdio postojanje spektra rodnog nekonformiranja (Benjamin, 1966), inicijalni klinički pristup je u velikoj meri bio fokusiran na pronalaženje odgovarajućeg kandidata za promenu pola, te omogućavanja fizičke promene muškarca u ženu ili žene u muškarca, i učini je mogućom u što većoj meri (npr. Green i Fleming, 1990; Hastings, 1974). Ovaj pristup je detaljno procenjen i pokazao se kao veoma efikasan. Stepem zadovoljstva prikazan u istraživanjima kretao se od 87% kod Muž pacijenata, do 97% kod ŽuM pacijenata (Green i Fleming, 1990), a veoma se retko dešavalo da neka osoba zažali što je prošla kroz proces (1% -1,5% kod MTF pacijenata i < 1% kod FTM pacijenata; Pfafflin, 1993). Hormonska terapija i operacije, zaista su se pokazale medicinski neophodnim za ublažavanje rodne disforije kod mnogih ljudi (Američko medicinsko udruženje, 2008; Anton, 2009; Svetsko stručno udruženje za zdravlje transrodnih osoba, 2008).

Kako iskustva u ovoj oblasti sazrevaju, zdravstveni stručnjaci uviđaju da, dok su mnogim osobama potrebne i hormonska terapija i operacije, radi ublažavanja doživljaja rodne disforije, drugim je potrebna samo jedna od ovih opcija tretmana, a nekima nije potrebna nijedna (Bockting i Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Često uz pomoć psihoterapije,

neke osobe integrišu svoja osećanja transrodnosti u rodnu ulogu koja im je pripisana po rođenju i ne osećaju potrebu za feminizacijom ili maskulinizacijom svog tela. Kod drugih, promene rodne uloge i izražavanja su dovoljni za ublažavanje rodne disforije. Pojedinih pacijentima je potrebna hormonska terapija, moguća promena rodne uloge, ali ne i operacija; drugim je možda potrebna promena rodne uloge zajedno sa operacijom, ali ne i hormoni. Drugim rečima, tretman rodne disforije je postao veoma individualan.

Dok su generacije transeksualnih, transrodnih i nekonformiranih osoba sazrevale, od kojih su mnoge od njih imale koristi od različitih terapijskih pristupa, postajale su vidljivije kao zajednica i pokazale značajnu raznolikost svojih rodnih identiteta, uloga i izražavanja. Neke osobe sebe opisuju ne kao rodno nekonformirane, već kao nedvosmisleno transpolne (tj. kao pripadnike drugog pola; Bockting, 2008). Druge osobe potvrđuju svoj jedinstveni rodni identitet, i ne smatraju sebe ni muškarcem, niti ženom (Bornstein, 1994, Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). Umesto toga, one mogu da opišu svoj rodni identitet specifičnim terminima kao što su transrodne, birodne ili rodnokvir¹³ osobe, potvrđujući svoja jedinstvena iskustva koja prevazilaze muško/žensko binarno shvatanje roda (Bockting, 2008; Ekins i King, 2006; Nestle, Wilchins i Howell, 2002). Ove osobe možda ne prožive proces afirmacije svog identiteta kao „tranziciju“, jer nikada nisu u potpunosti prihvatile rodnu ulogu koja im je pripisana po rođenju ili zbog toga što one ostvaruju svoju rodnu ulogu i izražavanje na način koji ne uključuje promenu iz jedne rodne uloge u drugu. Na primer, neke mlade osobe koje se identifikuju kao rodnokvir su oduvek doživljavale svoj rodni identitet i ulogu kao takvu, dakle rodnokvir. Veća javna vidljivost i svest o rodnoj različitosti (Feinberg, 1996), dodatno je proširila mogućnosti za ljude sa rodnom disforijom da ostvare identitet i pronađu svoju rodnu ulogu i izražavanje koji su njima samima zadovoljavajući.

Zdravstveni radnici mogu da pomognu osobama koje pate od rodne disforije afirmišući njihov rodni identitet, istražujući različite opcije za izražavanje tog identiteta, kao i donošenjem odluka o mogućnostima za tretmane, sa ciljem ublažavanja rodne disforije.

13. Genderqueer u originalu (prim.prev.)

Opcije za psihološke i medicinske tretmane rodne disforije

Postoji niz terapijskih opcija koje se mogu uzeti u obzir za osobe sa rodnom disforijom koje se obrate za medicinsku pomoć. Broj i vrsta primenjenih intervencija i redosled kojim se obavljaju može se razlikovati 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 obuhvataju sledeće:

- * Promene u rodnom izražavanju i ulozi (što može da podrazumeva delimično ili potpuno življenje u drugoj rodnoj ulozi, u skladu sa sopstvenom rodnom identitetom);
- * Hormonska terapija za feminizaciju ili maskulinizaciju tela;
- * Operativni tretman promene primarnih i/ili sekundarnih polnih karakteristika (npr. dojke /grudi, spoljne i/ili unutrašnje genitalije, crte lica, oblik tela);
- * Psihoterapija (pojedinaac, par, porodica ili grupa), za svrhe kao što su istraživanje rodnog identiteta, uloge i izražavanja; rad na otklanjanju negativnog uticaja rodne disforije i stigmatizacije na mentalno zdravlje; ublažavanje internalizovane transfobije; unapređenje socijalne i vršnjačke podrške; poboljšanje slike o sopstvenom telu, i unapređenje rezilijentnosti.

Opcije za društvenu podršku i promene rodnog izražavanja

Pored, ili kao alternativa prethodno opisanim psihološkim i medicinskim opcijama tretmana, i druge opcije mogu pomoći u ublažavanju rodne disforije, kao na primer:

- * Personalni ili onlajn izvori parnjačke¹⁴ podrške, grupe ili organizacije u zajednicama koje pružaju mogućnosti za socijalnu podršku i javno zastupanje;
- * Personalni i onlajn izvori podrške porodicama i prijateljima;
- * Terapija za glas i komunikaciju koja pomaže osobama da razviju

14. Peer - ovaj termin se ne odnosi samo na osobe koje pripadaju istoj ili sličnoj starosnoj grupi (vršnjaci), već i na osobe istih ili sličnih identiteta, statusa, obrazovanja, zanimanja, interesovanja itd. (prim.prev.).

verbalne i neverbalne komunikacijske veštine koje omogućavaju doživljaj sklada sa sopstvenim rodnim identitetom;

- * Otklanjanje maljavosti putem elektrolize, laserskog tretmana ili depilacije;
- * Podvezivanje grudi ili stavljanje uložaka u grudnjak, prikriivanje penisa ili penilna proteza, korišćenje uložaka za kukove i zadnjicu;
- * Promene imena i oznake pola/roda u ličnim dokumentima.

VI Procena i tretman dece i adolescenata sa rodnom disforijom

Postoje brojne razlike u fenomenologiji, razvojnom toku i pristupima kada su u pitanju tretmani rodne disforije kod dece, adolescenata i odraslih. Kod dece i adolescenata je prisutan brz i dramatičan razvojni proces (fizički, psihički i seksualni), i postoji veća fluidnost i varijabilnost u ishodima, posebno kod dece pre perioda puberteta. Shodno tome, ovaj deo *Standarda nege* nudi posebne kliničke smernice za procenu i lečenje dece i adolescenata koji pate od rodne disforije.

Razlike između dece i adolescenata sa rodnom disforijom

Značajna razlika između dece i adolescenata koji pate od rodne disforije je u srazmeri u kojoj je rodna disforija prisutna u odraslom dobu. Rodna disforija tokom detinjstva se ne mora nužno nastaviti u odraslom dobu.¹⁵ Međutim istraživanja praćenja dece predpubertetskog uzrasta (uglavnom dečaka), koja su upućena na klinike radi procene rodne disforije, pokazuju da disforija istrajava u odraslom dobu kod svega 6% -23% dece (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker i Bradley, 1995). Dečaci obuhvaćeni ovim istraživanjem češće su se identifikovali kao gej u odraslom dobu, nego kao transrodne osobe (Green, 1987; Money i Russo, 1979; Zucker i Bradley, 1995; Zuger, 1984). Novije studije, koje uključuju i devojčice, pokazale su 12% -27% stopu perzistentnosti rodne disforije u odraslom dobu (Drummond, Bradley, Peterson-Badali i Zucker, 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008).

15. Rodno nekonformirano ponašanje kod dece može se nastaviti u odraslom dobu, ali takvo ponašanje nije nužno pokazatelj rodne disforije i potrebe za lečenjem. Kao što je opisano u odeljku III, rodna disforija nije sinonim za raznolikost rodnih izražavanja.

Nasuprot tome, kontinuitet perzistiranja rodne disforije u odraslom dobu je, izgleda, mnogo veći za adolescente. Ne postoje zvanične prospektivne studije. Međutim, u follow up istraživanju u kome je učestvovalo 70 adolescenata sa dijagnozom rodne disforije, koji su koristili hormone za supresiju puberteta, svi su nastavili sa prilagođavanjem pola u kasnijem periodu, počevši sa hormonskom terapijom za feminizaciju ili maskulinizaciju (de Vries, Steensma, Doreleijers i Cohen-Kettenis, 2010).

Još jedna razlika između dece i adolescenata koji pate od rodne disforije je u odnosu polne zastupljenosti u svakoj starosnoj grupi. Kod dece sa rodnom disforijom ispod 12 godina koja su primila stručnu pomoć, odnos zastupljenih polova muško/žensko je od 6:1 do 3:1 (Zucker, 2004). Među adolescentima starijim od 12 godina, koji su zatražili stručnu pomoć, odnos zastupljenih polova muško/žensko je blizu 1:1 (Cohen-Kettenis i Pfafflin, 2003).

Kao što je izloženo u delu IV, a što su isticali Zucker i Lawrence (2009), nedostaju zvanična epidemiološka istraživanja o rodnoj disforiji kod dece, adolescenata i odraslih. Potrebna su dodatna istraživanja da bi se precizirale procene njene rasprostranjenosti i perzistentnosti u različitim populacijama širom sveta.

Fenomenologija kod dece

Deca već u uzrastu od dve godine mogu pokazati karakteristike koje bi mogle da ukažu na rodnu disforiju. Ona mogu izraziti želju da budu suprotnog pola, kao i nezadovoljstvo svojim fizičkim polnim karakteristikama i funkcijama. Pored toga, ona mogu više voleti odeću, igračke i igre koje se uobičajeno povezuju sa drugim polom i preferirati igranje sa vršnjacima suprotnog pola. Stiče se utisak da postoji heterogenost u pogledu ovih karakteristika: neka deca pokazuju ekstremno rodno nekonformirajuće ponašanje i želje, što je praćeno postojanom i teškom nelagodnom u odnosu na svoje primarne polne karakteristike. Kod druge dece ove karakteristike su manje intenzivne ili samo delimično prisutne (Cohen-Kettenis i dr, 2006; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010a).

Kod dece sa rodnom disforijom relativno je uobičajeno da se javljaju koegzistirajuće internalizujuće bolesti kao što su anksioznost i depresija

(Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley i Zucker, 2003; Wallien, Svaab i Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley i Ameeriar, 2002). Prevalenca poremećaja iz spektra autizma čini se većom kod dece koja su primila stručnu pomoć, nego u opštoj populaciji (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, Berckelaer-Onnes i Doreleijers, 2010).

Fenomenologija kod adolescenata

Kod većine dece rodna disforija će nestati pre ili početkom puberteta. Međutim, kod pojedine dece ta osećanja će se intezivirati, te kada postanu adolescenti i kada se razviju njihove sekundarne polne karakteristike, razviće se ili povećati i njihova odbojnost prema sopstvenom telu. (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis i Pfafflin, 2003; Drummond, et al, 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008; Zucker i Bradley, 1995). Podaci iz jedne studije ukazuju da je snažnije prisutno rodno nekonformiranje povezano sa postojanošću rodne disforije u kasnoj adolescentnoj dobi ili ranoj zreloj dobi. (Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Ipak, mnogi adolescenti i odrasli sa rodnom disforijom ne prijavljuju istoriju rodno nekonformirajućeg ponašanja u detinjstvu. (Docter, 1988; Landen, Walinder i Lundstrom, 1998). Prema tome, može se pojaviti kao iznenađenje za ostale (roditelje, druge članove porodice, prijatelje i članove zajednice), kada rodna disforija postane očigledna u adolescenciji.

Adolescenti koji doživljavaju da su njihove primarne i/ili sekundarne polne karakteristike, kao i pol koji im je pripisan po rođenju, neusaglašene sa njihovim rodnom identitetom, mogu usled toga biti veoma uznemireni. Mnogi, ali ne svi, adolescenti sa rodnom disforijom imaju snažnu želju za hormonima i operacijom. Broj adolescenata koji su počeli da žive u željenoj rodnoj ulozi pri polasku u srednju školu sve više raste. (Cohen-Kettenis i Pfafflin, 2003).

Među adolescentima upućenim na klinike za rodni identitet, broj onih koji se smatraju podobnim za početne medicinske tretmane, počevši od GnRH analoga za supresiju puberteta u prvom Taner stadijumu, razlikuje se zavisno od države i medicinskih centara. Terapiju za suzbijanje puberteta ne sprovode sve klinike. Ukoliko se takav tretman nudi, pubertetska faza u kojoj je adolescentima dozvoljeno da započnu isti, varira od

Tanerove faze 2 do faze 4 (Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006.; Zucker i dr, 2012). Veoma je verovatno da organizacija zdravstvene zaštite, osiguravajući aspekti, kulturne razlike, stavovi zdravstvenih stručnjaka, kao i dijagnostičke procedure koje se nude u različitim okolnostima, utiču na to koji procenat adolescenata će se podvrgnuti tretmanima .

Neiskusni kliničari mogu greškom indikacije rodne disforije pomešati sa sumanutim idejama. Fenomenološki gledano, postoji kvalitativna razlika između ispoljavanja rodne disforije i sumanutih ideja, ili drugih psihotičnih simptoma. Ogromna većina dece i adolescenata sa rodnom disforijom ne pate od teških psihijatrijskih oboljenja, kao što su psihotični poremećaji (Steensma, Biemond, de Boer i Cohen-Kettenis, objavljeno onlajn pre štampanja 7. januara 2011.)

Kod adolescenata sa rodnom disforijom mnogo je uobičajenije postojanje koegzistirajućih internalizujućih poremećaja, kao što su anksioznost i depresija, i/ili eksternalizujućih poremećaja, kao što je poremećaj protivljenja i prkosa¹⁶ (de Vries i dr., 2010). Kao i kod dece koja su upućena na stručnu pomoć, i kod adolescenata sa rodnom disforijom izgleda da postoji veća zastupljenost poremećaja iz spektra autizma, u odnosu na opštu populaciju adolescenata (de Vries i dr., 2010).

Kompetentnost stručnjaka za mentalno zdravlje koji rade sa decom ili adolescentima sa rodnom disforijom

Preporučeni potrebni minimum uslova za stručnjake za mentalno zdravlje koji procenjuju, upućuju i pružaju terapiju deci i adolescentima sa rodnom disforijom je sledeći:

1. Ispunjavaju kriterijume kompetentnosti za stručnjake za mentalno zdravlje koji rade sa odraslima, kao što je navedeno u poglavlju VII;
2. Obučeni su u oblasti dečije i adolescentne razvojne psihopatologije;
3. Kompetentni u dijagnostici i tretiranju uobičajenih problema dece i adolescenata.

16. Podijagnoza poremećaja ponašanja sa početkom u detinjstvu ili adolescenciji – MKB 10 (ICD 10) (prim.prev.)

Uloge stručnjaka za mentalno zdravlje koji rade sa decom i adolescentima sa rodnom disforijom

Uloge stručnjaka za mentalno zdravlje koji rade sa decom i adolescentima sa rodnom disforijom mogu obuhvatati sledeće:

1. Neposredna procena rodne disforije kod dece i adolescenata (pogledati opšte smernice za procenu ispod).
2. Obezbeđivanje porodičnog savetovanja i psihoterapijske podrške kako bi se pomoglo deci i adolescentima u istraživanju njihovog rodnog identiteta, ublažavanju uznemirenosti (distresa) koja je povezana sa rodnom disforijom i prevazilaženju bilo kog drugog psihosocijalnog problema.
3. Procena i lečenje bilo kog koegzistirajućeg mentalnog problema dece ili adolescenata (ili upućivanje na terapiju kod drugog stručnjaka za mentalno zdravlje). Takve probleme treba rešavati kao deo celokupnog terapijskog plana.
4. Upućivanje adolescenata na dodatne fizičke intervencije (kao kao što su hormoni za supresiju puberteta), za ublažavanje disforije. Uput treba da obuhvati dokumentaciju o proceni rodne disforije i mentalnog zdravlja, podobnosti adolescenta za fizičke intervencije (navedene ispod), relevantnu ekspertizu stručnjaka za mentalno zdravlje i sve druge informacije koje su od značaja za zdravlje mladih i njihovo upućivanje na određene tretmane.
5. Edukaciju i javno zastupanje u ime dece i adolescenata sa rodnom disforijom i njihovih porodica u njihovoj zajednici (npr. dnevni centri, škole, kampovi, druge organizacije). Ovo je naročito važno imajući u vidu dokaze da deca i adolescenti koji se ne uklapaju u društveno propisane rodne norme mogu biti izloženi zlostavljanju u školi (Grossman, D'Augelli, Howell i Hubbard, 2006; Grossman, D'Augelli i Salter, 2006; Sausa, 2005), dovodeći ih u opasnost od socijalne izolacije, depresije i drugih negativnih ishoda (Nuttbrock i dr., 2010).
6. Pružanje informacija deci, mladima i njihovim porodicama i upućivanje na grupe podrške, kao što su grupe za podršku roditeljima transrodne dece i dece koja se rodno ne konformiraju (Gold i MacNish 2011; Pleak, 1999; Rozenberg, 2002).

Procene i psihosocijalne intervencije za decu i adolescente često se pružaju u okviru multidisciplinarnog servisa specijalizovanog za rodni identitet. Ukoliko takav multidisciplinarni servis nije dostupan, stručnjak za mentalno zdravlje treba da obezbedi konsultacije i dogovore sa pedijatrijskim endokrinologom radi procene, edukovanja, kao i učešća u svim odlukama o fizičkim intervencijama.

Psihološka procena dece i mladih

Prilikom procene dece i adolescenata sa rodnom disforijom stručnjaci za mentalno zdravlje treba generalno da prate sledeće smernice:

1. Stručnjaci za mentalno zdravlje ne bi trebalo da odbacuju ili izražavaju negativan stav prema nekonformiranim rodnim identitetima ili prema indikacijama rodne disforije. Umesto toga, oni treba da uzmu u obzir postojeće probleme dece, adolescenata, kao i njihovih i porodica; da ponude detaljnu procenu rodne disforije i bilo kog drugog koegzistirajućeg mentalnog problema, i da ukoliko je potrebno edukuju klijente i njihove porodice o terapijskim opcijama. Prihvatanje i prestanak držanja problema u tajnosti može da donese značajno olakšanje deci/adolescentima i njihovim porodicama.
2. Procena rodne disforije i mentalnog zdravlja treba da istraži prirodu i karakteristike rodnog identiteta deteta ili adolescenta. Psihodijagnostička i psihijatrijska procena, koje treba sprovesti, obuhvataju oblasti emocionalnog funkcionisanja, vršnjačkih, parnjačkih i drugih društvenih odnosa, kao i intelektualno funkcionisanje/školski uspeh. Procena treba da obuhvati evaluaciju snaga i slabosti porodičnog funkcionisanja. Emocionalni i problemi u ponašanju su relativno česti, i mogu biti prisutni nerešeni problemi koje dete ili mlada osoba imaju u okruženju (de Vries, Doreleijers, Steensma i Cohen-Kettenis 2011; Di Ceglie i Thummel 2006; Wallien i dr, 2007).
3. Faza procena za adolescente takođe može koristiti za informisanje mladih i njihovih porodica o mogućnostima i ograničenjima različitih tretmana. Prethodno je neophodno radi dobijanja informisanog pristanka, a istovremeno je važno za procenu. Način

na koji adolescenti reaguju na informacije o realnosti prilagođavanja pola mogu biti dijagnostički informativne. Precizne informacije mogu da promene želju mlade osobe u odnosu na određeni tretman, ukoliko je želja bila zasnovana na nerealnim očekivanjima i mogućnostima.

Psihološke i socijalne intervencije za decu i adolescente

Prilikom pružanja podrške i lečenja dece i adolescenata sa rodnom disforijom, zdravstveni stručnjaci bi generalno trebalo da prate sledeće smernice:

1. Stručnjaci za mentalno zdravlje bi trebalo da pomognu porodici da se odnose s prihvatanjem i negom prema problemima svog deteta ili adolescenta sa rodnom disforijom. Porodice igraju važnu ulogu u psihološkom zdravlju i blagostanju mladih (Brill i Pepper, 2008; Lev, 2004). Ovo se takođe odnosi i na vršnjake i mentore iz zajednice, koji mogu biti još jedan izvor društvene podrške.
2. Psihoterapija treba da se usredsredi na smanjenje uznemirenosti (distresa) kod dece i adolescenta sa rodnom disforijom i na prevazilaženje bilo kojih drugih psihosocijalnih poteškoća. Kod mladih osoba koje žele da prođu kroz proces polnog prilagođavanja, psihoterapija se može fokusirati na podršku pre, tokom i nakon promene. Zvanične evaluacije različitih psihoterapeutskih pristupa kada je ova situacija u pitanju nisu objavljene, ali je opisano nekoliko savetodavnih metoda (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis i Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie i Thummel 2006; Hill, Menvielle, Sica i Johnson 2010; Malpas, 2011; Menvielle i Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Tretman koji za cilj ima promenu rodnog identiteta i izražavanja osobe, kako bi bio u skladu sa polom koji mu je pripisan po rođenju, pokušao je u prošlosti bez uspeha (Gelder i Marks, 1969; Greenson, 1964), naročito u dugoročnom pogledu (Cohen-Kettenis i Kuiper, 1984; Pauli, 1965). Ovakav tretman se više ne smatra etičkim.

3. Porodice treba da imaju podršku pri suočavanju sa neizvesnošću i anksioznošću u vezi sa ishodima psihoseksualnih procesa njihovog deteta ili adolescenta, kao i pri podržavanju mladih da razviju pozitivnu svest o sebi.
4. Stručnjaci za mentalno zdravlje ne bi trebalo da nameću binarno shvatanje roda. Oni treba da daju dovoljno prostora klijentima da istraže različite opcije vezane za rodni izražavanje. Hormonske ili hirurške intervencije su prikladne za neke adolescente, ali ne i za druge.
5. Klijenti i njihove porodice treba da budu podržani u donošenju teških odluka, srazmerno meri u kojoj je klijentima dozvoljeno da izraze rodnu ulogu koja je u skladu sa njihovim rodnim identitetom, kao i u pogledu potrebnog vremena za promenu rodne uloge i moguće društvene tranzicije. Na primer, klijent može pohađati školu dok prolazi kroz društvenu tranziciju, samo delimično (npr. noseći odeću i frizuru koja odražava rodni identitet) ili u potpunosti (npr. takođe koristeći ime i zamenice koje se u skladu sa rodnim identitetom). Da li i kada obavestiti druge ljude o situaciji klijenta, i kako bi drugi ljudi u njihovim životima mogli da reaguju – to spada u teške izazove.
6. Zdravstveni radnici treba da podrže klijente i njihove porodice, kao edukatori i zaštitnici njihovih prava, u njihovim interakcijama sa članovima zajednice i vlasti, kao što su nastavnici, školski odbori i sudovi.
7. Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da nastoje da održe terapijski odnos sa decom/adolescentima koji se rodno ne konformiraju i njihovim porodicama, tokom bilo kojih naknadnih socijalnih promena ili fizičkih intervencija. Ovo garantuje da se odluke o rodnom izražavanju i lečenju rodne disforije pažljivo i iznova razmatraju. Isto obrazloženje važi i ukoliko je dete ili adolescent već društveno promenilo rodnu ulogu pre pregleda stručnjaka za mentalno zdravlje.

Društvena tranzicija u ranom detinjstvu

Neka deca, mnogo pre puberteta, izražavaju želju da prođu kroz proces društvene tranzicije ka drugoj rodnoj ulozi. Kod neke dece ovo može da odražava izražavanje njihovog rodnog identiteta. Kod drugih, to bi moglo biti motivisano drugim činiocima. Porodice se veoma razlikuju u pogledu mere u kojoj dozvoljavaju svojoj maloj deci da izvrše društvenu tranziciju ka drugoj rodnoj ulozi. U nekim porodicama se društvena tranzicija u ranom detinjstvu dešava sa uspehom. Ovo je kontroverzno pitanje, a zdravstveni stručnjaci imaju različite stavove po ovom pitanju. Postojeća baza dokumentovanih iskustava nije dovoljna da predvidi dugoročne ishode izvršene tranzicije rodne uloge tokom ranog detinjstva. Rezultati sprovedenih istraživanja sa decom koja su prošla kroz društvenu tranziciju u ranim fazama, u velikoj bi meri dali značajne informacije za kreiranje budućih kliničkih preporuka.

Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu da pomognu porodicama da donesu odluke u pogledu vremenskog okvira i procesa ostvarivanja svih promena u vezi sa rodnom ulogom njihove dece. Oni treba da pruže informacije i pomoć roditeljima da razmotre potencijalne prednosti i izazove određenih izbora. U vezi sa tim, značajne su prethodno opisane relativno niske stope postojanosti rodne disforije nastale u detinjstvu (u kasnijim razvojnim fazama) (Drummond i dr, 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Povratak originalnoj rodnoj ulozi može biti veoma uznemirujući, pa čak dovesti i do odlaganja ove druge društvene tranzicije od strane deteta (Steensma i Cohen-Kettenis, 2011). Iz razloga kao što su ovi, roditelji mogu da predstave ovu promenu uloge kao istraživanje života u drugoj rodnoj ulozi pre nego kao nepovratnu situaciju. Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu da pomognu roditeljima u prepoznavanju potencijalnih međurešenja ili kompromisa (npr. samo kada su na odmoru). Takođe je važno da roditelji izričito stave detetu do znanja da može da se vrati na prethodno stanje.

Nezavisno od odluke jedne porodice u pogledu tranzicije (vreme, mera), potrebno je da ih stručnjaci savetuju i podržavaju u njihovom razmatranju opcija i implikacija. Ukoliko roditelji ne dozvoljavaju svom detetu da učini tranziciju rodne uloge, možda će im biti potrebno savetovanje koje će im pomoći u ispunjavanju potreba deteta na senzitivn

i brižan način, obezbeđujući detetu dovoljno mogućnosti da istražuje rodna osećanja i ponašanje u bezbednom okruženju. Ukoliko roditelji dozvole svom detetu da prođe kroz proces tranzicije rodne uloge, možda će im biti potrebno savetovanje kako bi omogućili kreiranje pozitivnog iskustva za svoje dete. Na primer, možda će im biti potrebna pomoć u korišćenju korektnih zamenica, u održavanju bezbednog i podržavajućeg okruženja za njihovo dete u tranziciji (npr. u školi, vršnjačkom okruženju), i u komunikaciji sa drugim ljudima prisutnim u životu deteta. U svakom slučaju, kako se dete približava pubertetu, dodatne procene mogu biti potrebne kako mogućnosti za fizičke intervencije postaju relevantnije.

Fizičke intervencije kod adolescenata

Pre nego se uzme u razmatranje bilo koja fizička intervencija kod adolescenta, treba preduzeti obimna istraživanja psihološke prirode, porodičnih i socijalnih pitanja, kao što je gore navedeno. Trajanje ovog istraživanja može značajno varirati u zavisnosti od složenosti situacije.

Fizičke intervencije treba da budu razmotrene u kontekstu razvoja adolescenata. Adolescenti mogu čvrsto verovati i snažno izražavati neka uverenja o identitetu, dajući pogrešan utisak o nepovratnosti. Adolescentova promena u pravcu rodnog konformiranja može se javiti pre svega da bi ugodio roditeljima, ali ne mora da istraje i odražava trajnu promenu rodne disforije (Hembree i dr, 2009; Steensma i dr., objavljeno onlajn pre štampanja 7. januara 2011.)

Fizičke intervencije za adolescente svrstavaju se u tri kategorije ili faze (Hembree i dr. 2009):

1. **Potpuno reverzibilne intervencije.** Podrazumevaju primenu GnRH analoga radi suzbijanja proizvodnje estrogena ili testosterona, a samim tim odlažu fizičke promene kao posledice puberteta. Alternativne opcije lečenja uključuju progestine (najčešće medroksiprogesteron), ili druge lekove (kao što su spironolakton), koji umanjuju efekte androgena koje luče testisi adolescenata koji ne dobijaju GnRH analog. Trajna primena oralnih kontraceptiva (ili depo medroksiprogesterona), može da se koristi za suzbijanje menstruacije.

2. ***Delimično reverzibilne intervencije.*** Ovo uključuje hormonsku terapiju za maskulinizaciju ili feminizaciju tela. Pojedine promene izazvane primenom hormona zahtevaće rekonstruktivnu hirurgiju da bi se povratilo prethodno stanje, odnosno eliminisao postojeći efekat (npr. ginekomastija izazvana estrogenom), dok ostale promene nisu povratne (npr. produbljivanje glasa izazvano testosteronom).
3. ***Ireverzibilne intervencije.*** To su hirurške procedure.

Preporučuje se postepen proces kako bi se zadržale otvorene mogućnosti tokom prve dve faze. Do prelaska iz jedne faze u drugu ne bi trebalo da dođe sve dok ne prođe dovoljno vremena potrebnog da adolescenti i njihovi roditelji u potpunosti integrišu efekte ranijih intervencija.

Potpuno reverzibilne intervencije

Adolescenti mogu ispunjavati uslove za uzimanje hormona za suzbijanje puberteta čim otpočinu pubertetske promene. Da bi adolescenti i njihovi roditelji doneli ispravnu odluku o odlaganju puberteta, preporučljivo je da adolescenti iskuse početak puberteta barem do Tanerove faze 2. Neka deca mogu doći u ovu fazu u veoma ranom uzrastu (npr. 9 godina starosti). Istraživanja koja procenjuju ovaj pristup obuhvataju samo decu koja su bila najmanje 12 godina stara (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries i Delemarre-van de Waal, 2011.; de Vries, Steensma i dr., 2010; Delemarre-van de Wal, van Weissenbruch i Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006).

Dva cilja opravdavaju intervenciju sa hormonima za suzbijanje puberteta: (i) njihova upotreba daje adolescentima više vremena da istražuju svoje rodno nekonformiranje i druga razvojna pitanja i (ii) njihova upotreba može olakšati tranziciju sprečavanjem razvoja polnih karakteristika koje je teško ili nemoguće preokrenuti ako adolescenti nastave sa procesom prilagođavanja pola.

Suzbijanje puberteta može potrajati nekoliko godina, u tom periodu se donosi odluka da se prekine sa bilo kakvom hormonskom terapijom ili da se pređe na hormonski režim feminizacije ili maskulizacije. Suzbijanja puberteta ne vodi nužno do društvenene tranzicije ili polnog prilagođavanja.

Kriterijumi za uzimanje hormona koji suzbijaju pubertet

Minimalni kriterijumi koji moraju biti ispunjeni da bi adolescenti mogli da dobiju hormone za suzbijanje puberteta su sledeći:

1. Adolescent je pokazao dugotrajan i intenzivan primer rodnog nekonformiranja ili rodne disforije (bilo potisnute ili izražene);
2. Rodna disforija se pojavila ili se pogoršala s početkom puberteta;
3. Bilo koji keogzistirajući psihološki, medicinski ili socijalni problemi koji bi mogli ometati tretman (na primer, mogu ugroziti pridržavanje uslova lečenja), su razmotreni, tako da su situacija i funkcionisanje adolescenta dovoljno stabilni da se tretman započne;
4. Adolescent daje svoj informisani pristanak, a ukoliko adolescent nije navršio starosnu dob potrebnu za medicinsku saglasnost, važe posebni uslovi, kada roditelji ili staratelji daju pristanak za tretman, i uključeni su u pružanje podrške adolescentu tokom procesa lečenja.

Režimi, praćenje i rizici suzbijanja puberteta

Za suzbijanje puberteta, adolescenti sa muškim genitalijama treba da pristupe tretmanu sa GnRH analogima, koji će zaustaviti sekreciju luteinizirajućeg hormona i samim tim lučenje testosterona. Alternativno, oni mogu pristupiti tretmanu progestinima (kao što je medroksiprogesteron), ili sa drugim lekovima koji blokiraju sekreciju testosterona i/ili neutrališu delovanje testosterona. Adolescenti sa ženskim genitalijama treba da pristupe tretmanu sa GnRH analogima koji zaustavljaju proizvodnju estrogena i progesterona. Alternativno, oni mogu koristiti progestine (kao što je medroksiprogesteron). Kontinuirana primena oralnih kontraceptiva (ili depoa medroksiprogesterona) može koristiti za suzbijanje menstruacije. Primena GnRH analoga je najbolji tretman (Hembree i dr., 2009), kod obe grupe adolescenata, ali ih njihova visoka cena čini nedostupnim nekim pacijentima.

Tokom procesa suzbijanja puberteta, fizički razvoj adolescenta treba da bude pažljivo praćen, po mogućnosti od strane dečjeg endokrinologa,

tako da se mogu obaviti sve neophodne intervencije (npr. da se uspostavi adekvatan rast u skladu sa polom, kako bi se poboljšala jatrogena niska gustina kostiju) (Hembree i dr., 2009).

Rana upotreba hormona za suzbijanje puberteta može efikasnije sprečiti negativne društvene i emotivne posledice rodne disforije nego što bi to bilo moguće upotrebom u kasnijim fazama. Intervencije u ranoj adolescenciji treba sprovoditi u skladu sa savetima dečijeg endokrinologa, ukoliko je moguće. Adolescenti sa muškim genitalijama, koji započinju sa upotrebom GnRH analoga u ranim fazama puberteta, treba da budu informisani da bi to moglo dovesti do nedostatka tkiva penisa potrebnog za vaginoplastičnu tehniku koja se sprovodi inverzijom penilne kože (alternativne tehnike, kao što je korišćenje kože grafta ili tkiva debelog creva su takođe dostupne).

Ni potiskivanje puberteta, niti dozvoljavanje pubertetu da se pojavi nije neutralan čin. S jedne strane, funkcionisanje u kasnijem periodu života može biti ugroženo razvojem ireverzibilnih sekundarnih polnih karakteristika tokom puberteta i godinama provedenim u suočavanju sa intenzivnom rodnom disforijom. S druge strane, postoji zabrinutost zbog negativnih fizičkih nuspojava povezanih s upotrebom GnRH analoga (npr. razvoj kostiju i rast). Iako prvi rezultati ovog pristupa (procene kod adolescenata praćenih više od 10 godina), obećavaju (Cohen-Kettenis i dr.l, 2011;. Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006), dugoročni efekti mogu samo da se utvrde kada najranije tretirani pacijenti dostignu odgovarajuću starosnu dob.

Delimično reverzibilne intervencije

Adolescenti imaju pravo da počnu sa hormonskom terapijom za feminizaciju i maskulizaciju, po mogućnosti uz saglasnost roditelja. U mnogim zemljama, osobe sa 16 godina starosti se sa zakonskog stanovišta smatraju odraslim i sposobnim za donošenje odluka u vezi sa medicinskim tretmanima i nije im potrebna roditeljska saglasnost. Idealno, odluke u vezi sa medicinskim tretmanom trebalo bi da budu donesene od strane adolescenta, porodice i tima lekara koji učestvuje u lečenju.

Režimi za lečenje rodne disforije kod adolescenata bitno se razlikuju od onih koji se koriste kod odraslih (Hembree i dr., 2009). Hormonski režimi za mlade prilagođeni su dobiti somatskog, emocionalnog i mentalnog razvoja koji se dešava tokom adolescencije (Hembree i dr., 2009.)

Ireverzibilne intervencije

Operacija genitalija ne bi trebalo da bude sprovedena sve dok (i) pacijent ne dostigne pravno punoletstvo radi davanja saglasnosti za medicinske procedure u datoj državi i (ii) dok pacijenti nisu živeli u kontinuitetu najmanje 12 meseci u rodnoj ulozi koja je u skladu sa njihovim rodnom identitetom. Starosni prag treba posmatrati kao najniži kriterijum, a ne kao jedini, dovoljni pokazatelj za omogućavanje intervencije.

Operacija grudi kod ŽuM pacijenata može se izvršiti ranije, po mogućnosti nakon dovoljno vremena provedenog u željenoj rodnoj ulozi, i nakon godinu dana tretmana testosteronom. Namera ovog niza predloga jeste u pružanju adolescentima dovoljno mogućnosti da dožive i društveno se prilagode muževnijoj rodnoj ulozi, pre nego što se podvrgnu ireverzibilnoj operaciji. Međutim, mogu biti podobni različiti pristupi u zavisnosti od specifične kliničke situacije adolescenata i ciljeva u pogledu izražavanja rodno identiteta.

Rizici uskraćivanja medicinskog tretmana kod adolescenata

Odbijanje da se blagovremeno pruži medicinska intervencija može da produži rodnu disforiju kod adolescenata i time doprinese da osoba izgleda na način koji bi mogao provocirati zlostavljanje i stigmatizaciju. Kako je stepen rodno zasnovanog nasilja snažno povezan sa merom u kojoj će osoba osećati psihijatrijske tegobe tokom adolescencije (Nuttbrock i dr., 2010), uskraćivanje terapije za suzbijanje puberteta i prateće hormonske terapije za feminizaciju ili maskulinizaciju nije neutralna opcija za adolescente.

VII Mentalno zdravlje

Transeksualne, transrodne, i osobe koje se rodno ne konformiraju mogu da traže pomoć stručnjaka za mentalno zdravlje iz brojnih razloga. Bez obzira na razlog osobe koja traži pomoć, stručnjaci za mentalno zdravlje treba da budu upoznati sa rodnim nekonformiranjem, moraju postupati sa kulturnim kompetencijama¹⁷, kao i pokazivati senzitivnost prilikom pružanja nege.

Ovaj deo *Standarda nege* fokusira se na ulogu stručnjaka za mentalno zdravlje u nezi odraslih osoba koje traže pomoć u vezi sa rodnom disforijom i sličnim problemima. Stručnjaci koji rade sa decom i adolescentima sa rodnom disforijom i njihovim porodicama treba da konsultuju odeljak VI.

Kompetentnost stručnjaka za mentalno zdravlje koji rade sa odraslima sa rodnom disforijom

Obuka stručnjaka za mentalno zdravlje kompetentnih za rad sa odraslima sa rodnom disforijom zasniva se na osnovnim kliničkim kompetencijama u proceni, dijagnostici i tretiranju mentalnih problema. Klinička obuka može se obavljati u okviru bilo koje discipline koja stručnjake za

17. Kultura se često opisuje kao kombinacija skupova znanja, uverenja i ponašanja. Ona uključuje veliki broj različitih elemenata, kao što su lična identifikacija, jezik, misli, komunikacije, delovanje, običaji, uverenja, vrednosti i institucije, koje su specifične za određene etničke, rasne, religiozne, geografske ili društvene grupe. Ovi elementi utiču na uverenja i sistem uverenja pružaoca zdravstvene nege i informacija u vezi sa zdravljem, a tiču se zdravlja, isceljenja, bolesti, te utiču na kvalitet pružene zdravstvene usluge. Koncept kulturne kompetentnosti ima pozitivan uticaj na kvalitet pružanja zdravstvene nege omogućavajući da usluge budu pružene sa poštovanjem i u skladu sa uverenjima o zdravlju, praksama, kao i kulturnim i lingvističkim potrebama različitih pacijenata. U.S. Department of Health and Human Services (prim.prev.).

mentalno zdravlje priprema za kliničku praksu, kao što su psihologija, psihijatrija, socijalni rad, savetovanje za mentalno zdravlje, bračna i porodična terapija, medicinsko pružanje nege, porodična medicina sa posebnom obukom iz oblasti bihevioralnog zdravlja i savetovanja. Stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja koji rade sa odraslima sa rodnom disforijom treba da zadovolje sledeći minimum uslova:

1. Master nivo obrazovanja iz kliničke bihevioralne naučne oblasti ili njegov ekvivalent. Ovaj nivo ili napredniji trebalo bi da bude odobren od strane institucija akreditovanih odgovarajućim nacionalnim ili regionalnim odborom za akreditaciju. Stručnjak za mentalno zdravlje bi trebalo da poseduje dokumentovane kvalifikacije od relevantnog i akreditovanog tela za licenciranje ili njegovog ekvivalenta u datoj zemlji.
2. Kompetentnost u korišćenju *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje i/ili Međunarodne klasifikacije bolesti* u dijagnostičke svrhe.
3. Sposobnost da se prepoznaju i dijagnostikuju koegzistirajući problemi iz oblasti mentalnog zdravlja i da se uoči razlika između njih i rodne disforije.
4. Dokumentovana supervizirana obuka i kompetentnost u psihoterapiji ili savetovanju.
5. Znanje o rodno nekonformiranim identitetima i izražavanju, kao i znanje u vezi sa procenom i tretmanom rodne disforije.
6. Kontinuirana edukacija u vezi sa procenom i lečenjem rodne disforije. Ovo može uključivati prisustvovanje relevantnim stručnim sastancima, radionicama ili seminarima; rad pod supervizijom od strane stručnjaka za mentalno zdravlje sa relevantnim iskustvom; učestvovanje u istraživanjima u vezi sa rodnom nekonformiranjem i rodnom disforijom.

Pored minimalnih kvalifikacija, gore navedenih, preporučljivo je da stručnjaci za mentalno zdravlje razvijaju i održavaju kulturnu kompetentnost kako bi olakšali rad sa transeksualnim, transrodnim i klijentima koji se rodno ne konformiraju. Ovo može da podrazumeva, na primer, upoznatost sa situacijom u neposrednoj zajednici, zastupanjem i javnim političkim pitanjima koja su od značaja za ove klijente i njihove porodice.

Pored toga, poželjno je da poseduju znanja o seksualnosti, seksualnim zdravstvenim problemima, kao i o proceni i lečenju seksualnih poremećaja.

Stručnjaci za mentalno zdravlje, koji su novi u ovoj oblasti (nezavisno od njihovog stepena obučeniosti i drugih iskustava), treba da rade pod supervizijom stručnjaka za mentalno zdravlje sa utvrđenom kompetennošću u proceni i lečenju rodne disforije.

Zadaci stručnjaka za mentalno zdravlje u radu sa odraslima sa rodnom disforijom

Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu pomagati transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju, kao i njihovim porodicama, na različite načine, u zavisnosti od potreba klijenta. Na primer, stručnjaci za mentalno zdravlje mogu imati ulogu psihoterapeuta, savetnika, porodičnog terapeuta, ili dijagnostičara/evaluatora, zastupnika ili edukatora.

Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da utvrde razloge zbog kojih klijent traži profesionalnu pomoć. Na primer, klijent može zatražiti kombinaciju bilo koje od sledećih usluga zdravstvene nege: psihoterapijsku pomoć da istraži rodni identitet i izražavanje ili da olakša proces autovanja¹⁸, procenu i upućivanje na medicinske intervencije feminizacije ili maskulinizacije; psihološku podršku za članove porodice (partnere, decu, širu porodicu); psihoterapiju koja nije u vezi sa problemima po pitanju roda ili druge profesionalne usluge.

U narednom delu navedene su generalne smernice za opšte zadatke koje bi stručnjaci za mentalno zdravlje trebalo da ispunjavaju u radu sa odraslima sa rodnom disforijom.

18. Coming out, autovanje – proces kroz koji prolaze gej muškarci, lezbejke, biseksualne, trans*, interseks i kvir (queer) osobe, a koji obuhvata samootkrivanje, samoprihvatanje, otvorenost i iskrenost u vezi sa sopstvenom seksualnom orijentacijom i/ili rodnom identitetom, kao i odlukom da podele svoja iskustva sa drugima, (prim.prev.).

Zadaci u vezi sa procenom i upućivanjem

1. Procena rodne disforije

Stručnjaci za mentalno zdravlje procenjuju rodnu disforiju klijenata u kontekstu evaluacije njihovog psihosocijalnog prilagođavanja (Bockting i dr, 2006; Lev, 2004, 2009). Evaluacija, kao minimum, obuhvata procenu rodnog identiteta i rodne disforije, istoriju i razvoj rodno disforičnih osećanja, uticaj stigmatizacije na mentalno zdravlje usled rodnog nekonformiranja, kao i dostupnost podrške od strane porodice, prijatelja i partnera (na primer, lični ili onlajn kontakt sa drugim transeksualnim, transrodnim, i osobama/grupama koje se rodno ne konformiraju). Evaluacija može imati za rezultat to da se ne uspostavi nikakva dijagnoza, zvaničnu dijagnozu koja se odnosi na rodnu disforiju, ili druge dijagnoze koje opisuju aspekte zdravlja klijenta i njegovo psihosocijalno prilagođavanje. Uloga stručnjaka za mentalno zdravlje jeste da osigura, koliko je moguće, da rodna disforija nije sekundarna nekoj drugoj dijagnozi ili bolje objašnjena drugim dijagnozama.

Stručnjaci za mentalno zdravlje sa opisanim kompetencijama (u daljem tekstu „kvalifikovani stručnjaci za mentalno zdravlje“), najbolje su obučeni da sprovode procenu rodne disforije. Međutim, ovaj zadatak umesto njih može da obavlja drugačiji tip zdravstvenog radnika koji je prošao odgovarajuću obuku iz oblasti bihejvioralnog zdravlja i kompetentan je u proceni rodne disforije, posebno kada deluje kao deo specijalizovanog multidisciplinarnog tima koji omogućava pristup hormonskoj terapiji za feminizaciju i maskulinizaciju. Ovaj stručnjak može biti zadužen za prepisivanje hormonske terapije ili član zdravstvenog tima koji obavlja ovaj zadatak.

2. Pružanje informacija u vezi sa opcijama u pogledu rodnog identiteta i izražavanja i mogućih medicinskih intervencija

Važan zadatak stručnjaka za mentalno zdravlje jeste da edukuje klijente u vezi sa raznolikošću rodnih identiteta i ekspresija, i različitim mogućim opcijama za ublažavanje rodne disforije. Stručnjaci za mentalno zdravlje

potom mogu facilitirati proces (ili uputiti negde drugde), tokom kojeg klijenti istražuju raznovrsne opcije, sa ciljem pronalaženja odgovarajuće rodne uloge i izražavanja, i postaju spremni da donesu potpuno ispravnu odluku o raspoloživim medicinskim intervencijama, ukoliko je potrebno. Ovaj proces može uključiti upućivanje na individualnu, porodičnu i grupnu terapiju, i/ili na različite vidove podrške koje omogućuje zajednica. Stručnjak i klijent razgovaraju o implikacijama, kako kratkoročnim tako i dugoročnim, bilo kakvih promena koje se odnose na rodnu ulogu i o korišćenju medicinskih intervencija. Ove implikacije mogu biti psihološke, socijalne, fizičke, seksualne, profesionalne, finansijske i pravne, (Bockting i dr, 2006; Lev, 2004).

Ovaj zadatak se najbolje sprovodi od strane kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje, ali može biti sproveden i od strane drugog zdravstvenog stručnjaka sa odgovarajućom obukom u oblasti bihevioralnog zdravlja i sa dovoljno znanja o rodno nekonformiranim identitetima i izražavanju, kao i o mogućim medicinskim intervencijama predviđenim za rodnu disforiju, posebno kada funkcioniše kao deo specijalizovanog multidisciplinarnog tima koji omogućava pristupanje hormonskoj terapiji za feminizaciju i maskulinizaciju.

3. Procena, dijagnostikovanje i razgovor o opcijama tretmana za koegzistirajuće mentalne probleme

Klijenti sa rodnom disforijom mogu biti suočeni sa nizom mentalnih problema (Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas i Valdes, 2009; Murad i dr, 2010), bilo da su u vezi, ili ne, sa najčešće dugom istorijom rodne disforije i/ili hroničnim stresom manjine. Mogući problemi uključuju anksioznost, depresiju, samopovređivanje, istoriju zlostavljanja i zanemarivanja, kompulsivnost, zloupotrebu supstanci, seksualne probleme, poremećaje ličnosti, poremećaje ishrane, psihotične poremećaje i spektar autističnih poremećaja (Bockting i dr, 2006; Nuttbrock i dr, 2010; Robinow, 2009). Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da procene da li postoje ovi ili drugi mentalni zdravstveni problemi, i da uključe ustanovljene probleme u celokupan plan lečenja. Ovi problemi mogu biti značajni izvori uznemirenosti (distresa) i ukoliko se ne leče, mogu da komplikuju proces istraživanja rodno identiteta i rešavanje rodne disforije (Bockting i dr, 2006; Fraser,

2009a; Lev, 2009). Rešavanje ovih problema može znatno olakšati lečenje rodne disforije, potencijalnih promena rodne uloge, donošenje informisanih odluka o medicinskim intervencijama i poboljšanje kvaliteta života.

Neki klijenti mogu imati koristi od psihotropnih lekova koji ublažavaju simptome ili pomažu u lečenju koegzistirajućih mentalnih zdravstvenih poteškoća. Od stručnjaka za mentalno zdravlje se očekuje da prethodno ima u vidu, te da obezbedi farmakoterapiju ili uputi na kolege koji su kvalifikovani za to. Prisustvo koegzistirajućih mentalnih problema ne mora nužno sprečavati moguće promene rodne uloge ili pristup hormonima za feminizaciju ili maskulinizaciju ili operaciji; tim pre ovi problemi moraju biti optimalno kontrolisani pre ili uporedo sa tretiranjem rodne disforije. Pored toga, treba proceniti sposobnost klijenta za donošenje edukovanog i informisanog pristanka¹⁹ za medicinske tretmane.

Kvalifikovani stručnjaci za mentalno zdravlje su posebno obučeni za procenu, dijagnostikovanje i lečenje (ili upućuju na tretman), ovih koegzistirajućih mentalnih zdravstvenih problema. Drugi zdravstveni radnici, koji su prošli odgovarajuću obuku iz oblasti bihejvioralnog zdravlja, mogu takođe proceniti da li postoje mentalni zdravstveni problemi, i ukoliko postoje indikacije, dati uput za sveobuhvatnu procenu i lečenje od strane kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje, posebno kada deluju kao deo specijalizovanog multidisciplinarnog tima koji omogućuje pristupanje hormonskoj terapiji za feminizaciju i maskulinizaciju.

4. Ukoliko je primenjivo, proceniti podobnost, pripremiti i uputiti na hormonsku terapiju

Standardi nege pružaju kriterijume za usmeravanje odluka u vezi sa hormonskom terapijom za feminizaciju i maskulinizaciju (navedeno u poglavlju VIII i Dodatku C). Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da pomognu klijentima koji razmatraju mogućnost hormonske terapije da bi bili i psihički pripremljeni (npr. klijent je doneo potpuno informisanu odluku sa jasnim i realnim očekivanjima, spreman je da dobije usluge u skladu sa celokupnim planom lečenja; uključio je, po potrebi, porodicu i zajednicu),

19. Pristanak koji osoba daje u vezi sa mogućim medicinskim intervencijama nakon što je dobila sve relevantne informacije o medicinskim procedurama i mogućim implikacijama.

i praktično pripremljeni (npr. klijent je procenjen od strane lekara kako bi se isključile ili se razmotrile medicinske kontraindikacije za upotrebu hormona; razmotrio je psihosocijalne posledice). Ukoliko su klijenti u reproduktivnom dobu, reproduktivne opcije (poglavlje IX), treba ispitati pre započinjanja hormonske terapije.

Veoma je važno da stručnjaci za mentalno zdravlje prepoznaju da su odluke o hormonskoj terapiji pre svega klijentove odluke, kao i sve ostale odluke u pogledu zdravstvene zaštite. Međutim, stručnjaci za mentalno zdravlje imaju odgovornost da ohrabre, vode i pomažu klijentima u donošenju odluke zasnovane na informacijama i da budu odgovarajuće pripremljeni. Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da imaju funkcionalne profesionalne odnose sa svojim klijentima, kao i dovoljno informacija o njima, da bi mogli najbolje da podrže odluke svojih klijenata. Klijenti treba da dobiju brzu i pažljivu procenu, u cilju ublažavanja njihove rodne disforije, kao i da budu upoznati sa odgovarajućim medicinskim uslugama.

Uput za hormonsku terapiju za feminizaciju i maskulinizaciju

Osobe mogu zatražiti pomoć specijalizovanog pružaoca usluga u okviru bilo koje discipline kako bi započeli sa procesom hormonske terapije za feminizaciju i maskulinizaciju. Ipak, zdravstvena zaštita transrodnih osoba je interdisciplinarna oblast, i preporučljiva je saradnja u okviru celokupnog tima koji vodi brigu o klijentu, kada je reč o nezi i upućivanju.

Sa hormonskom terapijom se može započeti uz uput kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje. S druge strane, lekar koji je adekvatno obučan iz oblasti bihevioralnog zdravlja i kompetentan u proceni rodne disforije može da izvrši procenu podobnosti, da pripremi i uputi pacijenta na hormonsku terapiju, naročito ukoliko je utvrđeno da ne postoje koegzistirajući mentalni problemi i ukoliko ovaj stručnjak deluje u okviru specijalizovanog multidisciplinarnog tima. Zdravstveni stručnjak prilikom upućivanja treba da priloži potrebnu dokumentaciju u vidu zdravstvenog kartona i/ili uputa sa lekarskim izveštajem o pacijentovoj prošlosti, istoriji lečenja, napretku i podobnosti. Zdravstveni stručnjaci koji su preporučili hormonsku terapiju dele etičku i pravnu odgovornost za tu odluku sa lekarom koji pruža tu uslugu.

Preporučljivo je da uputno pismo sa izveštajem za hormonsku terapiju za feminizaciju i maskulinizaciju sadrži:

1. Opšte podatke o klijentu;
2. Rezultate psihosocijalne procene klijenta, uključujući sve dijagnoze;
3. Trajanje odnosa između zdravstvenog stručnjaka koji upućuje i klijenta, uključujući vrstu evaluacije i terapije ili savetovanja sve do tog momenta;
4. Objašnjenje da su kriterijumi za hormonsku terapiju ispunjeni i kratak opis kliničkog obrazloženja za podršku zahteva klijenta da započne hormonsku terapiju;
5. Izjava da je pacijent dao informisani pristanak;
6. Izjava da je zdravstveni stručnjak koji upućuje klijenta dostupan za koordinaciju sprovođenja nege i da će se rado odazvati pozivu radi uspostavljanja iste.

Za pružaoce zdravstvenih usluga koji rade u okviru specijalizovanog multidisciplinarnog tima, ovakav uput sa izveštajem možda neće biti potreban, već je dovoljna procena i preporuke koje mogu biti dokumentovane u kartonu pacijenta.

5. Ukoliko je primenjivo, proceniti podobnost, pripremiti i uputiti na operacije

Standardi nege takođe obezbeđuju kriterijume koji usmeravaju donošenje odluka u vezi sa operacijom grudi i operacijom genitalija (navedeno u poglavlju XI i Dodatku C). Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu da pomognu klijentima koji razmatraju mogućnost operacije da se psihološki pripreme (npr. klijent donosi odluku na osnovu informacija, ima jasna i realistična očekivanja; spreman je za zdravstvene usluge koje su u skladu sa celokupnim planom lečenja; uključuje porodicu i zajednicu, po potrebi), i praktično pripreme (npr. doneo je izbor potkrepljen informacijama u pogledu hirurga koji će obaviti proceduru; obezbedio je dalju negu). Ukoliko su klijenti u reproduktivnom dobu, potrebno je ispitati reproduktivne opcije (poglavlje IX), pre operacije genitalija.

Standardi nege ne navode kriterijume za ostale hirurške procedure, kao što su operacije feminizacije ili maskulinizacije lica; međutim, stručnjaci za mentalno zdravlje mogu da igraju važnu ulogu u pružanju pomoći svojim klijentima da donesu odluke potkrepljene odgovarajućim informacijama u vezi sa vremenom i implikacijama takvih procedura, u sklopu celokupnog procesa autovanja („coming out”) ili procesa tranzicije. Važno je da stručnjaci za mentalno zdravlje prepoznaju da su odluke o operaciji prevashodno klijentove samostalne odluke, kao i sve ostale odluke u vezi sa zdravstvenom negom. Međutim, stručnjaci za mentalno zdravlje imaju odgovornost da ohrabre, vode i pomognu klijentima u donošenju odluka zasnovanih na potrebnim informacijama i da budu odgovarajuće pripremljeni. Da bi najbolje podržali odluke svojih klijenata, stručnjaci za mentalno zdravlje moraju da imaju funkcionalne profesionalne odnose sa svojim klijentima i dovoljno informacija o njima. Klijenti treba da dobiju brzu i pažljivu procenu, u cilju ublažavanja njihove rodne disforije, kao i odgovarajuće medicinske usluge.

Uput za operaciju

Hirurški tretmani za rodnu disforiju mogu se započeti uz uput (jedan ili dva, u zavisnosti od vrste operacije,) kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje. Stručnjak za mentalno zdravlje obezbeđuje dokumentaciju u kartonu i/ili uputu sa lekarskim izveštajem o pacijentovoj prošlosti, istoriji lečenja, napretku i podobnosti. Stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja, koji preporučuju operaciju, dele etičku i pravnu odgovornost zajedno sa hirurgom u vezi sa ovom odlukom.

- * Jedan uput od kvalifikovanog stručnjaka za mentalnog zdravlje je potreban za operaciju grudi (npr. mastektomija, rekonstrukcija grudi ili augmentaciona mamoplastika – uvećanje grudi).
- * Dva uputa od kvalifikovanih stručnjaka za mentalno zdravlje, koji su nezavisno procenili pacijenta, neophodni su za operaciju genitalija (tj. histerektomija/salpingo-ooforektomija, orhiektomija, rekonstruktivne operacije genitalija). Ukoliko je prvi uput od pacijentovog psihoterapeuta, drugi uput treba da bude od stručnjaka

koji je izvršio nezavisnu procenu pacijenta. Mogu biti poslata dva odvojena uputa, ili jedan uput potpisan od strane oba stručnjaka (npr. ako rade u okviru iste klinike). Međutim, očekuje se da svaki uput obuhvati iste sadržaje iz oblasti koje su navedene u nastavku.

- * Nije potreban uput za histerektomiju/salpingo-ooforektomiju ili orhiektomiju koje se obavljaju iz razloga koji nisu u vezi sa rodnom disforijom ili su u vezi sa drugim dijagnozama.

Preporučljiv sadržaj uputa sa izveštajem za operacije:

1. Opšti podaci o klijentu;
2. Rezultati psihosocijalne procene klijenta, uključujući sve dijagnoze;
3. Trajanje odnosa između zdravstvenog stručnjaka i klijenta, uključujući tip evaluacije i terapije ili savetovanja sve do tog momenta;
4. Objašnjenje da su ispunjeni kriterijumi za operacije i kratak opis kliničkog obrazloženja za podršku zahteva klijenta za operacijama;
5. Izjava da je pacijent dao informisani pristanak;
6. Izjava da je zdravstveni stručnjak koji upućuje klijenta dostupan za koordinaciju sprovođenja nege i da će se rado odazvati pozivu radi uspostavljanja iste.

Za pružaoce zdravstvenih usluga koji rade u okviru istog specijalizovanog multidisciplinarnog tima, uput možda neće biti potreban, već su dovoljne procene i preporuke koje mogu biti dokumentovane u kartonu pacijenta.

Odnos stručnjaka za mentalno zdravlje sa lekarima koji prepisuju hormonsku terapiju, hirurzima i drugim zdravstvenim radnicima

Idealno je da stručnjaci za mentalno zdravlje obavljaju svoj posao i periodično razgovaraju o napretku u radu, kao i da se konsultuju sa drugim stručnjacima (kako iz oblasti mentalnog zdravlja, tako i drugih zdravstve-

nih disciplina), koji su kompetentni u proceni i lečenju rodne disforije. Odnos među stručnjacima uključenim u zdravstvenu negu klijenta treba da bude ispunjen saradnjom, uz koordinaciju i dijaloge u kliničkom kontekstu kada je potrebno. Otvorena i stalna komunikacija je neophodna za konsultovanje, upućivanje i rešavanje postoperativnih problema.

Zadaci koji se odnose na psihoterapiju

1. Psihoterapija nije apsolutni uslov za hormonsku terapiju i operaciju

Skrining i/ili procena mentalnog zdravlja, kao što je navedeno gore, potrebni su za upućivanje na hormonske i hirurške tretmane za rodnu disforiju. Nasuprot tome, psihoterapija, iako se veoma preporučuje, ne predstavlja uslov.

Standardi nege nemaju preporučeni minimalan broj psihoterapijskih seansi pre hormonske terapije ili operacije. Razlozi za to su višestruki (Lev, 2009). Prvo, minimalan broj seansi ima tendenciju da bude protumačen kao prepreka koja obeshrabruje autentične mogućnosti za lični razvoj. Drugo, stručnjaci za mentalno zdravlje mogu pružiti značajnu podršku klijentima u svim fazama istraživanja rodnog identiteta, rodnog izražavanja i moguće tranzicije, a ne samo pre mogućih medicinskih intervencija. Treće, klijenti i njihovi psihoterapeuti razlikuju se u sposobnostima ostvarivanja sličnih ciljeva u određenom vremenskom periodu.

2. Ciljevi psihoterapije za odrasle sa rodnim problemima

Opšti cilj psihoterapije sastoji se u tome da se pronađu načini za poboljšanje sveukupnog psihološkog stanja osobe: njen kvalitet života i zadovoljstvo sobom. Psihoterapija ne teži tome da promeni rodni identitet osobe; psihoterapija pre može pomoći osobi da istraži pitanja roda i pronađe načine da ublaži rodnu disforiju, ukoliko je prisutna (Bockting i dr.,

2006; Bockting i Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Uglavnom je sveobuhvatni cilj tretmana pružanje pomoći transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju da postignu dugoročno zadovoljstvo u izražavanju svog rodno identiteta, sa realističnim šansama da ostvare uspeh u svojim odnosima, obrazovanju i poslu. Za dodatne detalje pogledati Fraser (Fraser, 2009c).

Terapija se može sastojati od individualne terapije, terapije u paru, porodične ili grupne psihoterapije. Grupna terapija je posebno važna za podsticanje i negovanje parnjačke podrške.

3. Psihoterapija za transpolne, transrodne i klijente koji se rodno ne konformiraju, uključujući savetovanje i podršku za promene rodne uloge

Pronalaženje odgovarajuće rodne uloge prevashodno je psihosocijalni proces. Psihoterapija može biti od neprocenjive vrednosti u pružanju pomoći transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju u sledećem: (i) razjašnjavanje i istraživanje rodno identiteta i uloge, (ii) rad na uticaju stigmatizacije i stresa manjine na nečije mentalno zdravlje i humani razvoj, i (iii) olakšavanje procesa autovanja (Bockting i Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), što za neke osobe može uključivati promene u izražavanju rodne uloge i upotrebu femininirajućih/maskulinirajućih medicinskih intervencija.

Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu pružati podršku i unapređivati interpersonalne veštine i rezilijentnost osoba i njihovih porodica dok se kreću kroz svet koji je često nespreman da prihvati i poštuje transrodne, transpolne i osobe koje se rodno ne konformiraju. Psihoterapija takođe može pomoći u ublažavanju bilo kojih keogzistirajućih mentalnih tegoba (npr. anksioznost, depresija), koje su identifikovane tokom skrininga i procenivanja.

Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu pomoći transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju, koje planiraju da trajno promene rodne uloge i prođu kroz proces socijalne tranzicije, razvojem individualnog plana sa specifičnim ciljevima i vremenskim određenjem. Dok se iskustva promene rodne uloge razlikuju od osobe do osobe, socijalni

aspekti tih iskustava predstavljaju, obično, veći izazov od fizičkih aspekata. Imajući u vidu da promena rodne uloge može imati duboke lične i društvene posledice, odluka o njoj treba da uključuje svesnost o tome koji će biti porodični, interpersonalni, obrazovni, profesionalni, ekonomski i pravni izazovi, kako bi osobe mogle da uspešno funkcionišu u svojoj rodnoj ulozi.

Mnoge transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju zatražiće pomoć, a da se pritom ne osećaju povezano sa novom rodnom ulogom ili prihvaćene u rodnoj ulozi koja je najviše usaglašena sa njihovim rodним identitetom. Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu da pomognu ovim klijentima da istraže i predvide posledice promena rodne uloge, i da vremenski prilagode proces ostvarivanja ovih promena. Psihoterapija može da omogući prostor klijentima za započinjanje izražavanja sebe na način koji je u skladu sa njihovim rodним identitetom, a nekima i za prevazilaženje strahova od promena u rodnom izražavanju. Rizici se mogu predvideti izvan terapijskog konteksta kako bi se omogućilo sticanje željenog iskustva i izgradilo samopouzdanje u novoj ulozi²⁰. Pomoć tokom procesa autovanja porodici i zajednici (prijateljima, u školi, na radnom mestu), može biti obezbeđena.

Druge transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, a koje traže stručnu pomoć imaće već stečeno iskustvo (mimimalno, umereno ili veliko), življenja u rodnoj ulozi koja se razlikuje od one koja je u vezi sa njihovim polom pripisanim po rođenju. Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu pomoći ovim klijentima da identifikuju i rade na potencijalnim izazovima, i podstiču optimalno prilagođavanje tokom kontinuiranog izražavanja promena u svojoj rodnoj ulozi.

4. Porodična terapija ili podrška članovima porodice

Odluke o promeni rodne uloge i medicinskim intervencijama za rodnu disforiju imaju posledice ne samo za klijente, već i za njihove porodice (Emerson i Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Stručnjaci za mentalno

20. Na sticanju željenog iskustva i izgradnji samopouzdanja u novoj ulozi može se raditi i putem umereno rizičnih zadataka koje osoba osmišljava zajedno s terapeutom I izvodi van terapijske seanse.

zdravlje mogu pomoći klijentima da pažljivo donesu odluke o tome kako da komuniciraju sa članovima svoje porodice i drugima o svom rodnom identitetu i odlukama o lečenju. Porodična terapija može uključivati rad sa supružnicima ili partnerima, kao i sa decom i drugim članovima klijentove šire porodice.

Klijenti mogu, takođe, da zatraže pomoć u pogledu svojih odnosa i seksualnog zdravlja. Na primer, oni mogu želeti da istražuju svoju seksualnost i pitanja koja se tiču intimnosti.

Porodična terapija može biti ponuđena kao deo klijentove individualne terapije, i ukoliko je to klinički svrsishodno, od strane istog pružaoca usluge. Klijenti se, s druge strane, mogu uputiti drugim terapeutima sa relevantnom ekspertizom za rad sa članovima porodice ili grupama parnjačke podrške (npr. lično ili putem mreža podrške partnera ili porodica).

5. Nega nakon odabranih tretmana tokom života

Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu raditi sa klijentima i njihovim porodicama tokom različitih faza njihovog života. Psihoterapija može biti korisna za različita pitanja i u različitim periodima tokom životnog ciklusa.

6. Terapija putem interneta, onlajn savetovanje i savetovanje na daljinu

Onlajn ili terapija putem interneta pokazala se korisnom za ljude koji imaju problema da lično pristupe kompetentnom psihoterapijskom tretmanu, i koji se mogu suočavati sa izolacijom i stigmom (Derrig-Palumbo i Zeine, 2005; Fenichel i dr., 2004; Fraser, 2009b). Na osnovu toga možemo zaključiti, terapija putem interneta može biti koristan modalitet za psihoterapiju sa transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju. Terapija putem interneta može ponuditi mogućnosti za potencijalno poboljšano, prošireno, kreativno i usklađeno pružanje usluga: ipak, imajući u vidu da se radi o modalitetu koji se razvija, ona može nositi neočekivane rizike. Smernice za telemedicinu su precizne kada se radi o

nekim disciplinama u pojedinim delovima Amerike, ali ne i svim (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm U nekim mestima Sjedinjenih Država, Mc-Menamin i Brown-Connolly, 2005); internacionalna situacija je čak i slabije definisana (Maheu i dr., 2005). Dok se ne pribavi dovoljno podataka zasnovanih na dokazima upotrebe terapije putem interneta, preporučuje se da se ista koristi sa predostrožnošću.

Stručnjacima za mentalno zdravlje koji se bave terapijom putem interneta preporučuje se da budu u toku sa radom određenog tela koje im je izdalo licencu, sa profesionalnim udruženjem, sa zakonima svoje države, kao i sa najnovijom literaturom koja se tiče ovog brzo razvijajućeg medija. Detaljniji opisi potencijalnih upotreba, procesa i etičkih pitanja u vezi sa terapijom putem interneta su objavljeni (Fraser, 2009b).

Drugi zadaci stručnjaka za mentalno zdravlje

1. Edukacija i zastupanje klijenata unutar njihove zajednice (škola, radnih mesta i drugih organizacija) i pomoć klijentima prilikom promene ličnih dokumenata

Transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju mogu se suočavati sa izazovima u svojim profesionalnim, obrazovnim i drugim vidovima okruženja, tokom potvrđivanja i izražavanja rodnog identiteta (Lev, 2004, 2009). Stručnjaci za mentalno zdravlje mogu igrati važnu ulogu edukovanjem ljudi na temu rodnog nekonformiranja i zastupanjem svojih klijenata u takvim okruženjima (Currah, Juang i Minter, 2006; Currah i Minter, 2000). Ova uloga može uključivati konsultacije sa školskim savetnicima, nastavnicima i administratorima, službom ljudskih resursa, menadžerima zaposlenih i poslodavcima, kao i predstavnicima drugih organizacija i institucija. Pored toga, zdravstveni radnici mogu biti pozvani da podrže promene prilikom promena klijentovog imena i/ili oznake pola/roda u ličnim dokumentima kao što su pasoši, vozačke dozvole, izvodi iz matičnih knjiga rođenih i diplome.

2. Pružanje informacija i upućivanje na parnjačku podršku

Iskustvo u grupama parnjačke podrške za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju može biti poučnije u pogledu mogućnosti rodnog izražavanja u odnosu na bilo šta što individualna terapija može da ponudi (Rachlin, 2002). Oba iskustva su potencijalno korisna, i ukoliko je moguće, sve osobe koje istražuju rodna pitanja trebalo bi da budu ohrabrene da učestvuju u aktivnostima zajednice. Izvori i informacije za parnjačku podršku treba da budu dostupni.

Kultura i njen uticaj na procenu i psihoterapiju

Zdravstveni stručnjaci rade u ogromnom broju različitih okruženja širom sveta. Razni oblici poteškoća zbog kojih ljudi u svakoj kulturi traže profesionalnu pomoć, razumeju se i klasifikuju pomoću pojmova koji su proizvodi njihovih vlastitih kultura (Frank i Frank, 1993). Kulturni konteksti, takođe, u velikoj meri odlučuju kako takva stanja razumeju stručnjaci za mentalno zdravlje. Kulturne razlike koje se odnose na rodni identitet i izražavanje mogu da utiču na pacijente, stručnjake za mentalno zdravlje i prihvaćenu psihoterapijsku praksu. WPATH prepoznaje da su *Standardi nege* nastali u okviru zapadne tradicije i da je možda potrebna njihova adaptacija u zavisnosti od kulturnog konteksta.

Etičke smernice koje se odnose na brigu o mentalnom zdravlju

Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da poseduju sertifikat ili licencu za rad u određenoj zemlji shodno propisima koji regulišu datu profesiju u nekoj državi (Fraser, 2009b; Pope i Vasquez, 2011). Stručnjaci moraju da se pridržavaju etičkih kodeksa svoje profesije u skladu sa licencom ili organizacijama koje izdaju sertifikate u celokupnom radu sa transpolnim, transrodnim i klijentima koji se rodno ne konformiraju.

Tretman koji je služio za promenu rodnog identiteta osobe i rodne ekspresije kako bi bili u skladu sa polom pripisanim po rođenju, pokušani su u prošlosti (Gelder i Marks, 1969; Greenson, 1964), ali bezuspešno, pogotovo dugoročno gledano (Cohen-Kettenis i Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Ovakav tretman se više ne smatra etičkim.

Ukoliko su stručnjaci za mentalno zdravlje nesigurni ili nemaju iskustva u radu sa transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju i njihovim porodicama, trebalo bi da upućuju klijente na kompetentne stručnjake, ili da se barem konsultuju sa kolegom stručnim za ovu oblast. Ako lokalni stručnjaci nisu dostupni, zdravstvene konsultacije se mogu obaviti putem informacionih tehnologija, pretpostavljajući da su ispunjeni uslovi za konsultacije na daljinu.

Pitanja koja se odnose na pristup nezi

Kvalifikovani stručnjaci za mentalno zdravlje nisu univerzalno dostupni; zbog toga pristup kvalitetnoj nezi može biti ograničen. WPATH ima za cilj poboljšanje pristupa i omogućavanje redovnih i kontinuiranih obrazovnih mogućnosti za obučavanje stručnjaka iz različitih oblasti, kako bi obezbedili kvalitetnu zdravstvenu negu posebno za transrodne osobe. Pružanje nege za mentalno zdravlje na daljinu upotrebom tehnologije može biti jedan od načina da se poboljša pristup nezi (Fraser, 2009b).

U mnogim mestima širom sveta, transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju imaju ograničen pristup zdravstvenoj zaštiti i zbog nedostatka zdravstvenog osiguranja, finansijskih i drugih sredstava za plaćanje potrebne nege. WPATH poziva kompanije za zdravstveno osiguranje i druge organizacije da uključe medicinski neophodne tretmane za ublažavanje rodne disforije (Američko medicinsko udruženje, 2008; Anton, 2009; Svetsko profesionalno udruženje za transrodno zdravlje, 2008).

Kada se naiđe na klijenta koji je u nemogućnosti da pristupi servisima, preporučljivo je upućivanje na dostupne izvore slične podrške (oflajn ili onlajn). Na kraju, može biti ukazano na pristupe koji smanjuju štetu, kako bi pomogli klijentima da donesu zdrave odluke u cilju poboljšanja svog života.

VIII Hormonska terapija

Medicinska neophodnost hormonske terapije

Hormonska terapija za feminizaciju i maskulinizaciju - upotrebom egzogenih endokrinih agenasa za indukovanje feminizirajućih ili maskulinizirajućih promena - medicinski je neophodna intervencija za mnoge transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, a dijagnostikovana im je rodna disforija (Newfield, Hart, Dibble i Kohler, 2006; Pfafflin i Junge, 1998). Neko osobe traže maksimalnu feminizaciju/maskulinizaciju, dok su druge zadovoljne androgenim izgledom, koji je rezultat hormonske minimizacije postojećih sekundarnih polnih karakteristika (Factor i Rothblum, 2008). Dokazi psihosocijalnih ishoda hormonske terapije sumirani su u dodatku D.

Hormonska terapija mora da bude individualizovana u zavisnosti od pacijentovih ciljeva, srazmerno riziku/koristi od upotrebe medikamena-ta, prisustva drugih medicinskih stanja, kao i razmatranja socijalnih i ekonomskih pitanja. Hormonska terapija može pružiti značajan osećaj ugodnosti onim pacijentima koji ne žele ili koji nisu u mogućnosti da ostvare socijalnu tranziciju rodne uloge ili da se podvrgnu operaciji (Meyer, 2009). Hormonska terapija je preporučljiv kriterijum za neke, ali ne i za sve, hirurške tretmane za rodnu disforiju (videti deo XI i dodatak C).

Kriterijumi za hormonsku terapiju

Sa hormonskom terapijom se može krenuti nakon što je obavljena psihosocijalna procena i dobijen informisani pristanak od strane kvalifikovanih zdravstvenih stručnjaka, kao što je navedeno u delu VII *Standarda*

nege. Upućivanje se zahteva od strane stručnjaka za mentalno zdravlje koji je obavio procenu, osim ukoliko ista nije obavljena od strane stručnjaka za hormonsku terapiju, koji je takođe kvalifikovan u ovoj oblasti.

Kriterijumi za hormonsku terapiju su sledeći:

1. Perzistentna, pravilno dokumentovana rodna disforija;
2. Kapacitet da se donese potpuno informisana odluka i pristanak za tretman;
3. Punoletstvo klijenta u datoj zemlji (ukoliko su mlađi, videti *Standarde nege* u delu VI);
4. Ukoliko su prisutni značajni medicinski ili mentalni problemi, oni moraju biti odgovarajuće kontrolisani.

Kao što je napomenuto u odeljku VII *Standarda nege*, prisustvo koegzistirajućih mentalnih problema ne isključuje nužno pristup feminizirajućim/maskulinizirajućim hormonima, već se za ove probleme mora pobrinuti pre ili paralelno tokom tretmana rodne disforije.

U određenim okolnostima može biti prihvatljiva praksa koja obezbeđuje hormone pacijentima koji nisu ispunili ove kriterijume. Primeri uključuju omogućavanje kontrolisanog korišćenja hormona proverenog kvaliteta u terapijske svrhe kao alternativu nezakonitoj ili nekontrolisanoj upotrebi hormona, ili pacijentima koji su već uspostavili svoju rodnu ulogu i koji imaju istoriju ranije upotrebe hormona. Nije etički onemogućavati dostupnost ili podobnost za hormonsku terapiju samo na osnovu pozitivnog serološkog nalaza na infekcije koje se prenose putem krvi, kao što su HIV ili hepatitis B ili C.

U retkim slučajevima hormonska terapija može biti kontraindikovana zbog ozbiljnog zdravstvenog stanja pojedinca. Zdravstveni stručnjaci treba da pomognu ovim pacijentima tako što će im omogućiti druge intervencije za rodnu disforiju koje ne uključuju hormone. Kvalifikovani stručnjak za mentalno zdravlje koji je upoznat sa pacijentom, odličan je resurs u ovim okolnostima.

Informisani pristanak

Feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija može dovesti do ireverzibilnih fizičkih promena. Stoga hormonsku terapiju treba omogućiti samo onima koji su zakonski u mogućnosti da daju informisani pristanak. Ovo se odnosi na ljude koji su od strane suda proglašeni za emancipovana lica, zatvorenike, osobe sa intelektualnim poteškoćama, i one koji se smatraju sposobnim da učestvuju u donošenju svojih medicinskih odluka (Bockting i dr., 2006). Stručnjaci treba da dokumentuju u medicinskim kartonima da su pružene sveobuhvatne informacije i da su klijenti razumeli sve relevantne aspekte hormonske terapije, uključujući i moguće koristi i rizike, kao i uticaj na reproduktivni kapacitet.

Odnos između standarda nege i protokola Modela informisanog pristanka

Određeni broj zdravstvenih centara za određene zajednice u Sjedinjenim Američkim Državama razvio je protokole za obezbeđivanje hormonske terapije zasnovane na pristupu koji je postao poznat kao Model informisanog pristanka (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Ovi protokoli su konzistentni u odnosu na smernice opisane u *WPATH Standardima nege*, 7. verzija. *Standardi nege* su fleksibilne kliničke smernice; one omogućavaju prilagođavanje intervencija potrebama osoba koje dobijaju usluge i formulisanje protokola prema pristupu i mestu gde se ove usluge pružaju (Ehrbar i Gorton, 2010).

Dobijanje informisanog pristanka za hormonsku terapiju važan je datak koji treba da obave stručnjaci, kako bi bili sigurni da pacijenti razumeju psihološke i fizičke koristi i rizike hormonske terapije, kao i njene psihosocijalne implikacije. Stručnjaci koji prepisuju hormone ili zdravstveni radnici koji ih preporučuju treba da poseduju znanje i iskustvo u proceni rodne disforije. Oni treba da informišu osobe o određenim prednostima, ograničenjima i rizicima korišćenja hormona, imajući u vidu pacijentove godine, prethodno iskustvo sa hormonima i trenutno stanje fizičkog i mentalnog zdravlja.

Skrining i utvrđivanje akutnih ili trenutnih mentalnih problema važan je deo procesa informisanog pristanka. Ove procedure može obaviti stručnjak za mentalno zdravlje ili drugi odgovarajuće obučeni stručnjak za određivanje terapije (videti poglavlje VII u *Standardima nege*). Isti stručnjak ili drugi odgovarajuće obučeni član zdravstvenog tima (npr. medicinska sestra) može, kada je potrebno, da ukaže na psihosocijalne implikacije uzimanja hormona (npr. uticaj maskulinizacije/feminizacije na to kako će osoba biti percipirana i potencijalni uticaj na odnose sa porodicom, prijateljima i saradnicima). Ukoliko postoje indikacije, ovi stručnjaci će uputiti na psihoterapiju, na procenu i lečenje koegzistirajućih problema iz sfere mentalnog zdravlja, kao što su anksioznost ili depresija.

Razlika između Modela informisanog pristanka i *Standarda nege*, 7. verzija, je u tome što *Standardi nege* više naglašavaju značajnu ulogu koju imaju stručnjaci za mentalno zdravlje u ublažavanju rodne disforije i olakšavanju procesa promene rodne uloge i psihosocijalnog prilagođavanja. Ovo može uključivati sveobuhvatnu procenu mentalnog zdravlja i psihoterapiju, ukoliko je to potrebno. U Modelu informisanog pristanka fokus je na dobijanju informisanog pristanka kao pragu za započinjanje hormonske terapije u multidisciplinarnom okruženju orijentisanom ka smanjenju štetnih posledica. Manji je naglasak na obezbeđivanju mentalne zdravstvene nege sve dok to pacijent ne zatraži, osim ako nisu otkriveni značajni mentalni problemi koji moraju biti razmotreni pre prepisivanja hormonske terapije.

Fizički efekti hormonske terapije

Feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija će proizvesti fizičke promene koje su više u skladu sa pacijentovim rodnim identitetom.

- * Kod ŽuM (žensko u muško odnosno u medicinskoj literaturi Ž-M rodno disforičnih pacijenta), pacijentata očekuje se da se pojave sledeće fizičke promene: dublji glas, uvećanje klitorisa (ovo može varirati), rast facijalnih i telesnih malja, prestanak menstruacije, atrofija tkiva dojki i smanjenje procenta telesne masnoće u odnosu na mišićnu masu.

- * Kod MuŽ (muško u žensko odnosno u medicinskoj literaturi M-Ž rodno disforičnih pacijenata), pacijenata očekuje se da se pojave sledeće fizičke promene: rast dojki (ovo može varirati), smanjenje erektilne funkcije, smanjena veličina testisa, i uvećani procenat telesne masnoće u odnosu na mišićnu masu.

Većina fizičkih promena, feminizirajućih ili maskulinizirajućih, dešava se tokom perioda od dve godine. Broj fizičkih promena i tačan vremenski tok efekata može veoma varirati. Tabele 1a i 1b prikazuju približan vremenski tok ovih fizičkih promena.

TABELA 1A
Efekti i očekivani vremenski tok maskulinizirajućih hormona^a

Efekat	Očekivani početak ^b	Očekivani maksimalni efekat ^b
Masnoća kože/akne	1-6 meseci	1-2 godine
Rast facijalnih/telesnih malja	3-6 meseci	3-5 godina
Gubitak kose	>12 meseci ^c	varira
Uvećana mišićna masa/snaga	6-12 meseci	2-5 godina ^d
Preraspodela telesne masnoće	3-6 meseci	2-5 godina
Prestanak menstruacije	2-6 meseci	n/a
Uvećanje klitorisa	3-6 meseci	1-2 godine
Vaginalna atrofija	3-6 meseci	1-2 godine
Dublji glas	3-12 meseci	1-2 godine

a) Adaptirano uz dozvolu Hembree i dr (2009). Autorska prava 2009, Endokrino društvo.

b) Procene predstavljaju objavljena i neobjavljena klinička posmatranja.

c) Veoma zavisi od uzrasta i nasleđa; može biti minimalno.

d) Veoma zavisi od toga koliko osoba vežba.

TABELA 1B
Efekti i očekivani vremenski tok feminizirajućih hormona^a

Efekat	Očekivani Početak ^b	Očekivani maksimalni efekat ^b
Preraspodela telesne masnoće	3-6 meseci	2-5 godina
Smanjena mišićna masa/snaga	3-6 meseci	1-2 godine
Omekšavanje kože/Smanjena masnoća	3-6 meseci	nepoznato
Smanjeni libido	1-3 meseci	1-2 godine
Smanjene spontane erekcije	1-3 meseca	3-6 meseci
Muške seksualne disfunkcije	varira	varira
Rast dojki	3-6 meseci	2-3 godine
Smanjena veličina testisa	3-6 meseci	2-3 godine
Smanjena proizvodnja sperme	varira	varira
Slabljenje i usporeni rast telesnih i facijalnih malja	6-12 meseci	>3godine ^d
Muški obrazac ćelavosti	nema ponovnog rasta 1-3 meseca	prestanak opadanja 1-2 godine

a) Adaptirano uz dozvolu Hembree i dr. (2009). Autorska prava 2009, Endokrino društvo

b) Procene predstavljaju objavljena i neobjavljena klinička posmatranja.

c) Veoma zavisi od toga koliko osoba vežba.

d) Kompletno uklanjanje facijalnih i telesnih muških malja zahteva elektrolizu, laserski tretman ili oboje.

Stepen i učestalost fizičkih efekata zavisi od doziranja, načina primene i korišćenih medikamenata koji su odabrani u skladu sa specifičnim medicinskim ciljevima pacijenta (npr. promene u izražavanju rodne uloge, planovi za polno prilagođavanje) i profil medicinskog rizika. Za sada nema dokaza da se reakcija na hormonsku terapiju može pouzdano predvideti na osnovu starosne dobi, telesne građe, etničke pripadnosti ili porodičnih karakteristika,

sa mogućim izuzetkom produbljanja glasa kod ŽuM osoba (Ž-M rodno disforičnih osoba). S obzirom na to da su svi ostali faktori jednaki, ne postoji dokaz da je bilo koji odobreni medicinski način ili metod primene hormona efektivniji od bilo kog drugog za dobijanje željenih fizičkih promena.

Rizici hormonske terapije

Sve medicinske intervencije sa sobom nose rizike. Verovatnoća da dođe do ozbiljnog štetnog neželjenog događaja zavisi od brojnih faktora: medikamenata, doziranja, načina primene i pacijentovih kliničkih karakteristika (komorbiditeta, porodične istorije, zdravstvenih navika). Stoga je nemoguće predvideti da li će se određeni negativni efekat desiti kod pojedinačnog pacijenta.

Rizici u vezi sa feminizirajućom/maskulinizirajućom hormonskom terapijom za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, u celosti su sumirani u tabeli 2. U zavisnosti od nivoa dokaza, rizici su kategorizovani na sledeći način: (i) verovatno povećan rizik od hormonske terapije, (ii) mogući povećan rizik od hormonske terapije, ili (iii) neodređen rizik ili ne uvećava rizik. Stavke u poslednjoj kategoriji obuhvataju one koje predstavljaju rizik, ali za koje su dokazi toliko minimalni, da se ne može izvesti jasan zaključak.

Dodatni detalji o ovim rizicima mogu se naći u Dodatku B, koji je baziran na dva sveobuhvatna, zasnovana na dokazima, pregleda literature o maskulinizirajućoj/feminizirajućoj hormonskoj terapiji (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009), zajedno sa velikom kohortnom studijom (Asscheman i dr., 2011). Ove kritike mogu poslužiti kao detaljne reference za stručnjake, zajedno sa drugim široko priznatim, objavljenim kliničkim materijalom (Dahl, Feldman, Goldberg i Jaber, 2006; Ettner, Monstrey i Eyler, 2007).

Kompetentnost lekara odgovornih za prepisivanje hormona, odnos sa ostalim zdravstvenim stručnjacima

Feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju najbolje je preduzeti u kontekstu kompletnog pristupa zdravstvenoj nezi koja uključuje sveobuhvatnu primarnu negu i koordinisani pristup psihosocijalnim temama

(Feldman i Safer, 2009). Dok psihoterapija ili stalno savetovanje nisu neophodni da bi se započelo sa hormonskom terapijom, ako terapeut jeste uključen, onda se preporučuje redovna komunikacija između zdravstvenih radnika (uz pacijentov pristanak), da bi se osiguralo da se proces tranzicije odvija dobro, kako fizički tako i psihosocijalno.

TABELA 2. Rizici povezani sa hormonskom terapijom

Stepen rizika	Feminizirajući hormoni	Maskulinizirajući hormoni
Jedva uvećan rizik	<ul style="list-style-type: none"> - Venska tromboembolija - Kamen u žuči - Povišeni enzimi jetre - Povećanje težine - Hipertrigliceridemija - Kardiovaskularna bolest 	<ul style="list-style-type: none"> - Policitemija - Povećanje težine - Akne - Androgena alopecija (ćelavost) - Prekid disanja tokom sna (apnea)
Verovatno uvećan rizik uz prisustvo dodatnih faktora rizika ^b		<ul style="list-style-type: none"> - Povišeni enzimi jetre - Hiperlipidemija
Mogući uvećan rizik	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertenzija - Hiperprolaktinemija ili prolaktinoma 	<ul style="list-style-type: none"> - Destabilizacija određenih psihičkih poremećaja^c - Kardiovaskularno obo-lenje - Hipertenzija - Dijabetes tip 2
Mogući uvećan rizik uz prisustvo dodatnih faktora rizika ^b	<ul style="list-style-type: none"> - Dijabetes tip 2^a 	<ul style="list-style-type: none"> - Gubitak gustine kostiju - Karcinom dojki - Karcinom grlića materice - Karcinom jajnika - Karcinom materice
Bez uvećanog rizika ili je on neodređen	<ul style="list-style-type: none"> - Karcinom dojke 	

Napomena. Podebljane stavke su klinički značajne.

a) Rizik je veći sa uzimanjem estrogena oralno, nego potkožno.

b) Dodatni faktori rizika uključuju godište.

c) Uključuje bipolarnu, shizoafektivnu i druge poremećaje koji mogu uključivati manične ili psihotične simptome. Ovaj neželjeni efekat je izgleda povezan sa većim dozama ili suprafiziološkim nivoima testosterona u krvi.

Uz odgovarajuću obuku, feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju mogu sprovoditi različiti stručnjaci/pružaoci ove usluge, uključujući medicinske sestre, lekarske asistente i lekare opšte prakse (Dahl i dr., 2006). Posete medicinskih radnika u vezi sa održavanjem hormonskog statusa, daju mogućnost za pružanje šire usluge populaciji koja je često medicinski zapostavljena (Clements, Wilkinson, Kitano i Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). Većina zadataka u vezi sa posmatranjem i kontrolom komorbiditeta povezanih sa dugoročnom upotrebom hormona, kao što su faktori rizika u odnosu na kardiovaskularna oboljenja, i skrining za maligne bolesti, po pravilu se češće nalaze u okviru primarne zdravstvene zaštite nego u okviru specijalističke nege (Američka akademija porodičnih lekara, 2005; Eyler, 2007; Svetska zdravstvena organizacija, 2008), što se posebno odnosi na mesta gde nisu dostupni specijalni timovi za pitanja rodnosti ili lekari specijalisti.

Imajuću u vidu multidisciplinarnu potrebu transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, a koje traže hormonsku terapiju, kao i probleme u vezi sa fragmentacijom zdravstvene nege uopšte (Svetska zdravstvena organizacija, 2008), WPATH izuzetno podstiče povećanje nivoa obuke i učešća stručnjaka primarne zdravstvene zaštite u oblasti feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Ukoliko je hormone prepisao lekar specijalista, trebalo bi da postoji bliska komunikacija sa pacijentovim lekarom opšte prakse iz sfere primarne zdravstvene zaštite. Nasuprot tome, iskusni stručnjak u ovoj oblasti ili endokrinolog treba da uzme učešća ukoliko lekar opšte prakse nema iskustva sa tom vrstom hormonske terapije ili ako pacijent ima već postojeći metabolički ili endokrini poremećaj na koji može delovati endokrina terapija.

Imajući u vidu da još uvek ne postoje zvanični programi obuke u oblasti transrodnog zdravlja, stručnjaci koji obavljaju hormonsku terapiju imaju odgovornost da steknu odgovarajuće znanje i iskustvo u ovoj oblasti. Kliničari mogu da uvećaju svoje iskustvo i sigurnost u sprovođenju feminizirajuće/ maskulinizirajuće hormonske terapije, tako što će zajedno sa nekim iskusnijim stručnjakom pružati negu ili se konsultovati se sa istim, ili sprovođenjem ograničenijih tipova hormonske terapije pre nego što uznapreduju do nivoa koji im omogućuje da započnu sa pružanjem kompletne hormonske terapije. Pošto je ovo polje medicine u razvoju, lekari treba da budu upoznati i u toku sa najnovijom medicinskom literaturom

i da se konsultuju o novonastalim pitanjima sa kolegama. Takve diskusije mogu da se obavljaju kroz mreže koje je uspostavio WPATH i druge nacionalne/lokalne organizacije.

Odgovornosti lekara koji prepisuju hormone

U principu, lekari koji prepisuju hormonsku terapiju treba da se angažuju u sledećim zadacima:

1. Da izvrše početnu procenu koja obuhvata razgovor o pacijentovim ciljevima fizičke tranzicije, zdravstvenu istoriju, fizički pregled, procenu rizika i odgovarajuće laboratorijske testove.
2. Da komuniciraju sa pacijentima o očekivanim efektima feminizirajućih/maskulinizirajućih medikamenata i o mogućim neželjenim efektima po zdravlje. Ovi efekti mogu uključivati i smanjenje plodnosti (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009). Stoga, lekar treba da razgovara sa pacijentom o reproduktivnim opcijama, pre nego što započne hormonsku terapiju (videti poglavlje IX).
3. Da potvrde da pacijenti poseduju kapacitet da shvate rizike i koristi tretmana i da su u stanju da donesu informisanu odluku o medicinskoj nezi.
4. Da obezbede konstantno medicinsko posmatranje, uključujući redovne fizičke i laboratorijske preglede i ispitivanja, kako bi pratili dejstva i neželjene efekte hormona.
5. Da ukoliko je to potrebno, komuniciraju sa pacijentovim lekarom opšte prakse, stručnjakom za mentalno zdravlje i hirurgom.
6. Da ako je to potrebno, pruže pacijentima kratku pisanu izjavu koja ukazuje na to da se nalaze pod medicinskim nadzorom i negom, koja uključuje feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju. Pacijenti će možda želeći da stalno nose ovu izjavu sa sobom, naročito tokom ranih faza hormonskog tretmana, jer im može pomoći u sprečavanju problema koje bi mogli imati sa policijom ili drugim vlastima.

U zavisnosti od kliničke situacije za obezbeđivanje hormona (videti u nastavku), neke od ovih odgovornosti su manje bitne. Stoga, obim save-tovanja, fizičkih pregleda i laboratorijskih procena treba individualizovati prema pacijentovim potrebama.

Kliničke situacije u vezi sa hormonskom terapijom

Postoje okolnosti u kojima kliničari mogu biti pozvani da obezbede hor-mone, a da nužno ne započnu ili ne održavaju dugoročnu feminizirajuću /maskulinizirajuću hormonsku terapiju. Prepoznavanjem ovih različitih kliničkih situacija (pogledati ispod, od najnižeg do najvišeg nivoa kompleksnosti), moguće je uključiti kliničare u proceduru feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije, koji inače ne bi mogli da ponude ovu vrstu tretmana.

1. Premošćavanje

Pacijenti mogu već da budu na hormonskoj terapiji kada se prijavljuju za tretman, usled toga što im je hormone prepisao drugi kliničar ili su ih nabavili na druge načine (npr. kupovinom preko interneta). Kliničari mogu da obezbede ograničeni recept za hormone (od 1-6 meseci), dok u među-vremenu pomažu pacijentima da nađu stručnjaka koji im može prepisati dugoročnu hormonsku terapiju. Stručnjaci bi trebalo da procene pacijen-tov trenutni terapijski režim zbog bezbednosti i interakcije lekova, i da ih zamene, ako postoje indikacije, bezbednijim lekovima ili dozama (Dahl i dr., 2006; Feldman i Safer, 2009). Ako su hormoni bili ranije prepisani, mora se zatražiti medicinska dokumentacija (uz pacijentovu dozvolu), da bi se dobili rezultati ispitivanja bazalnih vrednosti i laboratorijskih testova, kao i neželjenih efekata. Stručnjaci koji obezbeđuju hormone treba da komu-niciraju sa stručnjakom za mentalno zdravlje koji trenutno učestvuje u pa-cijentovom lečenju. Ukoliko pacijent nikada nije imao psihosocijalnu pro-cenu, kao što *Standardi nege* preporučuju (videti deo VII), kliničari treba da upute pacijenta na kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje, ukoliko je to prikladno i izvodljivo (Feldman i Safer, 2009). Stručnjaci koji prepisuju

hormone za terapiju u toku premošćavanja, treba da rade sa pacijentima kako bi utvrdili granice kao što je trajanje terapije za premošćavanje.

2. Hormonska terapija nakon uklanjanja gonada

Sa hormonskom supstitucionom terapijom estrogenom ili testosteronom, nakon ooforektomije ili orhiektomije, obično se nastavlja tokom čitavog života, osim ako se ne pojave medicinske kontraindikacije. Zbog toga što se doziranje hormona obično smanjuje posle takvih hirurških zahvata (Basson, 2001; Levy, Crown i Reid, 2003; Moore, Wisniewski i Dobs, 2003,) i samo se prilagođava starosnoj dobi i komorbidnim zdravstvenim pitanjima, kontrola hormona u ovoj situaciji je veoma slična hormonskoj supstitucionoj terapiji kod pacijenta sa hipogonadizmom.

3. Održavanje hormonskog statusa pre uklanjanja gonada

Jednom kada pacijenti dostignu maksimalni feminizirajući/maskulinizirajući efekat od uzimanja hormona (obično posle dve ili više godina), oni ostaju na dozi održavanja. Doza održavanja se zatim prilagođava promenama zdravstvenog stanja, starenju i drugim faktorima kao što su promene životnog stila (Dahl i dr., 2006). Kada se pacijent koji prima hormone u ovoj dozi (održavanje) prijavi za lečenje, stručnjak treba da proceni pacijentov trenutni režim zbog bezbednosti i interakcije sa drugim lekovima, i da ukoliko postoje indikacije, zameni lekove ili prilagodi doze. Pacijent treba da bude pod nadzorom na redovnoj osnovi putem fizičkih pregleda i laboratorijskih analiza, kao što je to navedeno u literaturi (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009). Doziranje i tip hormona treba redovno revidirati u skladu sa svim promenama pacijentovog zdravstvenog stanja i dostupnim dokazima o potencijalnim dugoročnim rizicima upotrebe hormona (videti *Režime hormona*, ispod).

4. Iniciranje hormonske feminizacije/maskulinizacije

Ova klinička situacija zahteva najveću moguću posvećenost u smislu vremena i ekspertize stručnjaka. Hormonska terapija mora biti individualizovana u zavisnosti od pacijentovih ciljeva, odnosa rizika i koristi od upotrebe lekova, od prisustva drugih medicinskih stanja, i razmatranja socijalnih i ekonomskih pitanja. Iako je objavljen širok spektar hormonskih režima (Dahl i dr., 2006; Hembree i dr., 2009; Moore i dr., 2003), ne postoje objavljeni izveštaji o randomiziranim kliničkim studijama koje poredbe bezbednost i efikasnost. Uprkos ovoj varijaciji, može se ustanoviti razuman okvir za inicijalnu procenu rizika i kontinuirano praćenje hormonske terapije, zasnovan na dokazima o bezbednosti i efikasnosti koji je predstavljen ranije u tekstu.

Procena rizika i modifikacija za iniciranje hormonske terapije

Inicijalna procena za hormonsku terapiju obuhvata pacijentove kliničke ciljeve i faktore rizika za neželjene efekte u vezi sa upotrebom hormona. Tokom procene rizika, pacijent i lekar treba da razviju plan za smanjenje rizika u svim mogućim oblastima, ili pre početka terapije ili kao deo kontinuiranog procesa usmerenog na umanjenje štete.

Sve procene treba da obuhvataju detaljni fizički pregled, uključujući merenje težine, visine i krvnog pritiska. Pregledi dojki, genitalija i rektuma predstavljaju senzitivna pitanja za većinu transpolnih, transrodnih i pacijenata koji se rodno ne konformiraju, i treba da budu bazirani na proceni individualnih rizika i potreba preventivne zdravstvene nege (Feldman i Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Preventivna nega

Stručnjaci koji obezbeđuju hormone treba da razmotre sa pacijentima preventivnu zdravstvenu negu, naročito ako pacijent nema lekara iz primarne

sfere zdravstvene zaštite. U zavisnosti od pacijentovih godina i profila rizika, mogu se sprovesti odgovarajući skrining testovi ili pregledi za stanja na koja može da utiče hormonska terapija. U idealnom slučaju, ovi testovi bi trebalo da se izvode pre početka hormonske terapije.

Procena rizika i modifikacija za feminizirajuću hormonsku terapiju (Muž)

Ne postoje apsolutne kontraindikacije za feminizirajuću terapiju kao takvu, ali one postoje za različite feminizirajuće agense, posebno estrogen. One uključuju prethodna stanja venske tromboembolije, koji su u vezi sa osnovnim hiperkoagulabilnim stanjem, istorije estrogen-senzitivnih neoplazmi i terminalnom fazom hroničnog oboljenja jetre (Gharib i dr., 2005).

Druga medicinska stanja, kao što je navedeno u tabeli 2. i dodatku B, mogu biti pogoršana estrogenom ili blokatorima androgena, i stoga moraju biti evaluirana i dobro kontrolisana pre početka hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009., Dhejne i dr., 2011). Kliničari posebno treba da obrate pažnju na upotrebu duvana, pošto je povezana sa povećanim rizikom venske tromboze, koji je dalje uvećan upotrebom estrogena. Preporučljive su konsultacije sa kardiologom za pacijente sa poznatim kardio- ili cerebrovaskularnim oboljenjima.

Bazalne laboratorijske vrednosti su važne, kako za procenu inicijalnog rizika, tako i za procenu mogućih budućih neželjenih efekata. Početna laboratorijska ispitavanja treba da budu bazirana na rizicima feminizirajuće hormonske terapije predstavljenim u tabeli 2, kao i na individualnim faktorima rizika pacijenta, uključujući porodičnu istoriju. Predloženi inicijalni laboratorijski panel testovi su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009). Oni mogu biti modifikovani za pacijente ili sisteme zdravstvene zaštite sa ograničenim resursima, kao i za inače zdrave pacijente.

Procena rizika i modifikacija za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (ŽuM)

Apsolutne kontraindikacije za testosteronu terapiju uključuju trudnoću, nestabilnu bolest koronarnih arterija i nelečenu policitemiju sa 55% ili više hematokrita (Carnegie, 2004). Zbog aromatizacije testosterona u estrogen, povećava se rizik kod pacijenata sa istorijom estrogen-zavisnih karcinoma dojke ili drugih estrogen-zavisnih oblika kancerogenih tumora (Moore i dr., 2003), te se pre upotrebe hormona preporučuje konsultacija sa onkologom. Komorbidna stanja se mogu pogoršati upotrebom testosterona, te ih treba evaluirati i tretirati pre početka hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr. 2009). Konsultacija sa kardiologom se preporučuje za pacijente koji imaju poznato kardio- ili cerebrovaskularno oboljenje (Dhejne i dr., 2011).

Povećana prevalenca sindroma policističnih jajnika (PPSPJ), primećena je među ŽuM pacijentima, čak i kada ne koriste testosteron (Baba i dr., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid i Jacobs, 1993; Bosinski i dr., 1997). Iako ne postoji dokaz da je PPSPJ povezan sa razvojem transpolnog, transrodnog i rodno nekonformiranog identiteta, PPSPJ se povezuje sa uvećanim rizikom od dijabetesa, srčanog oboljenja, visokog krvnog pritiska i karcinomom jajnika i endometrijuma (Cattrall i Healy, 2004). Potrebno je da se znakovi i simptomi PPSPJ-a procene pre početka testosteronu terapije, jer testosteron može uticati na mnoga od ovih stanja. Testosteron može uticati na razvoj fetusa (Physicians' Desk Reference, 2010), i pacijentima koji su pod rizikom od trudnoće, potrebna je veoma efikasna zaštita po ovom pitanju.

Bazalne laboratorijske vrednosti su važne, kako za procenu početnog rizika, tako i za procenu mogućih neželjenih efekata. Početne laboratorijske analize treba da se zasnivaju na rizicima maskulinizirajuće hormonske terapije koja je navedena u tabeli 2, kao i na individualnim pacijentovim faktorima rizika, uključujući porodičnu istoriju. Predloženi inicijalni laboratorijski paneli su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009). Ovo može biti modifikovano za pacijente ili sisteme zdravstvene zaštite sa ograničenim resursima, kao i za inače zdrave pacijente.

Klinički monitoring tokom hormonske terapije sa fokusom na efikasnost i neželjene efekte

Svrha kliničkog monitoringa tokom upotrebe hormona je u proceni stepena feminizacije/maskulinizacije i mogućeg prisustva neželjenih efekata, koje mogu proizvesti lekovi. Kao i tokom monitoringa bilo koje dugoročne upotrebe lekova, tako i svako praćenje treba da se odvija u kontekstu sveobuhvatne zdravstvene nege. Predloženi klinički protokoli za monitoring su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009). Pacijenti sa komorbidnim medicinskim stanjima treba češće da budu nadgledani. Zdravi pacijenti u geografski udaljenim mestima i u oblastima sa lošim resursima, mogu koristiti alternativne strategije, kao što je telemedicina, ili saradivati sa lokalnim stručnjacima kao što su medicinske sestre i asistenti lekara. U odsustvu drugih indikacija, zdravstveni radnici mogu postaviti kao prioritet monitoring za one rizike koji će se verovatno uvećati hormonskom terapijom ili možda uvećati hormonskom terapijom, ali su sami po sebi klinički ozbiljni.

Efikasnost i monitoring rizika tokom primene feminizirajuće hormonske terapije (Muž)

Najbolja procena efikasnosti hormonske terapije je klinički odgovor: da li je razvoj ženskih telesnih karakteristika dok se minimiziraju muške karakteristike, konzistentan sa rodnim ciljevima pacijenta? Sa ciljem da se brže predvide doze hormona radi postizanja kliničkog odgovora, može se meriti snižen nivo testosterona kako bi bio ispod gornje granice normalnog opsega kod žena i nivo estradiola u okvirima kao kod žena pre menopauze, ali ispod suprafizioloških nivoa (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009).

Monitoring neželjenih efekata treba da obuhvata kliničku i laboratorijsku procenu. Praćenje bi trebalo da obuhvati procenu znakova kardiovaskularnih oboljenja i venske tromboembolije (VTE) merenjem krvnog pritiska, težine i pulsa; pregledima srca i pluća; kao i pregledima ekstremiteta zbog perifernog edema, lokalizovanih otoka ili bola (Feldman i Safer, 2009). Laboratorijsko praćenje trebalo bi da bude zasnovano na ri-

zicima gore opisane hormonske terapije, individualnim komorbiditetima i faktorima rizika pacijenata, kao i samog hormonskog režima. Specifični protokoli za laboratorijski monitoring su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009).

Efikasnost i monitoring rizika tokom maskulinizirajuće hormonske terapije (ŽuM)

Najbolja procena efikasnosti hormonske terapije je klinički odgovor: da li je razvoj muških telesnih karakteristika, pri čemu ženske karakteristike nestaju, konzistentan sa rodnim ciljevima pacijenta? Kliničari mogu dobiti dobar klinički odgovor uz minimalne neželjene efekte održavanjem nivoa testosterona u granicama normalnog opsega za muškarce, pri tome izbegavajući suprafiziološke nivoe (Dahl i dr., 2006; Hembree i dr., 2009). Kod pacijenata koji koriste testosteron cipionat ili enantat intramuskularno (IM), neki kliničari proveravaju najniže nivoe hormona, dok drugi radije proveravaju na sredini ciklusa doziranja (Dahl i dr., 2006; Hembree i dr., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan i Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber i Chipkin, 2003).

Monitoring neželjenih dejstava treba da obuhvata i kliničku i laboratorijsku procenu. Praćenje treba da podrazumeva pažljivu procenu znakova i simptoma prekomernog dobijanja na težini, akni, abnormalnog krvarenja iz materice, kardiovaskularnih poremećaja, kao i psihijatrijskih simptoma kod visokorizičnih pacijenata. Fizički pregledi treba da uključuju merenje krvnog pritiska, težine, pulsa i kože, kao i preglede pluća i srca. Laboratorijsko praćenje treba da bude zasnovano na proceni gore opisanih rizika hormonske terapije, individualnih faktora rizika i komorbiditeta pacijenta, i samog hormonskog režima. Objavljeni su specifični protokoli laboratorijskog monitoringa (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009).

Hormonski režimi

Do sada nisu sprovedena klinička ispitivanja feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije u cilju procene bezbednosti i efikasnosti fizičke

tranzicije. Posledica je širok opseg informacija o doziranju i vrstama hormona objavljenim u medicinskoj literaturi (Moore i dr., 2003; Tangpricha i dr., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens i Gooren, 1997). Osim toga, dostupnost određenih lekova može zavisiti od zemlje/mesta gde pacijent živi ili ekonomske situacije. Iz ovih razloga, WPATH ne opisuje niti podržava određeni feminizirajući/maskulinizirajući hormonski režim. Naprotiv, detaljno se razmatraju vrste lekova i načini primene korišćeni u najčešće objavljivanim režimima.

Kako je navedeno, pokazane su bezbednosne razlike u slučajevima individualnih elemenata različitih režima. Smernice društva endokrinologa (The Endocrine Society Guidelines) (Hembree i dr., 2009) i Feldman i Safer (2009) pružaju posebne smernice koje se odnose na vrste hormona i predloženo doziranje u cilju održavanja nivoa u okviru fizioloških opsega predviđenih za rodno izražavanje pacijenta (na osnovu ciljeva potpune feminizacije/maskulinizacije). Preporučljivo je da stručnjaci iz ove oblasti prate literaturu radi novih informacija i korišćenja onih lekova koji na bezbedan način spajaju individualne potrebe pacijenta sa lokalno dostupnim resursima.

Režimi za feminizirajuću hormonsku terapiju (Muž)

Estrogen

Oralna primena estrogena, a naročito etinil estradiola, povećava rizik od pojave venske tromboembolije. Zbog ovog problema bezbednosti, etinil estradiol nije preporučljiv za feminizirajuću hormonsku terapiju. Za pacijente sa faktorima rizika za nastanak venske tromboembolije, preporučuje se transdermalni estrogen. Rizik od neželjenih efekata raste sa povećanjem doze, naročito kod doza koje vode suprafiziološkim nivoima (Hembree i dr., 2009). Pacijenti koji imaju komorbidna stanja na koja estrogen može nepovoljno da utiče, trebalo bi da, ukoliko je moguće, izbegavaju oralni estrogen i počnu terapiju sa nižim nivoima. Moguće je da neki pacijenti neće moći da bezbedno koriste nivoe estrogena koji su potrebni kako bi postigli željene rezultate. O ovoj mogućnosti treba razgovarati sa pacijentima pre početka hormonske terapije.

Androgen-redukujući lekovi („antiandrogeni“)

Kombinacija estrogena i „antiandrogena“ je režim za feminizaciju koji je najčešće proučavan. Od svih vrsta lekova, jedino lekovi koji smanjuju androgen, imaju takvo dejstvo da ili umanjuju nivoe endogenog testosterona ili aktivnost testosterona, dakle umanjuju maskuline karakteristike poput telesne maljavosti. Oni minimizuju doze estrogena koje su neophodne kako bi se suzbio testosteron, stoga smanjujući rizike koji se dovođe u vezu sa visokim dozama egzogenog estrogena (Prior, Vigna, Watson, Diewold i Robinow, 1986; Prior, Vigna i Watson, 1989).

Najčešće korišćeni antiandrogeni obuhvataju sledeće:

- * Spironolakton, antihipertenziv, koji direktno inhibira sekreciju testosterona i vezivanje androgena za receptor androgena. Potrebno je pratiti krvni pritisak i elektrolite zbog moguće pojave hiperkalijemije.
- * Ciproteron acetat je progestaciono jedinjenje sa antiandrogenim svojstvima. Ovaj lek nije odobren u Sjedinjenim Državama zbog moguće pojave hepatotoksičnosti, ali se u drugim zemljama uveliko koristi (De Cuyper i dr., 2005).
- * GnRH agonisti (npr. goserelin, buserelin, triptorelin), su neurohormoni koji blokiraju GnRH receptor, time blokirajući oslobađanje folikul stimulirajućeg hormona i luteinizirajućeg hormona. Ovo dovodi do visoko efektivne blokade gonada. Međutim, ovi lekovi su skupi i dostupni samo u vidu injekcija ili implanta.
- * Inhibitori 5 alfa reduktaze (finasterid i dutasterid), blokiraju konverziju testosterona u aktivniji agens 5 – alfa-dihidrotestosteron. Ovi lekovi imaju blagotvorno dejstvo na gubitak kose, rast telesnih malja, lojne žlezde i konzistenciju kože.

Ciproteron i spironolakton su antiandrogeni koji se najčešće upotrebljavaju i verovatno su najisplativiji.

Progestini

Ako izuzmemo ciproteron, uvođenje progestina u feminizirajuću hormonsku terapiju je kontroveržno pitanje (Oriol, 2000). S obzirom na to da progestini imaju ulogu u razvoju dojki na ćelijskom nivou, neki kliničari

smatraju da su ovi agensi neophodni za potpun razvoj dojki (Basson i Prior, 1998; Oriol, 2000). Međutim, kliničko poređenje feminizirajućih režima sa i bez progestina je pokazalo da dodatak progestina niti pospešuje rast dojki, niti smanjuje nivo slobodnog testosterona u serumu. Postoji zabrinutost u vezi sa mogućim neželjenim dejstvima progestina koja mogu uključivati depresiju, dobijanje na težini i promene lipidnog statusa (Meyer i dr., 1986; Tangpricha i dr., 2003). Sumnja se da progestini (naročito medroksiprogesteron), povećavaju rizik za nastanak karcinoma dojke i kardiovaskularna oboljenja kod žena (Rossouw i dr., 2002). Mikronizirani progesteron može da bude bolje tolerisan i da ima povoljniji uticaj na lipidni profil, nego medroksiprogesteron (de Lignieres, 1999; Fitzpatrick, Pace i Wiita, 2000).

Režimi za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (ŽuM)

Testosteron

Generalno, testosteron se može davati oralno, transdermalno ili parenteralno (intramuskularno), iako su takođe dostupni bukalni preparati i implanti. Oralni testosteron, undekanoat, dostupan izvan Sjedinjenih Američkih Država, rezultira u nižem nivou testosterona u serumu nego neoralni preparati i ima ograničenu efikasnost u suzbijanju menstruacije (Feldman, 2005, April; Moore i dr., 2003). Zbog toga što se intramuskularni testosteron cipionat ili enantat često primenjuju svake 2-4 nedelje, neki pacijenti mogu primetiti ciklične varijacije u efektima (npr. zamor i iritabilnost na završetku injekcionog ciklusa, agresivnost i ekspanzivno raspoloženje na početku injekcionog ciklusa), kao i više vremena van normalnih fizioloških nivoa (Dhejne i dr., 2011; Jockenhovel, 2004). Ovo se može ublažiti primenom manjih, ali češćih doza ili dnevnim korišćenjem transdermalnih preparata (Dobs i dr., 1999; Jockenhovel, 2004; Nieschlag i dr., 2004). Intramuskularni testosteron undekanoat (trenutno nedostupan u Sjedinjenim Državama), održava stabilnim fiziološke nivoe testosterona tokom otprilike 12 nedelja i efikasan je kako kod hipogonadizma, tako i kod ŽuM osoba (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann i Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, i Nieschlag, 2006). Postoje dokazi da se upotrebom transdermalnog i intramuskularnog testosterona postižu slični maskulinizirajući rezultati,

s tim da vreme delovanja može biti nešto sporije sa transdermalnim preparatima (Feldman, 2005, April). Što su pacijenti stariji, naročito, cilj je da se koristi što niža doza potrebna za postizanje željenih kliničkih efekata, uz odgovarajuće predostrožnosti kako bi se sačuvala gustina kostiju.

Drugi agensi

Progestini, najčešće medroksiprogesteron, mogu biti korišćeni u kraćem vremenskom periodu, kako bi bio potpomognut izostanak menstruacije na početku hormonske terapije. GnRH agonisti se mogu primenjivati na sličan način, kao i kod upornog krvarenja iz materice kod pacijenata koji nemaju osnovnu ginekološku abnormalnost.

Bioidentični i magistralno pripremljeni hormoni

Dok se rasplamsava diskusija u vezi sa upotrebom bioidentičnih hormona u hormonskoj supstitucionoj terapiji u menopauzi, takođe je poraslo interesovanje za upotrebu sličnih jedinjenja u feminizirajućoj/ maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji. Nema dokaza da su magistralno pripremljeni bioidentični hormoni bezbedniji ili efektivniji od onih bioidentičnih hormona koje je odobrila vladina agencija (Sood, Shuster, Smith, Vincent i Jatoi, 2011). Prema tome, Severnoameričko društvo za menopauzu (2010) i drugi, preporučuju da se pretpostavi da bez obzira da li je hormon magistralno pripremljen ili ne, ukoliko su aktivni sastojci slični, trebalo bi da ima sličan profil neželjenih efekata. WPATH je saglasan sa ovom procedurom.

IX Reproduktivno zdravlje

Mnoge transrodne, transpolne i osobe koje se rodno ne konformiraju, želeće da imaju decu. Zbog toga što feminizirajuća /maskulinizirajuća hormonska terapija ograničava plodnost (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui i Bremner, 1999), poželjno je da pacijenti donesu odluku po ovom pitanju pre nego što započnu sa hormonskom terapijom ili se podvrgnu hirurškom zahvatu da bi uklonili/izmenili svoje reproduktivne organe. Poznati su primeri osoba koje su primile hormonsku terapiju i podvrgle se genitalnoj hirurgiji, i kasnije su zažalile zbog nemogućnosti da imaju svoju biološku decu (De Sutter, Kira, Verschoor i Hotimsky, 2002).

Zdravstveni radnici, uključujući stručnjake za mentalno zdravlje koji preporučuju hormonsku terapiju ili operativne tretmane, lekare koji prepisuju hormone i hirurge, trebalo bi da razgovaraju sa pacijentima o reproduktivnim opcijama pre početka medicinskih tretmana za rodnu disforiju. Ovi razgovori bi trebalo da se obave, čak iako pacijenti ne pokažu zainteresovanost za ova pitanja tokom tretmana, što se češće dešava kod mlađih pacijenata (De Sutter, 2009). Razgovori u ranijim fazama su poželjni, ali ne i uvek mogući. Ako osoba nije završila sa hirurškim procedurama prilagođavanja pola, moguće je zaustaviti hormone dovoljno dugo da bi se obnovili natalni hormoni, omogućavajući proizvodnju zrelih gameta (Payer, Meyer i Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta i Dhont, 2001).

Osim objavljenih debata i različitih mišljenja na ovu temu, veoma je malo objavljenih istraživačkih radova na temu reproduktivnog zdravlja osoba koje prolaze različite tretmane za rodnu disforiju. Još jedna grupa koja se suočava sa potrebom da sačuva reproduktivnu funkciju zbog gubitka ili oštećenja gonada su ljudi sa malignim oboljenjima, koji moraju ukloniti reproduktivne organe ili koristiti štetnu radijaciju ili hemoterapiju. Naučene lekcije na primeru ove grupe mogu se primeniti na ljude kojima je potreban tretman za rodnu disforiju.

Muž pacijenti, naročito oni koji nisu imali decu, treba da se informišu o opcijama čuvanja spermatozoida i da se podstiču da pre početka hormonske terapije razmotre opciju ostavljanja sperme u banci sperme. U studiji ispitivanja testisa koji su bili izloženi visokoj dozi estrogena (Payer i dr., 1979), rezultati su pokazali da prestanak upotrebe estrogena dozvoljava testisima da se oporave. U članku koji izveštava o mišljenjima Muž osoba na temu zamrzavanja sperme (De Sutter i dr., 2002), većina od 121 ispitanika je smatrala da mogućnost zamrzavanja sperme treba da bude razmatrana i ponuđena od strane medicinskih stručnjaka. Spermum treba uzeti pre hormonske terapije ili nakon zaustavljanja terapije, sve dok se ponovo ne poveća broj spermatozoida. Krioprezervacija treba da bude razmotrena čak i ukoliko je kvalitet spermatozoida loš. Kod odraslih osoba sa azospermijom, da bi se naknadnom krioprezervacijom sačuvala sperma, moguće je izvršiti testikularnu biopsiju, ali ova procedura može biti neuspešna.

Reproduktivne opcije kod ŽuM pacijenata mogu da obuhvataju zamrzavanje oocita (ženska reproduktivna ćelija) ili embriona. Zamrznuti gamet ili embrion se kasnije može upotrebiti kod surogat žene radi trudnoće. Istraživanja o ženama sa policističnim jajnicima otkrivaju da se jajnik delimično može opraviti od efekata visokog nivoa testosterona (Hunter i Sterrett, 2000). Zaustavljanje testosterona na kratko vreme može omogućiti jajnicima da se dovoljno oporave, kako bi proizveli jajne ćelije; uspeh najčešće zavisi od pacijentove starosti i trajanja testosteronskog tretmana. Neki ŽuM pacijenti rade upravo to, a neki su mogli da ostanu u drugom stanju i rode decu, iako ne postoje sistematska praćenja po ovom pitanju (More, 1998).

Pacijentima treba naglasiti da ove tehnike nisu svuda dostupne i da mogu biti veoma skupe. Ne postoji razlog zbog kojeg bi transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju bile uskraćene reproduktivne opcije.

Specijalna grupa pojedinaca su adolescenti u prepubertetskom i pubertetskom periodu koji nikada neće razviti reproduktivnu funkciju u svom biološkom polu, usled promene blokatora ili hormona drugog pola. Do sada nije pronađena tehnika za očuvanje funkcije gonada ovih osoba.

X Terapija za glas i komunikaciju

Komunikacija, verbalna i neverbalna, predstavlja važan aspekt ljudskog ponašanja i rodnog izražavanja. Transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, mogu doći u situaciju da potraže pomoć od specijaliste za glas i komunikaciju, kako bi razvile glasovne karakteristike (npr. visinu glasa, intonaciju, rezonancu, ritam, obrasce izražavanja), i oblike neverbalne komunikacije (npr. gestikulaciju, držanje/pokret, facijalne ekspresije), koje će im omogućiti da se osećaju ugodno u svom i sa svojim rodnim identitetom.

Terapija za glas i komunikaciju može biti od pomoći u ublažavanju rodne disorije i predstavlja pozitivan i pokretački korak ka ostvarenju cilja, kada je izražavanje određene rodne uloge u pitanju.

Kompetentnost specijaliste za glas i komunikaciju koji radi sa transpolnim, transrodnim i klijentima koji se rodno ne konformiraju

Specijalisti mogu da uključuju govorno-jezičke patologe, govorne terapeute (logopede) i glasovno-govorne kliničare. U većini zemalja, profesionalna udruženja za govorno-jezičke patologe zahtevaju određene kvalifikacije i akreditacije kako bi se dobilo članstvo. U nekim zemljama vlada reguliše praksu putem izdavanja dozvola, sertifikovanja ili kroz proces registracije (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Pred vama je preporučeni minimum kada su u pitanju akreditacije i preporuke za specijaliste za glas i komunikaciju koji rade sa transpolnim, transrodnim i klijentima koji se rodno ne konformiraju:

1. Specijalistički trening i kompetentnost u proceni i razvoju komunikacijskih veština kod tranpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju.
2. Osnovno razumevanje zdravlja transrodnih osoba, uključujući tu hormonsku terapiju i hirurške zahvate za procese feminizacije/maskulinizacije, psihosocijalna pitanja specifična za trans kontekst, kako je i navedeno u *Standardima nege*, kao i upoznatost sa osnovnim protokolom za senzitivnost, kao što je upotreba preferirane zamenice za određeni rod i preferirano ime (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. Stalno obrazovanje i usavršavanje u polju procene i razvoja komunikacijskih veština kod transpolnih, transrodnih i klijenata koji se rodno ne konformiraju. To može da se odnosi na prisustvovanje profesionalnim sastancima, radionicama ili seminarima; učešće u istraživanju u vezi sa pitanjima rodnog identiteta; nezavisna istraživanja; ili mentorstvo od strane iskusnog, sertifikovanog kliničara.

Ostali stručnjaci, kao što su treneri glasa, pozorišni profesionalci, profesori pevanja i stručnjaci za pokret, mogu odigrati važnu dopunsku ulogu. Takvi stručnjaci će idealno imati i iskustva u radu sa govorno-jezičkim patolozima, ili će aktivno saradivati sa njima.

Pitanja procene i tretmana

Opšti cilj terapije za glas i komunikaciju je pružanje pomoći klijentima u adaptiranju njihovog glasa i komunikacije na način koji je podjednako bezbedan i autentičan, a čiji ishod su komunikacijski obrasci koje klijenti smatraju prikladnim i u skladu sa svojim rodnim identitetom, i koji odražavaju

njihov doživljaj sebe (Adler, Hirsch i Mordaunt, 2006). Izuzetno je važno da specijalisti za glas i komunikaciju imaju sluha i razumevanja za individualne komunikacijske preference. Komunikacija – stil, glas, izbor jezika, itd. – je stvar ličnog izbora. Osobe ne treba savetovati da usvoje ponašanja koja im ne odgovaraju ili koja im ne izgledaju autentično i u skladu sa njima samima.

Specijalisti će na najbolji način biti od pomoći klijentima tako što neće žuriti u upoznavanju i razumevanju njihovih pitanja i nedoumica u vezi sa rodom i njihovim ciljevima, kada je izražavanje rodne uloge u pitanju (American Speech Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Osobe mogu da odaberu načine komunikacije kojima žele da ovladaju, a koji su u skladu sa njihovim rodnim identitetom. Ove odluke su takođe proizvod uticaja i specijaliste za glas i komunikaciju, kao i procene podataka koji se tiču određenog klijenta (Hancock, Krissinger, i Owen, 2010). Procena uključuje i samoevaluaciju od strane samog klijenta i evaluaciju glasa, rezonance, artikulacije, govornog jezika i neverbalne komunikacije koju sprovodi specijalista (Adler i dr., 2006; Hancock i dr., 2010).

Planovi u vezi sa tretmanom za glas i komunikaciju razvijaju se na osnovu raspoloživih podataka iz istraživanja, kliničkog znanja i iskustva specijaliste, kao i ciljeva i vrednosti samog klijenta (American Speech-Language Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech & Language Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). Ciljevi tretmana obično uključuju visinu, intonaciju, obrasce glasnosti i akcenta, kvalitet glasa, rezonancu, artikulaciju, ritam i izražavanje, jezik i neverbalnu komunikaciju (Adler i dr., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts i Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates i Dacakis, 1983). Tretman može da uključuje individualne i/ili grupne seanse. Učestalost i trajanje tretmana variraće u zavisnosti od potreba pacijenta. Postojeći protokoli za tretman za glas i komunikaciju mogu se uzeti u obzir prilikom razvijanja individualizovanog terapijskog plana. (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 uključuje neuobičajenu upotrebu mehanizma za proizvodnju glasa. Mere prevencije su neophodne zbog

izbegavanja mogućnosti pogrešne upotrebe glasa i dugotrajnog oštećenja glasa. Svi servisi za terapiju za glas i komunikaciju stoga treba da uključuju komponentu koja se tiče vokalnog zdravlja (Adler i dr., 2006).

Pitanja u vezi sa vokalnim zdravljem nakon hirurškog zahvata feminizacije glasa

Kao što je već navedeno u delu XI, neke transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju biće podvrgnute hirurškom zahvatu feminizacije glasa. (Produbljivanje glasa postiže se maskulinizirajućom hormonskom terapijom, ali ženski hormoni nemaju uticaja na glas odraslih Muž klijenata). Postoje varirajući stupnjevi zadovoljstva, bezbednosti i dugotrajnog poboljšanja kod pacijenata koji su imali ovakve zahvate. Preporučuje se da osobe kojima je urađen ovaj hirurški zahvat feminizacije glasa, takođe konsultuju specijalistu za glas i komunikaciju, kako bi se došlo do što boljeg rezultata zahvata, a potom i da bi zaštitile svoje vokalno zdravlje i naučile i druge aspekte komunikacije, pored visine. Hirurške procedure u vezi sa glasom treba da uključuju i naknadne seanse sa specijalistom za glas i komunikaciju koji je licenciran i/ili preporučen od strane odbora odgovornog za govorne terapeute (logopede)/govorno-jezičke patologe u datoj zemlji (Kanagalingam i dr., 2005; Neumann i Welzel, 2004).

XI Hirurški zahvati

Operacija prilagođavanja pola je delotvorna i medicinski neophodna

Hirurški zahvati—posebno kada je genitalna hirurgija u pitanju — često su poslednji korak i korak koji se pažljivo razmatra u procesu tretiranja rodne disforije. I dok se mnoge transpolne, transrodne i rodno neutralne osobe osećaju dobro u svom rodnom identitetu, rodnoj ulozi i izražavanju bez hirurških zahvata, mnogim drugima hirurgija je ključna i medicinski neophodna kako bi ublažila njihovu rodnu disforiju (Hage i Karim, 2000). Za ove druge, olakšanje ne može biti postignuto bez modifikacije njihovih primarnih i/ili sekundarnih polnih karakteristika, kako bi se ostvario veći sklad sa njihovim rodnim identitetom. Štaviše, operativni zahvati mogu da doprinesu tome da se pacijent oseća prijatnije u prisustvu svog seksualnog partnera/ke ili na mestima kao što su doktorske ordinacije, bazeni ili druga mesta čiji je cilj briga o zdravlju. Na neki način, operativni zahvati mogu da smanje rizik od povreda u slučaju hapšenja ili pretresanja od strane policije ili drugih nadležnih organa.

Istraživanja nakon operacija pokazala su neosporno dobar uticaj operacije prilagođavanja pola na postoperativne ishode kao što su subjektivna dobrobit, kozmezis¹ i seksualna funkcija (De Cuyper i dr., 2005; Gijs i Brewaeyns, 2007; Klein i Gorzalka, 2009; Pfafflin i Junge, 1998). Dodatne informacije o ishodima hirurških zahvata navedene su u Dodatku D.

1. Kozmezis se odnosi na telesnu lepotu i zadovoljstvo svojim telom, (prim.prev.).

Etička pitanja u vezi sa operacijom prilagođavanja pola

U regularnoj hirurgskoj praksi, patološko tkivo se uklanja kako bi se povratile poremećene funkcije, ili se telesne karakteristike pacijenta menjaju, da bi se poboljšao njihov doživljaj sebe. Neke osobe, kao i neki medicinski stručnjaci, protive se hirurgskim zahvatima u slučaju rodne disforije iz etičkih razloga, jer se ovi uslovi ne odnose na situaciju rodne disforije.

Važno je da se medicinski stručnjaci koji se brinu o pacijentima sa rodnom disforijom osećaju prijatno u ulozi koja od njih zahteva da menjaju anatomske normalne strukture. Kako bi se razumelo na koji način hirurgija može da ublaži psihološku nelagodu i uznemirenost koje osobe sa rodnom disforijom osećaju, stručnjaci moraju da slušaju svoje pacijente i sa njima razgovaraju o njihovim simptomima, dilemama i ličnim pričama.

Otpor prema izvođenju operacije iz etičkih razloga i zbog mota „pre svega, ne nanosi bol“, treba poštovati, razgovarati o njemu i prihvatiti kao priliku da se od samih pacijenata nauči nešto o psihološkoj uznemirenosti koja karakteriše iskustvo rodne disforije i potencijalnoj šteti koja sledi ukoliko se uskrati pristup odgovarajućim tretmanima.

Genitalni i grudni operativni zahvati kod rodne disforije, nisu samo još jedan set izbornih procedura. Tipične izborne procedure uključuju samo privatni ugovor na koji pristaju obe strane – i pacijent i hirur. Ove operativne zahvate, kao medicinski neophodne tretmane kod rodne disforije, treba započeti tek nakon procene pacijenta od strane kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje, kako je i objašnjeno u delu VII *Standarda nege*. Ovi operativni zahvati mogu se izvoditi čim se pribavi pisana dokumentacija da je do procene došlo, i da je osoba ispunila kriterijume za određeni hirurgski zahvat. Kada se sa procedurom krene, stručnjaci za mentalno zdravlje, hirurzi i pacijenti dele odgovornost za ovu odluku da se na telu izvedu nepovratne promene.

Nije etički poricati ili uskratiti dostupnost odnosno podobnost za operativni zahvat prilagođavanja pola, samo na osnovu seropozitivnosti krvi – misli se na neke infekcije kao što su HIV ili hepatitis C ili B.

Odnos hirurga sa stručnjacima za mentalno zdravlje, lekarima koji prepisuju hormone (ukoliko je to moguće/ primenjivo) i pacijentima (Informisani pristanak)

Uloga hirurga u tretiranju rodne disforije nije uloga pukog tehničara. Upravo će savesni hirurzi imati uvid u istoriju svakog pacijenta i logiku koje su dovele do preporuke za operativni zahvat. U tom smislu, hirurzi moraju mnogo da razgovaraju sa pacijentima i održavaju blisku saradnju sa ostalim zdravstvenim stručnjacima koji su aktivno uključeni u kliničku brigu o pacijentu.

Konsultacije se lako obavljaju kada hirurg radi kao deo interdisciplinarnog zdravstvenog tima. Kada ovoga nema, hirurg mora da bude siguran da stručnjaci za mentalno zdravlje koji daju preporuku pacijentu, ali i lekar(i) opšte prakse, i ako je moguće, i lekar koji prepisuje hormonsku terapiju, je/su kompetentni u procenama i tretiranju rodne disforije, jer se hirurg umnogome oslanja na njegovu/njenu/njihovu ekspertizu.

Jednom kada hirurg smatra da su kriterijumi za posebne operativne zahvate ispunjeni (kako je i navedeno gore), hirurški tretman treba da bude uzet u obzir i treba održati predoperativne hirurške konsultacije. Tokom ovih konsultacija, sa pacijentom treba detaljno razmotriti proceduru i postoperativni tok. Hirurzi imaju odgovornost da razmotre sledeća pitanja sa pacijentima koji žele hirurški tretman rodne disforije:

- * Različite hirurške tehnike na raspolaganju (uz upućivanje na kolege, koji mogu da ponude alternativne opcije);
- * Prednosti i mane svake zasebne tehnike;
- * Ograničenja procedure za postizanje „idealnih“ rezultata; hirurzi treba da obezbede dobar izbor fotografija *pre i posle zahvata* sopstvenih pacijenata, uključujući tu i uspešne i neuspešne ishode;
- * Inherentne rizike i moguće komplikacije različitih tehnika; hirurzi treba da obaveste pacijente o mogućim komplikacijama, posebno za svaku proceduru i u odnosu na konkretnog pacijenta.

Ovi razgovori predstavljaju srž procesa informisanog pristanka, što istovremeno predstavlja i etički i zakonski uslov za bilo koju hiruršku proceduru.

Jako je važno da pacijenti imaju realistična očekivanja u vezi sa ishodima zahvata - to je bitna stavka za postizanje rezultata koji će ublažiti njihovu rodnu disforiju.

Sve ove informacije treba obezbediti pacijentima napismeno, na jeziku koji govore tečno i uz grafičke ilustracije. Pacijenti treba da dobiju informacije unapred (može i putem interneta), i treba im dati dovoljno vremena da ih pažljivo prouče. Elemente informisanog pristanka treba uvek razmotriti licem u lice pre hirurške intervencije.

Tada se može odgovoriti na pitanja, i informisani pristanak u pisanoj formi treba da bude predat od strane pacijenta. Zbog toga što su ove operacije nepovratne, treba se posebno pobrinuti da pacijenti imaju dovoljno vremena da informacije potpuno shvate, pre nego što od njih bude traženo da predaju informisani pristanak. Predlog za vremenski period je minimum 24 časa.

Hirurzi treba da obezbede odgovarajuću negu neposredno posle operacije i konsultacije sa ostalim lekarima koji će ubuduće pomagati pacijentu. Pacijenti treba da rade zajedno sa svojim hirurgom na razvoju adekvatne nege koja je neophodna nakon operacije.

Pregled hirurških procedura kod tretmana pacijenata sa rodnom disforijom

Za muško u žensko (MuŽ) pacijente, hirurške procedure mogu da uključe sledeće:

1. Hirurški zahvat na grudima: uvećanje, mamoplastika (implanti/lipofiling);
2. Hirurški zahvat na genitalijama: penektomija, orhiektomija, vaginoplastika, klitoroplastika, vulvoplastika;

Hirurške intervencije koje nisu ni genitalne, ni grudne: zahvati facijalne feminizacije, likposukcija, lipofiling, zahvat u cilju tretiranja glasa, smanjenje Adamove jabučice, uvećanje gluteusa (implanti/lipofiling), rekonstrukcija kose i različite estetske procedure.

Kod ženskog u muško pacijenta (ŽuM), hirurški zahvati mogu da uključuju sledeće:

1. Zahvat na grudima: potkožna mastektomija, kreiranje muških grudi;
2. Genitalni zahvati: histerektomija/salpingo-ooforektomija, rekonstrukcija fiksiranog dela uretre, koja može da se iskombinuje sa metoidioplastikom ili sa faloplastikom (gde se koristi peteljasto ili slobodno vaskularizovano tkivo), vaginektomija, skrotoplastika i implantacija erekcije i/ili testikularnih proteza.
3. Negenitalne, negrudne hirurške intervencije: zahvat u cilju izmene glasa (retko se radi), liposukcija, lipofiling, pektoralni implanti i različite estetske procedure.

Rekonstruktivna ili estetska hirurgija?

Pitanje da li zahvat prilagođavanja pola treba smatrati „estetskim zahvatom“ ili „rekonstruktivnim“ i dalje opstaje, i to ne samo sa filozofskog staništa, već i sa finansijskog.

Uglavnom se smatra da je estetska ili kozmetička hirurgija medicinski nepotrebna i stoga nju pacijenti u potpunosti plaćaju sami. S druge strane, rekonstruktivne procedure smatraju se medicinski neophodnim – sa neospornim terapijskim rezultatima – i zato njih plaćaju delimično ili u potpunosti nacionalni zdravstveni sistemi ili osiguravajući zavodi.

Nažalost, u polju rekonstruktivne i plastične hirurgije (gledano generalno i u posebnim slučajevima kada su u pitanju zahvati u vezi sa rodnom pacijenta), nema jasnog razgraničenja između toga šta je čisto rekonstruktivan, a šta čisto kozmetički zahvat. Veći deo procedura u plastičnoj hirurgiji zapravo predstavlja mešavinu i rekonstruktivnih i kozmetičkih komponenata.

Dok se mnogi profesionalci slažu da genitalna hirurgija i mastektomija ne mogu biti smatrane čisto kozmetičkim zahvatima, mišljenja se razlikuju oko toga do kog stepena se ostale procedure mogu smatrati čisto rekonstruktivnim (npr. uvećanje grudi, zahvat facijalne feminizacije). Iako je mnogo lakše gledati na faloplastiku ili na vaginoplastiku kao na intervencije kojima se završava dugogodišnja patnja, za neke pacijente procedura poput reduk-

cijske rinoplastike može imati radikalne i trajne efekte na kvalitet njihovog života, i stoga je mnogo više medicinski neophodna osobi sa rodnom disforijom, nego nekome kome rodna disforija nije dijagnostikovana.

Kriterijumi za operativne zahvate

Kao i kod svih *Standarda nege*, kriterijumi za početak sa hirurškim tretmanima kod rodne disforije razvijeni su u cilju promovisanja optimalne nege pacijenta. I dok *Standardi nege* dozvoljavaju individualizovani pristup kako bi na najbolji način izašli u susret zdravstvenim potrebama pacijenta, kriterijum za sve grudne i genitalne operacije je dokumentacija trajne rodne disforije izdata od strane kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje.

Kod nekih operacija, dodatni kriterijumi uključuju pripreme i tretman koji se sastoji od feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije i jednogodišnjeg stalnog življenja u rodnoj ulozi koja je u skladu sa rodnim identitetom osobe.

Ovi kriterijumi su dati ispod. Na osnovu raspoloživih dokaza i konsenzusa među kliničkim stručnjacima, postoje različite preporuke za različite operativne zahvate:

Standardi nege ne određuju redosled kojim bi različiti operativni zahvati trebalo da se vrše. Broj i redosled hirurških procedura može da varira od pacijenta do pacijenta, u zavisnosti od njegovih kliničkih potreba.

Kriterijumi za operaciju grudi (Jedan uput)

Kriterijumi za mastektomiju i stvaranje muških grudi kod ŽuM pacijenata:

1. Uporna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i prestanak na tretman;
3. Punoletstvo u datoj zemlji (ako je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko postoje značajni medicinski i mentalni problemi, na njih se mora obratiti posebna pažnja.

Hormonska terapija ne predstavlja nikakav preduslov.

Kriterijumi za uvećanje grudi (implanti/lipolifting) kod Muž pacijenata:

1. Uporna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i pristanak na tretman;
3. Punoletstvo u datoj zemlji (ako je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko postoje značajni medicinski i mentalni problemi, na njih se mora obratiti posebna pažnja.

Iako to nije jedan od eksplicitnih kriterijuma, preporučljivo je da Muž pacijenti prođu kroz feminizirajuću hormonsku terapiju (minimum 12 meseci), pre nego što se podvrgnu operaciji uvećanja grudi. Cilj je da se uveća rast grudi kako bi se dobili bolji hirurški (estetski) rezultati.

Kriterijumi za genitalne hirurške zahvate (Dva uputa)

Kriterijumi za genitalne operacije su specifični i zavise od hirurškog zahvata koji se traži.

Kriterijumi za histerektomiju i salpingo-ooforektomiju kod ŽuM pacijenata i za orhiektomiju kod Muž pacijenata:

1. Uporna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i pristanak na tretman;
3. Punoletstvo u datoj zemlji;
4. Ukoliko postoje značajni medicinski i mentalni problemi, na njih se mora obratiti posebna pažnja.
5. 12 meseci stalne hormonske terapije u skladu sa pacijentovim rodnim potrebama i ciljevima (ukoliko hormoni nisu klinički naznačeni za tu osobu).

Cilj hormonske terapije pre gonadektomije je da se uvede period reverzibilne estrogenske ili testosteronske supresije, pre nego što se pacijent podvrgne nepovratnoj hirurškoj intervenciji.

Ovi kriterijumi se ne odnose na pacijente kojima se ove procedure izvode iz drugih medicinskih razloga koji nisu rodna disforija.

Kriterijumi za metoidioplastiku ili faloplastiku kod Muž pacijenata i za vaginoplastiku kod Muž pacijenata:

1. Uporna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i pristanak na tretman;
3. Punoletstvo u datoj zemlji (ako je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko postoje značajni medicinski i mentalni problemi, na njih se mora obratiti posebna pažnja.
5. 12 meseci stalne hormonske terapije u skladu sa pacijentovim rodним potrebama i ciljevima (ukoliko hormoni nisu klinički naznačeni za tu osobu).
6. 12 meseci stalnog življenja u rodnoj ulozi koja je u skladu sa identitetom pacijenta.

Iako to nije eksplicitan kriterijum, preporučuje se da ovi pacijenti takođe redovno posećuju stručnjaka za mentalno zdravlje ili drugog medicinskog stručnjaka.

Razlozi za preoperativno dvanaestomesečno iskustvo življenja u rodnoj ulozi koja je u skladu sa identitetom osobe.

Kriterijum naveden ovde za neke vrste genitalnih hirurških zahvata – npr. da pacijenti počnu da žive 12 uzastopnih meseci u rodnoj ulozi koja je u skladu sa njihovim rodним identitetom – zasnovana je na stručnom kliničkom konsenzusu da ovakvo iskustvo pruža dovoljno mogućnosti pacijentima da mogu da iskuse i društveno se prilagode u svojoj željenoj rodnoj ulozi, pre nego što se podvrgnu nepovratnom hirurškom zahvatu. Kao što je navedeno u delu VII, društveni aspekti promene rodne uloge predstavljaju često veliki izazov – obično i više nego fizički aspekti.

Promena rodne uloge može imati duboke lične i društvene posledice po osobu, i odluka u tom pravcu treba da uključi i svest o tome kakvi porodični, međuljudski, obrazovni, profesionalni, ekonomski i pravni izazovi mogu biti pred njom, tako da može uspešno da funkcioniše u svojoj rodnoj ulozi. Podrška kvalifikovanog stručnjaka za mentalno zdravlje i prijatelja, može biti od neprocenjive važnosti za uspešno adaptiranje na novu rodnu ulogu (Bockting, 2008).

Period od 12 meseci omogućava raspon različitih životnih iskustava i događaja koji se mogu desiti tokom godine (npr. porodični skupovi, praznici, putovanja, posao ili iskustvo u školi). Za to vreme pacijenti treba stalno da budu, i to na dnevnoj bazi i u svim životnim okruženjima, u svojoj željenoj rodnoj ulozi. Ovo uključuje i autovanje partnerima, porodici, prijateljima i članovima zajednice (npr. u školi, na poslu i ostalim okruženjima).

Zdravstveni stručnjaci treba da jasno dokumentuju iskustvo pacijenta u rodnoj ulozi u medicinskom kartonu, uključujući tu i datum početka *full-time*, potpunog življenja u rodnoj ulozi za one koji se pripremaju za genitalnu operaciju.

U nekim situacijama, ukoliko je potrebno, zdravstveni stručnjaci mogu da traže potvrdu da je ovaj kriterijum ispunjen: mogu da komuniciraju sa osobama koje su u kontaktu sa pacijentom dok je on bio u periodu življenja u ulozi ili da zatraže dokumentaciju o zakonskom imenu i/ili promeni oznake pola, u konkretnom slučaju.

Hirurški zahvati kod osoba sa psihotičnim stanjima i ostalim ozbiljnim mentalnim poremećajima

Kada je pacijentima sa rodnom disforijom takođe dijagnostikovano i ozbiljan psihijatrijski poremećaj i narušeno testiranje realnosti (npr. psihotične epizode, bipolarni poremećaj, disocijativni poremećaj identiteta, granični poremećaj ličnosti), treba posebno obratiti pažnju da se ova stanja poboljšaju psihotropnim lekovima i/ili psihoterapijom, pre nego što hirurški zahvati budu završeni. (Dhejne i dr., 2011). Reevaluacija od strane stručnjaka za mentalno zdravlje kvalifikovanog za procenu i praćenje psihotičnih stanja treba da bude izvedena pre zahvata, i opiše mentalni status pacijenta i spremnost za operaciju. Poželjno je da ovaj stručnjak za mentalno zdravlje dobro poznaje pacijenta. Nijedan operativni zahvat ne treba da bude izveden dok je pacijent aktivno psihotičan. (De Cuypere i Vercruyse, 2009).

Kompetentnost hirurga koji izvode operaciju grudi ili genitalnu operaciju

Lekari koji izvode hirurške zahvate za rodnu disforiju treba da budu urolozi, ginekolozi, plastični hirurzi ili opšti hirurzi, i sertifikovani od strane relevantnih nacionalnih i/ili regionalnih asocijacija. Hirurzi treba da imaju specijalizovano znanje kada su u pitanju genitalne rekonstruktivne tehnike, kao što je i naznačeno dokumentovanim superviziranim treningom sa iskusnijim hirurgom. Čak i iskusni hirurzi moraju da pristanu na to da njihove veštine budu preispitane i proverene od strane njihovih kolega. Zvanična kontrola hirurških ishoda i publikacija ovih rezultata bila bi od velike koristi kako za zdravstvene stručnjake uključene u rad sa pacijentima, tako i za same pacijente.

Hirurzi treba redovno da posećuju sastanke profesionalnog tipa gde se predstavljaju nove tehnike. Internet se često koristi od strane pacijenata: oni tu dele informacije o svojim iskustvima sa hirurzima i njihovim timovima.

Idealno je da hirurzi poseduju znanje o više hirurških tehnika genitalne rekonstrukcije, tako da mogu da uz konsultacije sa pacijentima, odaberu odgovarajuću tehniku za svakog od njih. U suprotnom, ukoliko je hirurg ovladao samo jednom tehnikom i ova tehnika ili nije odgovarajuća za pacijenta ili je on ne želi, hirurg treba da ga obavesti o drugim procedurama, i preporuči drugog hirurga sa odgovarajućim veštinama.

Operacija grudi: tehnike i komplikacije

Iako je izgled grudi važna sekundarna polna karakteristika, postojanje grudi ili njihova veličina nisu deo pravne definicije pola i roda i nisu neophodne za reprodukciju. Izvođenju operacije grudi, u slučaju tretiranja rodne disforije, treba pristupiti jednako pažljivo kao i hormonskoj terapiji, jer obe mogu imati relativno nepovratne rezultate po telo.

Za Muž pacijenta, uvećanje grudi (koje se ponekad zove i „rekonstrukcija grudnog koša“), ne razlikuje se od procedure kod pacijentkinja koje su rođene kao žene. Obično se izvodi putem implantacije grudnih proteza i povremeno putem lipofiling tehnike. Infekcije i kapsularna fibroza, retke su komplikacije prilikom zahvata uvećanja grudi ili augmentacione mamoplastike kod Muž pacijenata (Kanhai, Hage, Karim i Mulder, 1999).

Za ŽuM pacijente dostupna je mastektomija ili procedura „modeliranja muških grudi“.

Za mnoge ŽuM pacijente, ovo je jedina operacija koju žele i koja se radi. Kada količina uklonjenog grudnog tkiva zahteva i uklanjanje dela kože, ožiljak je neizbežan i pacijentu to treba predočiti. Komplikacije nakon potkožne mastektomije mogu da se odnose na nekrozu bradavice, nepravilnosti i neprijatne ožiljke (Monstrey i dr., 2008).

Tehnike genitalne hirurgije i komplikacije

Genitalne hirurške procedure za Muž pacijente mogu se odnositi na orhiektomiju, penektomiju, vaginoplastiku, klitoroplastiku i labioplastiku. Tehnike uključuju inverziju kože penisa, peteljkaсти rektosigmoidni transplant i slobodni kožni transplant, kojim se oblaže novonastala vagina.

Seksualni osećaj je važan cilj vaginoplastike, kao i stvaranje funkcionalne vagine i prihvatljivog kozmezisa (telesne lepote i zadovoljstva istom).

Hirurške komplikacije kod Muž genitalnih zahvata mogu se odnositi na kompletnu ili delimičnu nekrozu vagine i labije, fistule iz bešike ili creva u vagini, stenozu uretre i vagine, koje su ili preplitke ili premale za koitus.

Dok su hirurške tehnike za stvaranje neovagine funkcionalno i estetski različne, anorgazmija koja ide uz ovu proceduru je zabeležena, a i labioplastika druge faze može biti neophodna za kozmezis (Klein i Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Procedure genitalnih operacija za ŽuM pacijente mogu se odnositi na histerektomiju, salpingo-ooforektomiju, vaginektomiju, metoidioplastiku, skrotum-plastiku, uretroplastiku, stavljanje testikularnih proteza i faloplastiku. Kod pacijenata koji ranije nisu imali operacije abdomena laparoskopjska tehnika za histerektomiju i salpingo-ooforektomiju preporučuje se kako bi se izbegao ožiljak donjeg abdomena. Vaginalni pristup može biti otežan, jer većina nije rađala i nisu imale penetrativan snošaj. Trenutne operativne tehnike kada je faloplastika u pitanju se razlikuju. Izbor tehnike može biti ograničen anatomskim ili hirurškim obzirima ili finansijskom situacijom pacijenta. Ukoliko je cilj faloplastike neofalus dobrog izgleda, normalna mikcija, seksualni osećaj i/ili koitalna sposobnost, pacijentima treba jasno staviti do znanja da će proći kroz nekoliko zasebnih operativnih faza i česte tehničke poteškoće, koje mogu zahtevati dodatne operacije. Čak i metoidioplastika, koja je u teoriji jednofazna procedura za izgradnju mikrofalusa, često zahteva više od jedne operacije. Cilj normalne mikcije ne može uvek biti zagarantovan ovom tehnikom (Monstrey i dr., 2009).

Komplikacije kod faloplastike kod ŽuM pacijenata mogu da se odnose na česte stenozu i fistule urinarnog trakta, i ponekad nekrozu neofalusa. Metoidioplastika ima za cilj stvaranje mikropenisa, bez mogućnosti normalnog uriniranja stojeći. Faloplastika, uz upotrebu peteljkastog ili slobodnog vaskularizovanog tkiva, je dugotrajna, višefazna procedura sa značajnim morbiditetom i uključuje česte urinarne komplikacije i nezaožilazne ožiljke na mestima sa kojih se tkivo donira. Iz ovog razloga, mnogi ŽuM pacijenti se nikada ne podvrgnu genitalnoj operaciji, osim histerektomije i salpingo-ooforektomije (Hage i De Graaf, 1993).

Čak i pacijenti kod kojih se razvijaju ozbiljne hirurške komplikacije, retko se žale na to što su se podvrgli operaciji. Važnost operativnog zahvata

može se uvideti u ustaljenom saznanju da je kvalitet hirurškog ishoda jedan od najboljih pokazatelja celokupnog ishoda zahvata prilagođavanja pola (Lawrence, 2006).

Ostali zahvati

Ostali zahvati za feminizaciju tela uključuju redukciju, dakle smanjenje Adamove jabučice, operaciju modifikacije glasa, sukcijsku lipoplastiku (contour modeling) struka, rinoplastiku (korekciju nosa), redukciju kosti lica, fejslift i blefaroplastiku (podmađivanje očnih kapaka).

Ostale operacije za telesnu maskulinizaciju uključuju liposukciju, lipofiling i pektoralne implante. Operacija glasa kako bi se dobio dublji glas je retka, ali može biti preporučena u nekim slučajevima, kao na primer kada hormonska terapija nema efekta.

Iako ove operacije ne zahtevaju upute od strane stručnjaka za mentalno zdravlje, oni mogu odigrati značajnu ulogu u pomaganju klijentima da donesu potpuno informisanu odluku o trenutku i implikacijama ovakvih procedura u kontekstu društvene tranzicije.

Iako se većina ovih procedura generalno smatra „čisto estetskim“, iste ove operacije kod osobe sa ozbiljnom rodnom disforijom mogu se smatrati medicinski neophodnim, u zavisnosti od jedinstvene kliničke situacije rodne disforije određenog pacijenta i njegove životne situacije. Ova neodređenost, odnosno dvosmislenost, oslikava stvarnost u kliničkim situacijama, i dozvoljava mogućnost individualne odluke kada je u pitanju potreba i poželjnost ovih procedura.

XIII Postoperativna nega i kontrole

Dugotrajna postoperativna nega i kontrole nakon hirurških zahvata kod rodne disforije povezani su sa dobrim hirurškim i psihosocijalnim rezultatima (Monstrey i dr., 2009). Kontrola je važna zbog pacijentovog daljeg fizičkog i mentalnog zdravlja i hirurgovog znanja o dobrim stranama i ograničenjima operacije. Hirurzi koji operišu pacijente koji dolaze izdaleka treba da uključe i lične kontrole u njihov plan nege i pokušaju da obezbede pristupačnu lokalnu i dugotrajnu postoperativnu negu u geografskoj oblasti iz koje pacijent dolazi.

Postoperativni pacijenti ponekad zanemaruju kontrole i ne idu na kontrole kod specijalista, uključujući tu i lekara koji prepisuje hormone (pacijentima koji su na hormonskoj terapiji), a da nisu svesni toga da ovi specijalisti često mogu da na najbolji način spreče, dijagnostikuju ili leče medicinska stanja koja su tipična kod pacijenata koji su imali hirurške zahvate ili su na hormonskoj terapiji.

Potreba za kontrolom se podjednako odnosi i na potrebu za stručnjacima za mentalno zdravlje, koji su možda proveli više vremena sa pacijentom nego bilo koji drugi stručnjak, i stoga su u odličnoj poziciji da pomognu oko poteškoća u vezi sa postoperativnim prilagođavanjem.

Zdravstveni stručnjaci treba da naglase važnost postoperativne kontrole i nege svojim pacijentima i ponude im kontinuiranu negu.

Postoperativni pacijenti treba da idu na redovne medicinske kontrole u skladu sa preporučenim smernicama za svoj uzrast. Ovo će biti detaljnije razmotreno u sledećem delu.

XIII Dugotrajna i preventivna primarna nega

Transpolnim, transrodnim i osobama koje se rodno ne konformiraju, potrebna je zdravstvena nega tokom čitavog života. Na primer, kako bi se izbegle negativne sekundarne posledice gonadektomije u relativno ranom periodu života, i/ili posledice primanja dugotrajne i jake hormonske terapije, pacijentima je neophodna temeljna medicinska nega od strane onih koji imaju iskustva u pružanju primarne zdravstvene zaštite i transrodnom zdravlju. Ukoliko jedan pružalac nije u stanju da obezbedi sve usluge, neprekidna komunikacija među pružaocima je od velike važnosti.

Primarna zdravstvena nega i pitanja održavanja zdravlja treba da budu razmatrana pre, u toku i nakon bilo kakvih promena rodne uloge i medicinskih intervencija u cilju ublažavanja rodne disforije. I dok lekari koji prepisuju hormone i hirurzi igraju važnu ulogu u preventivnoj nezi, svaka transpolna, transrodna i osoba koja se rodno ne konformira, treba da ima svog pružaoca primarne zdravstvene nege koji će brinuti o njenom generalnom zdravstvenom stanju (Feldman, 2007).

Opšta preventivna zdravstvena nega

Smernice kontrole razvijene za opštu populaciju važe za sisteme organa koji će malo verovatno biti pogođeni feminizirajućom/maskulinizirajućom hormonskom terapijom. Međutim, u oblastima kao što su kardiovaskularni faktori rizika, osteoporozna, i neki karcinomi (dojke, grlića materice, jajnika, bešike i prostate), takve opšte smernice mogu ili da precene ili potcene važnost i isplativost kontrole osoba koje primaju hormonsku terapiju. Nekoliko izvora nudi detaljne protokole primarne nege pacijenata koji su podvrgnuti

feminizirajućoj/maskulinizirajućoj hormonskoj terapiji, uključujući i terapiju nakon operacija promene pola (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman i Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth i Spade, 2005). Lekari treba da provere i budu u toku sa nacionalnim smernicama potkrepljenim primerima, i razmotre kontrole sa svojim pacijentima u svetlu uticaja hormonske terapije na njihov osnovni rizik.

Pregledi/Kontrole (zbog) karcinoma

Kontrole karcinoma sistema organa koji imaju veze sa polom mogu predstavljati poseban medicinski i psihološki izazov za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju i njihove pružaoce zdravstvenih usluga. U odsustvu istraživanja koja se bave nešto dugoročnijim ishodima i šansama, pružaoći, vrlo verovatno, neće imati dovoljno podataka za određivanje odgovarajuće vrste i učestalosti kontrole karcinoma, kada je ova populacija u pitanju. Prečeste kontrole za rezultat imaju veće troškove zdravstvene zaštite, visoke stope lažno pozitivnih rezultata, i često i nepotrebno izlaganje radijaciji i/ili dijagnostičkim intervencijama kao što su biopsije. Nedovoljno kontrolisanje za posledicu ima odlaganje dijagnostikovanja potencijalno izlečivih karcinoma. Pacijenti mogu da gledaju na kontrole karcinoma kao na situaciju potvrde njihovog roda i pozitivne (kao što je mamografija za Muž pacijentkinje), ili podjednako fizički i emocionalno bolne (kao što je Papa test, koji omogućava kontinuitet nege kod ŽuM pacijenata).

Urogenitalna nega

Ginekološka nega može biti neophodna za transpolne, transrodne i osobe oba pola koje se rodno ne konformiraju. Kod ŽuM pacijenata, takva nega je neophodna prevashodno za osobe koje nisu bile podvrgnute operaciji promene pola. Kod Muž pacijenata, ovakva nega je neophodna nakon operacije promene pola. I dok mnogi hirurzi savetuju pacijente u vezi sa postoperativnom urogenitalnom negom, lekari koji pružaju primarnu negu i ginekolozi takođe, treba da budu upoznati sa posebnim pitanjima genitalne nege ove populacije.

Svi Muž pacijenti treba da budu posavetovani u vezi sa genitalnom higijenom, seksualnošću i prevencijom seksualno prenosivih infekcija; oni koji su bili podvrgnuti genitalnim hirurškim intervencijama, takođe treba da budu posavetovani o potrebi za redovnim proširivanjem vagine ili penetrativnim snošajem, kako bi se održala dubina i širina vagine (van Trotsenburg, 2009). Zbog anatomije muške karlice, osa i dimenzije neovagine znatno se razlikuju od onih kod biološke vagine. Ova anatomska razlika može da utiče na snošaj, ukoliko Muž pacijenti i njihovi partneri nisu upoznati sa njom (van Trotsenburg, 2009).

Infekcije donjeg urinarnog trakta često se dešavaju kod Muž pacijenata koji su operisani, zbog rekonstruktivnih zahteva skraćene uretre. Pored toga, ovi pacijenti mogu patiti od funkcionalnih poremećaja donjeg urinarnog trakta; takvi poremećaji mogu biti prouzrokovani oštećenjem dovoda autonomnog nerva dna bešike tokom disekcije između rektuma i bešike, i promenom pozicije same bešike. Disfunkcionalna bešika (npr. previše aktivna bešika, stresna inkontinencija ili urgentna inkontinencija), mogu se javiti nakon operacije promene pola (Hoebeke i dr., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

Većina ŽuM pacijenata ne biva podvrgnuta vaginektomiji. Za pacijente koji uzimaju maskulinizirajuće hormone, uprkos znatnoj konverziji testosterona u estrogene, atrofijske promene vaginalnog zida su čest slučaj i mogu dovesti do svraba ili peckanja. Pregled može biti podjednako fizički i emocionalno bolan, ali nedostatak nege i lekarskog tretmana može ozbiljno da pogorša situaciju. Ginekolozi koji tretiraju genitalne smetnje ŽuM pacijenata treba da budu svesni osetljivosti koju pacijenti sa muškim rodnim identitetom i maskulinom rodnom ekspresijom mogu iskusiti, jer imaju genitalije koje se tipično vezuju za ženski pol.

XIV

Primenjivost Standarda nege na osobe koje žive u institucionalnim okruženjima

Standardi nege se u celosti primenjuju na sve transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju, bez obzira na njihovu stambenu situaciju, odnosno stanovanje. Ljude ne treba diskriminisati i uskratiti im pristup odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti na osnovu toga gde žive, uključujući tu i institucionalne sredine kao što su zatvori ili dugoročne/srednjoročne zdravstvene institucije (Brown, 2009). Zdravstvena nega za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju i žive u institucionalnom okruženju, treba da bude jednaka onoj koja bi im bila dostupna da žive u neinstitucionalnom okruženju u okviru iste zajednice.

Svi elementi procene i tretmana, kako su i opisani u *Standardima nege*, mogu biti obezbeđeni i osobama koje žive u institucijama (Brown, 2009). Pristup ovim medicinski neophodnim tretmanima ne sme biti uskraćen na osnovu institucionalizacije ili načina stanovanja. Ukoliko stručnost zdravstvenih profesionalaca u direktnom ili indirektnom angažmanu od strane same institucije ne postoji (da procenjuju ili tretiraju osobe sa rodnom disforijom), prikladno je tražiti konsultacije van institucije od strane stručnjaka koji imaju znanja i iskustva u ovoj specijalizovanoj oblasti zdravstvene nege.

Osobe sa rodnom disforijom u institucijama, mogu takođe da imaju problema sa mentalnim zdravljem (Cole i dr.,1997). Ova stanja treba prepoznati i tretirati u skladu sa potrebama.

Osobe koje budu primljene u instituciju dok su na određenom režimu hormonske terapije, treba da nastave sa istom ili sličnom terapijom, i treba da budu praćene u skladu sa *Standardima nege*. Pristup poznat

kao „zamrznuti kadar“ ne smatra se prikladnom negom u većini situacija (*Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney*, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). Osobe sa rodnom disforijom, koje ispunjavaju uslove za hormonsku terapiju (po *Standardima nege*), treba da krenu sa takvom terapijom. Posledice naglog povlačenja hormona ili nedostatka uvođenja u hormonsku terapiju kada je medicinski neophodna, uključuju visoku verovatnoću negativnih ishoda, kao što su hirurški zahvati autokastracije, depresija, disforija, i/ili suicidalnost (Brown, 2010).

Prihvatljivo usklađivanje sa institucionalnom sredinom može se postići i kroz pružanje nege u skladu sa *Standardima nege*, ukoliko takvo usklađivanje ne dovodi u opasnost pružanje medicinski neophodne nege osobama sa rodnom disforijom. Primer dobrog usklađivanja je upotreba hormona koji se ubrizgavaju, ukoliko nisu medicinski kontraindikovani, u sredini gde je zloupotreba oralnih preparata vrlo moguća (Brown, 2009). Uskraćivanje neophodnih promena u rodnoj ulozi ili pristupu nezi, uključujući i operaciju prilagođavanja pola, a na osnovu bivanja u instituciji, nisu prihvatljiva usklađivanja prema *Standardima nege* (Brown, 2010).

Stambene prostorije i kupatila/tuš kabine za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju i žive u institucijama, treba da budu u skladu sa njihovim rodnim identitetom i ulogom, fizičkim statusom, dostojanstvom i ličnom sigurnošću. Smeštanje u stambene jedinice, odeljenja ili prevozna sredstva na osnovu pola, i jedino na osnovu izgleda spoljnih genitalija, nije prikladno i može dovesti osobu u rizičnu situaciju da postane žrtva (Brown, 2009).

Institucije u kojima transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju žive i primaju zdravstvenu negu, treba da nadgledaju svoje prostorije zarad tolerantne i pozitivne klime, kako bi se uverile da njihovi korisnici nisu žrtve napada od strane zaposlenih ili drugih korisnika.

XV Primenjvost Standarda nege kod osoba sa poremećajima polnog razvoja

Terminologija

Termin *poremećaj polnog razvoja* (PPR), odnosi se na somatsko stanje atipičnog razvoja reproduktivnog trakta (Hughes, Houk, Ahmed, Lee i LWPES/ESPE Consensus Group, 2006). Poremećaji polnog razvoja uključuju i stanje nekada poznato pod imenom *interseksualnost*. Iako je terminologija PPR-a promenjena tokom međunarodne konferencije o konsenzusu 2005. (Hughes i dr., 2006), neslaganje oko jezika i dalje postoji. Neki se protive upotrebi reči „poremećaj“, i radije gledaju na ova kongenitalna stanja kao na pitanje raznolikosti, i nastavljaju da koriste izraze interseks i interseksualnost. U *Standardima nege*, WPATH koristi termin PPR na jedan objektivn i vrednosno neodređen način, sa ciljem da postigne to da i zdravstveni stručnjaci prepoznaju ovaj medicinski termin i koriste ga kako bi došli do relevantne literature iz oblasti koja se razvija. WPATH ostaje otvoren za novu terminologiju koja će dodatno osvetliti iskustva pripadnika ove raznolike populacije i dovesti do napretka u pristupu i pružanju zdravstvene nege.

Razlozi za uključenje u Standarde nege

Ranije su osobe sa poremećajem polnog razvoja, koje su se takođe uklapale u kriterijume *DSM-IV-TR* za Poremećaj Rodnog Identiteta (American Psychiatric Association, 2000), bile isključene iz te opšte dijagnoze. Umesto toga, bile su kategorizovane kao osobe sa „Poremećajem Rodnog

Identiteta - Bez posebne druge Specifikacije“. Bile su takođe isključene iz WPATH Standarda nege.

Trenutni predlog za DSM-5 (www.dsm5.org), je zameniti termin *poremećaj rodno identiteta* izrazom *rodna disforija*². Novi termin bi očito trebalo da ukaže na „nečiju emocionalnu uznemirenost po pitanju roda“, pre nego na zbunjenost ili poremećaj.

Štaviše, predložene izmene DSM-a tretiraju rodno disforične osobe sa PPR-om kao osobe sa podtipom rodne disforije. Ovako predložena kategorizacija - koja eksplicitno pravi razliku između osoba sa rodnom disforijom koje imaju i koje nemaju PPR – je opravdana: kod osoba sa PPR-om, rodna disforija se razlikuje po svom fenomenološkom ispoljavanju, epidemiologiji, životnjim putanjama i etiologiji (Meyer-Bahlburg, 2009).

Odrasli sa PPR-om i rodnom disforijom sve više privlače pažnju zdravstvenih stručnjaka. U skladu sa tim, kratak osvrt na njihovu negu uključen je u ovu verziju *Standarda nege*.

Istorija bolesti (anamneza) kao jedno od bitnih pitanja

Zdravstveni stručnjaci koji rade sa pacijentima koji imaju i PPR i rodnu disforiju, moraju biti svesni toga da se medicinski kontekst u kom su takvi pacijenti odrasli uglavnom razlikuje od onog kod osoba bez PPR-a.

Kod nekih osoba, PPR je ustanovljen uočavanjem rodno netipičnih genitalija po rođenju. (Sve više se ovo dešava tokom prenatalnog perioda zahvaljujući procedurama kao što je ultrazvuk). Ove bebe potom prolaze kroz opsežne medicinsko dijagnostičke procedure. Nakon međusobnog konsultovanja porodice i konsultovanja sa medicinskim stručnjacima – tokom kojih se u obzir uzimaju specifične dijagnoze, fizički i hormonski nalazi i informacije iz istraživanja dugoročnog ishoda (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, i Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus i Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck i dr., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf i Gearhart, 2004) — novorođenčetu se pripisuje pol, muški ili ženski.

2. Američko psihijatrijsko udruženje je početkom decembra 2012. donelo odluku da izbaci termin „poremećaj rodno identiteta“ iz novog Dijagnostičkog i statističkog priručnika DSM-5, koji je objavljen maja 2013, pa je umesto njega uveden termin „rodna disforija“, prim. prev.).

Ostale osobe sa PPR-om, bivaju primećene od strane zdravstvenih radnika po ulasku u pubertet, opažanjem atipičnog razvoja sekundarnih polnih karakteristika. Ovo opažanje dalje vodi do posebne medicinske procene.

Ovaj tip PPR-a i ozbiljnost stanja ima značajne implikacije kod donošenja odluka prilikom inicijalnog pripisivanja pola pacijentu, genitalne operacije koja dolazi nakon toga, i drugih vrsta medicinske i psihosocijalne nege (Meyer-Bahlburg, 2009). Na primer, stepen prenatalne izloženosti androgenu kod osoba sa PPR-om doveden je u vezu sa stepenom maskulinizacije rodno uslovljenog ponašanja (tj. *rodne uloge i rodnog izražavanja*); međutim, ova korelacija je umerena, i bihevioralna varijabilnost u znatnoj meri ostaje neobjašnjena u svetlu prenatalne izloženosti androgenu (Jurgensen i dr., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt i New, 2006). Posebno je važno reći da slična korelacija između prenatalnog izlaganja hormonima i *rodnog identiteta* nije zabeležena (e.g., Meyer-Bahlburg, Dolezal i dr., 2004). Ovo je podcrtano činjenicom da osobe sa istim (osnovnim) rodnim identitetom mogu da značajno variraju u stepenu maskulinizacije, kada je njihovo rodno uslovljeno ponašanje u pitanju.

Procena i tretiranje rodne disforije kod osoba sa poremećajima polnog razvoja

Vrlo retko su osobe sa PPR-om identifikovane kao osobe sa rodnom disforijom *pre* nego što dobiju dijagnozu poremećaja polnog razvoja. Čak i tada, dijagnoza PPR-a je jasna uz prikladnu anamnezu i osnovni lekarski pregled – a i jedno i drugo su deo medicinske procene za primerenost hormonske terapije ili hirurških intervencija kod rodne disforije. Stručnjaci za mentalno zdravlje treba da preporučie svojim klijentima kojima je predočena rodna disforija, odlazak na fizički pregled, posebno ako u tom trenutku ne odlaze kod lekara opšte prakse (ili nekog drugog lekara).

Kod većine osoba sa PPR-om rođenih sa genitalnom neodređenošću, ne dolazi do razvijanja rodne disforije (npr., Meyer-Bahlburg, Dolezal i dr., 2004; Wisniewski i dr., 2004). Međutim, kod nekih osoba sa PPR-om, razvije se hronična rodna disforija i čak će proći kroz promenu pola pripisanog im po rođenju i/ili promenu rodne uloge (Meyer-Bahlburg, 2005;

Wilson, 1999; Zucker, 1999). Ukoliko se jave uporne i izražene indikacije o prisutnosti rodne disforije, složena evaluacija od strane lekara stručnih za procenu i tretiranje rodne disforije je ključna, bez obzira na uzrast pacijenta. Detaljne preporuke za sprovođenje takve procene i donošenje odluka u vezi sa tretiranjem rodne disforije u kontekstu PPR-a su objavljene (Meyer-Bahlburg, 2011). Jedino nakon temeljne procene treba preduzeti korake u pravcu promene pacijentovog pola pripisanog po rođenju ili rodne uloge.

Lekarima koji pomažu ovim pacijentima u tretiranju rodne disforije, mogu pomoći uvidi dobijeni od pružanja nege pacijentima koji nemaju PPR (Cohen-Kettenis, 2010). Međutim, određeni kriterijumi tretmana (npr. uzrast, dužina iskustva življenja u željenoj rodnoj ulozi), obično se rutinski ne primenjuju na osobe sa PPR-om; kriterijumi se pre interpretiraju u svetlu pacijentove specifične situacije (Meyer-Bahlburg, 2011). U kontekstu PPR-a, promene pola pripisanog po rođenju i rodne uloge dešavale su se u bilo kom uzrastu između rane osnovne škole i srednjeg doba (45-65 godina). Čak i genitalne operacije mogu da se rade mnogo ranije kod ovih pacijenata nego kod pacijenata sa rodnom disforijom, a bez PPR-a, ukoliko je zahvat dobro opravdan dijagnozom, argumentovanom prognozom rodnog identiteta za dati sindrom i njegovu ozbiljnost, kao i željom pacijenta.

Jedan od razloga za razlike u tretmanima je taj da je genitalna hirurģija kod osoba sa PPR-om prilično česta u dobu ranog detinjstva i adolescencije. Sterilnost već tada može biti prisutna ili zbog ranog oštećenja gonada ili gonadektomije uslovljene rizikom od karcinoma. Čak i tada se pacijentima sa PPR-om preporučuje da prođu kroz potpunu društvenu tranziciju u drugu rodnu ulogu, jedino ukoliko postoji dugotrajna istorija rodno-atipičnog ponašanja, i ako je rodna disforija i/ili želja za promenom rodne uloge jaka i uporna na jedan duži vremenski period. Šest meseci je vremenski period punog izražavanja simptoma neophodnih za primenu dijagnoze rodne disforije po DSM-5 (Meyer-Bahlburg, 2011).

Dodatni izvori

Rodno relevantne medicinske istorije osoba sa PPR-om često su složene. Mogu se sastojati od različitih urođenih, genetskih, endokrinih i somatskih atipičnosti, kao i različitih hormonskih, hirurških i drugih tretmana. Zbog toga, mnoge dodatne probleme treba uzeti u obzir u psihosocijalnoj i medicinskoj nezi ovih pacijenata, bez obzira na prisustvo rodne disforije. Razmatranje ovih problema je nešto što ne može biti pokriveno u *Stanardima nege*. Zainteresovani se upućuju na već postojeće publikacije (e.g., Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Neke porodice i pacijenti, takođe nalaze korisnim da konsultuju ili rade sa grupama pružanja podrške.

Postoji odlična literatura o medicinskom tretmanu pacijenata sa PPR-om. Veći deo ove literature napisan je od strane visoko stručnih specijalista pedijatrijske endokrinologije i urologije, uz doprinos i specijalizovanih stručnjaka za mentalno zdravlje, posebno u oblasti roda. Nedavne međunarodne konferencije konsenzusa bavile su se argumentovanim i potvrđenim smernicama za negu (uključujući tu i pitanja roda i genitalne hirurgije), za PPR generalno (Hughes i dr., 2006) i posebno za Kongenitalnu Adrenalnu Hiperplaziju (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group dr., 2002; Speiser i dr., 2010). Druge su se bavile potrebama istraživanja PPR-a uopšte (Meyer-Bahlburg i Blizzard, 2004), i za posebne sindrome kao što je 46, XXY (Simpson i dr., 2003).

Reference

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 183–189. doi:10.1037/0022006X.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., & 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. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from <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* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from 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., & 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., & 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., & 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., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 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. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York, NY: 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., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care [Special issue]. *International Journal of Transgenderism, 9*(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & 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 (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Maleto-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 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., & 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., & 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., & Bullough, B. (1993). *Crossdressing, sex, and gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). Transgender health program protocols. Retrieved from <http://www.callen-lorde.org/documents/TG Protocol Request Form2.pdf>
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols. Retrieved from <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. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & 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(Suppl 6), S3–8.
- Catrrall, F. R., & 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. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chinas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & 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 α -reductase-2 deficiency and 17 β hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington, & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 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., & 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., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A crossnational, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, 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., & Delemarre-van deWaal, 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., OwenAnderson, A. F. H., Bradley, S. J., & 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., & Meyer, W. J., III. (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: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009c). 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. (2009d). 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., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male crossgender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & 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/S08921997(00)80010-7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & 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. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.
- Davies, S., & 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., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica 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., & Vercruyse, 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., & 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(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignieres, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3

- Derrig-Palumbo, K., & 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., & 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/s10508005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for trans people: 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., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3). Retrieved from <http://www.wpath.org/journal/> www.iav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/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., & Delemarrevan 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., & 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., & 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., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *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., & 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., & Thummel, 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., & 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., & 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., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–210. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & 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., & 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., & Meyer, I. W. J. (2003, September). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at the 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.

- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gendervariant patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & 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, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03 02
- Feldman, J., & 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., Zelman, 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 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from [http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway Protocols.pdf?docID = 2181](http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway%20Protocols.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., & 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., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/1468199090300 3878
- Fraser, L. (2009b). Etherapy: 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., & 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., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 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., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, 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., & 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.
- Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, 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(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & 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., & 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., & 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., & 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., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed, & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & 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., & 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., & 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, W. J., III, 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.20090345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & 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:10.1080/0092623090337_5560
- Hoebcke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, 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., & 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., & LWPES/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., & 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: National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhovel, F. (2004). Testosterone therapy - what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324 doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Hojerback, T., & 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/s10508-0099551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & 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., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & 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., & 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., & 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.17436109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process to ward 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 Cuypere, G., & 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. No. 92-12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lummen, G., & Rubben, 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.1464410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, 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., & 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
- Landen, M., Walinder, J., & Lundstrom, 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., & 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., & 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., & 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 multidimensional family approach to gender non-conforming 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/s10508005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & 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., & 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:10.1097/00004583-20020800000021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reiter, 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:10.1007/15532730903008065
- Meyer, W. J., III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & 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:10.1007/9781-4615-0621-8_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/j.ch.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & 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., & 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., & 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/s10508-0069068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & 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., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & 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 Cuypere, 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., & 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., & 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:10.1016/00219924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & 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., & 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., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson.
- Neumann, K., & 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., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136006-0002-3
- 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., & 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., & 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., & Conway, L. (2007, September). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, IL. Retrieved from [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence of Transsexualism.pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence%20of%20Transsexualism.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:1090-7173/00/12000185\$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, & 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
- Pfafflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfafflin, F., & 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*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>

- Physicians' desk reference (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & 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., & 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). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiv.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & 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., & 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. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved from <http://www.gires.org.uk/assets/MedproAssets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & 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 & Language Therapists, United Kingdom. Retrieved from <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 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., & 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., & 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. Retrieved from <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.20092631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & 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., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-0119752-2
- 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. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London, UK: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FMF patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & 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. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCt rs/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
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & 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
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with prepubescent 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., & 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., & 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.
- Walinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Walinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & 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., & 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., & 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). Trans people, trans prejudice 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., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). *Depsycho-pathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from <http://wpath.org/announcements/detail.cfm?pkannouncement=17>
- 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., & 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., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- 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. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams, & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2 (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric.
- 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/s10508-0099540-4
- Zucker, K. J., & 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., & 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., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosocial characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.
- Zucker, K. J., & 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., & 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: Rečnik pojmova

Terminologija u domenu zdravstvene zaštite transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, razvija se vrlo brzo; nastaju novi termini, a definicije već postojećih se menjaju. I tako, često dolazi do nerazumevanja, diskusija ili neslaganja oko jezika u ovom polju. Termini koji nisu poznati ili imaju posebna značenja u *Standardima nege* definisani su ovde za potrebe ovog dokumenta. Drugi mogu da prihvate ove definicije, ali WPATH priznaje da ovi termini mogu i drugačije da se definišu u različitim kulturama, zajednicama i kontekstima.

WPATH takođe prihvata to da mnogi termini koji se koriste u odnosu na ovu populaciju nisu idealni. Na primer, termini *transeksualac* i *transvestit* – a neki tvrde da se i recentniji termin kao što je *transrodna osoba* – koriste za osobe na jedan objektivajući način. Pa ipak, takve termine koriste i osobe koje se izuzetno trude kada je u pitanju način na koji se izražavaju. Nastavljanjem korišćenja ovih termina, WPATH namerava da ove koncepte približi i pojasni, kako bi se olakšala kvalitetna zdravstvena nega za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju. WPATH ostaje otvoren za novu terminologiju koja će nadalje osvetliti iskustvo pripadnika ove raznolike populacije i dovesti do poboljšanja u pristupu i pružanju zdravstvene nege.

Bioidentični hormoni: Hormoni koji su po strukturi identični onima koji postoje u ljudskom telu, (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). Hormoni koji se koriste u bioidentičnoj hormonskoj terapiji (BHT), uglavnom se dobijaju iz biljnih izvora i po strukturi su slični endogenim ljudskim hormonima, ali treba da budu komercijalno obrađeni kako bi postali bioidentični.

Bioidentična magistralno pripremljena hormonska terapija (BCHT): Upotreba hormona koji su pripremljeni, pomešani, prikupljeni, spakovani

ili obeleženi kao lek od strane farmaceuta, kao i posebno pripremljeni za pacijenta, na osnovu lekarskog uputa. Državna agencija za lekove ne može da izdaje odobrenje za svaki ovakav proizvod napravljen za pojedinačnog pacijenta.

Cross-dressing (transvestizam): Nošenje odeće i prihvatanje rodne uloge i izražavanja, koje je u određenoj kulturi tipičnije za suprotan pol.

Poremećaji polnog razvoja (PPR): Kongenitalna stanja u kojima je razvoj hromozomskog, gonadnog ili anatomskog pola atipičan. Neki se protive izrazu „poremećaj“ i umesto toga posmatraju ova stanja kao pitanje diverziteta (Diamond, 2009), preferirajući da koriste umesto toga izraze *interseks* i *interseksualnost*.

Žensko-u-muško (FtM, ŽuM): Pridev kojim se opisuju osobe kojima je po rođenju pripisan ženski pol, koje se menjaju ili koje su već promenile svoje telo i/ili žensku rodnu ulogu sa rođenja u maskulinije telo ili ulogu.

Rodna disforija: Uznemirenost, nelagodnost koja nastaje zbog nesklada između rodnog identiteta osobe i pola koji joj je pripisan po rođenju (i pripadajuće rodne uloge i/ili primarnih i sekundarnih polnih karakteristika) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere i Bockting, 2010b).

Rodni identitet: Intrinzičan osećaj bivanja muškarcem (dečakom ili muškarcem), ženom (devojčicom ili ženom), ili nekim drugim rodnom (npr. muškoženski, ženskumuški, transrodna osoba, rodnokvir osoba, evnuh) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Poremećaj rodnog identiteta: Formalna dijagnoza navedena u Dijagnostičkom i Statističkom Priručniku za Mentalne Poremećaje, 4. izdanje, (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Rev. (DSM IV-TR)*) (American Psychiatric Association, 2000). Poremećaj rodnog identiteta karakteriše jaka i uporna međurodna identifikacija i uporna nelagodnost zbog sopstvenog pola ili osećaja neprikladnosti rodne uloge tog pola, što dovodi do klinički značajnog stepena uznemirenosti, nelagodnosti, nezadovoljstva i otežanog funkcionisanja u socijalnim i ostalim važnim oblastima.

Osobe koje se rodno ne konformiraju (gender non-conforming): Pridev kojim se opisuju osobe čiji se rodni identitet razlikuje od normativnog za njihov pripisani pol u određenoj kulturi i istorijskom periodu.

Rodna uloga ili rodno izražavanje: Karakteristike ličnosti, izgleda i ponašanja koje su u određenoj kulturi i istorijskom periodu određene kao

muške ili ženske (to jest, tipičnije za mušku ili žensku društvenu ulogu) (Ruble, Martin i Berenbaum, 2006). Dok većina predstavlja sebe u jasno muškoj ili ženskoj rodnoj ulozi, neke osobe se predstavljaju u alternativnoj rodnoj ulozi, kao što je rodnokvir ili transrodna. Svi ljudi imaju tendenciju da uključe i muške i ženske karakteristike u svoje rodno izražavanje, na različite načine i u različitoj meri (Bockting, 2008).

Rodnokvir: Identitetska etiketa koju koriste osobe čiji se rodni identitet i/ili uloga ne slažu sa binarnim shvatanjem roda, ograničenog na kategorije muškog i ženskog, muškaraca i žena (Bockting, 2008).

Internalizovana transfobija: Nemir koji osoba oseća u vezi sa svojim transrodnim osećanjima ili identitetom, a koji je posledica internalizovanja normativnih rodni očekivanja društva.

Muško-u-žensko (MtF, MuŽ): Pridev koji se koristi da opiše osobe kojima je pripisan muški pol po rođenju i koje se menjaju ili koje su već promenile svoje telo i/ili rodnu ulogu od muške, pripisane po rođenju, u više žensko telo ili žensku ulogu.

Prirodni hormoni: Hormoni koji se dobijaju iz prirodnih izvora, kao što su biljke ili životinje. Prirodni hormoni mogu biti i bioidentični.

Pol: Pol se pripisuje po rođenju kao muški ili ženski, obično na osnovu izgleda spoljašnjih genitalija. Kada spoljašnje genitalije nisu tipične, druge komponente pola (unutrašnje genitalije, hromozomski i hormonski pol), se uzimaju u obzir kako bi se pripisao pol (Grumbach, Hughes i Conte, 2003; MacLaughlin i Donahoe, 2004; Money i Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Kod većine ljudi, rodni identitet i rodno izražavanje su u skladu sa polom koji im je pripisan po rođenju. Kod transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, rodni identitet ili izražavanje, razlikuju se od pola koji im je pripisan po rođenju.

Operacija promene/prilagođavanja pola (rodno afirmišuća operacija): Operacija kojom se menjaju primarne i/ili sekundarne polne karakteristike, kako bi se potvrdio rodni identitet osobe. Ova operacija može biti važan deo medicinski neophodnog tretmana kojim se ublažava i umanjuje rodna disforija.

Transrodna (osoba): Pridev kojim se opisuje raznolika grupa osoba koje prelaze ili prevazilaze kulturno definisane kategorije roda. Rodni identitet transrodnih osoba razlikuje se do određene mere od pola koji im je pripisan po rođenju (Bockting, 1999).

Tranzicija: Period tokom kog osobe menjaju rodnu ulogu koja je u vezi sa polom pripisanim im po rođenju, i uzimaju drugu rodnu ulogu. Za mnoge osobe ovo znači da treba da uče kako da žive u drugoj rodnoj ulozi; za druge to znači pronaći rodnu ulogu i izražavanje koje im najviše odgovara. Tranzicija može, ali i ne mora da uključi feminizaciju ili maskulinizaciju tela putem hormona ili nekim drugim medicinskim procedurama. Priroda i trajanje tranzicije su promenljivi i individualni.

Transpolna (osoba): Pridev (koji često koriste profesionalci u medicini), kako bi opisali osobe koje žele da promene ili koje su već promenile svoje primarne i/ili sekundarne polne karakteristike, putem feminizirajućih ili maskulinizirajućih medicinskih intervencija (hormoni i/ili operacija), obično praćene permanentnom promenom rodne uloge.

Dodatak B: Pregled medicinskog rizika hormonske terapije

Rizici navedeni ovde zasnovani su na dva iscrpna članka potkrepljena naučnim dokazima, a koji se bave posledicama maskulinizirajuće/feminizirajuće hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i dr., 2009), uz opširnu kohortnu studiju (Asscheman i dr., 2011). Ovi članci mogu poslužiti kao detaljne reference za pružaoce, uz ostale naširoko priznate, objavljene kliničke materijale (Dahl i dr., 2006; Ettner i dr., 2007).

Rizici feminizirajuće hormonske terapije (Muž)

Mogući pojačan rizik

Venska tromboza

- * Upotrebom estrogena pojačava se rizik od slučajeva venske tromboze, posebno kod pacijenata koji imaju preko 40 godina, puše, mnogo sede, imaju višak kilograma i urođene tromboirajuće poremećaje.
- * Rizik je povećan uz dodatnu upotrebu progestina treće generacije.
- * Rizik se smanjuje upotrebom transdermalnih (nasuprot oralnim), puteva davanja estradiola, što se preporučuje pacijentima koji su izloženi većem riziku od venske tromboze.

Kardiovaskularna, cerebrovaskularna bolest

- * Upotreba estrogena povećava rizik od kardiovaskularnih bolesti kod pacijenata koji imaju preko 50 godina, i urođene faktore rizika oboljevanja od kardiovaskularnih bolesti. Dodatna upotreba progestina može da poveća ovaj rizik.

Lipidi

- * Oralna upotreba estrogena može izrazito da poveća trigliceride kod pacijenta, na taj način povećavajući rizik od pankreatitisa i kardiovaskularnih oboljenja.
- * Različiti načini davanja imaće različite metaboličke posledice na nivoe HDL holesterola, LDL holesterola i lipoproteina (a).
- * Generalno gledano, klinički dokazi sugerišu da Muž pacijenti sa već postojećim poremećajima lipida, mogu imati koristi od upotrebe transdermalnog estrogena, umesto oralnog.

Jetra/žučna kesa

- * Upotreba estrogena i ciproteron acetata može se dovesti u vezu sa prolaznim skokom enzima jetre, i ređe, kliničkim oštećenjem jetre.
- * Upotrebom estrogena povećava se rizik od kamena u žuči i kolecistektomije.

Verovatan pojačan rizik

Dijabetes tip 2

- * Feminizirajuća hormonska terapija, posebno estrogen, može da dovede do povećanog rizika od dijabetesa tip 2, posebno među pacijentima sa porodičnom istorijom dijabetesa ili sa nekim drugim faktorima rizika za ovu bolest.

Hipertenzija

- * Upotreba estrogena može da dovede do povišenog krvnog pritiska, ali kakav je uticaj na stopu incidence hipertenzije nije poznato.
- * Spironolakton snižava krvni pritisak i preporučuje se rizičnim pacijentima ili pacijentima sa hipertenzijom koji žele da se podvrgnu feminizaciji.

Prolaktinom

- * Upotrebom estrogena povećava se rizik od hiperprolaktinemije kod Muž pacijenata u prvoj godini tretmana, ali ovaj rizik kasnije nestaje.
- * Upotreba estrogena u visokim dozama može da doprinese kliničkoj pojavi klinički neočiglednog prolaktinoma.

Nejasan ili nepovišen rizik

U ovom delu navodimo ono što može da predstavlja rizik, ali za šta su dokazi toliko minimalni, da se o njima ne može izvesti jasan zaključak.

Karcinom dojke

- * Muž osobe koje uzimaju ili su uzimale feminizirajuće hormone, obolevaju od karcinoma dojke, ali nije poznato kako se njihov nivo rizika može uporediti sa osobama koje su rođene sa ženskim genitalijama.
- * Duže izlaganje feminizirajućem hormonu (npr. dužina uzimanja estrogena), porodična istorija karcinoma dojke, gojaznost (ITM >35), i upotreba progestina utiču na nivo rizika.

Druge nuspojave feminizirajuće terapije

Sledeće posledice se mogu smatrati manjim ili čak poželjnim u zavisnosti od pacijenta, ali se jasno dovode u vezu sa feminizirajućom hormonskom terapijom.

Plodnost i seksualna funkcija

- * Feminizirajuća hormonska terapija može da ošteti i smanji plodnost.
- * Feminizirajuća hormonska terapija može da smanji libido.
- * Feminizirajuća hormonska terapija smanjuje noćne erekcije, uz promenljiv uticaj na seksualno stimulirane erekcije.

Rizici od upotrebe antiandrogenih lekova

Feminizirajući hormonski režimi često uključuju mnoštvo sastojaka koji imaju uticaja na proizvodnju i delovanje testosterona. To su GnRH agonisti, progestini (uključujući i ciproteron acetat), spironolakton i inhibitori 5-alfa reduktaze. Ekstenzivna diskusija o specifičnim rizicima ovih agenasa ne može biti pokrivena u *Standardima nege*. Međutim, i spironolakton i ciproteron acetat naširoko se koriste i zaslužuju da se o njima nešto kaže.

Ciproteron acetat je progesteronsko jedinjenje sa antiandrogenim osobinama (Gooren, 2005; Levy i dr., 2003). Iako je njegova upotreba u Evropi raširena, on nije dozvoljen za upotrebu u Sjedinjenim Državama zbog brige o njegovoj hepatotoksičnosti (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta i Hidalgo, 2004). Spironolakton se koristi najčešće kao antiandrogen u feminizirajućoj hormonskoj terapiji, posebno tamo gde je ciproteron zabranjen za upotrebu (Dahl i dr., 2006; Moore i dr., 2003; Tangpricha i dr., 2003). Spironolakton ima dugu istoriju upotrebe u lečenju hipertenzije i kongestivnih oboljenja srca. Njegove uobičajene nuspojave uključuju hiperkalemiju, vrtoglavicu i gastrointestinalne simptome (*Physicians' Desk Reference*, 2007).

Rizici maskulinizirajuće hormonske terapije (ŽuM)

Moguć pojačan rizik

Policitemija

- * Maskulinizirajuća hormonska terapija koja uključuje testosteron ili neke druge androgene steroide, povećava rizik od policitemije (hematokrit > 50%), posebno kod pacijenata sa drugim faktorima rizika.
- * Transdermalna administracija i prilagođavanje doziranja može da doprinese smanjenju rizika.

Gojenje/visceralna masnoća

- * Maskulinizirajuća hormonska terapija može da dovede do manjeg dobijanja na težini, uz povećanje visceralne masnoće.

Verovatan pojačan rizik

Lipidi

- * Testosteronska terapija smanjuje HDL, ali promenljivo utiče na LDL i trigliceride.
- * Suprafiziološki (iznad normalnog opsega za muškarce) nivoi testosterona, koji često idu uz produženo intramuskularno doziranje, mogu da dovedu do pogoršanja lipidnih profila, dok transdermalno administriranje izgleda da ima neutralniji uticaj na lipide.
- * Kod pacijenata sa urođenim sindromom policističnih jajnika ili dislipidemijom, povišen je rizik od pogoršanja dislipidemije zbog testosteronske terapije.

Jetra

- * Prolazni skokovi enzima mogu se javiti kao posledica testosteronske terapije.
- * Hepatička disfunkcija i maligniteti su zabeleženi uz korišćenje

metiltestosterona. Međutim, metiltestosteron se više ne koristi u većini zemalja i ne treba ga koristiti.

Psihijatrijske nuspojave

- * Maskulinizirajuća terapija sa testosteronom ili nekim drugim androgenim steroidima, može da povisi rizik od hipomaničnih, maničnih ili psihotičnih simptoma kod pacijenata sa osnovnim psihijatrijskim poremećajima, koji uključuju ovakve simptome. Ovaj štetni momenat izgleda da se dovodi u vezu sa povišenim dozama ili suprafiziološkim nivoima krvi kod testosterona.

Nejasan ili nepovišen rizik

U ovom delu navodimo ono što može da predstavlja rizik, ali za šta su dokazi toliko minimalni, da se o njima ne može izvesti jasan zaključak.

Osteoporoza

- * Testosteronska terapija održava ili povećava mineralnu gustinu kostiju kod ŽuM pacijenata pre ooforektomije, barem u prve tri godine tretmana.
- * Postoji i povišen rizik gubitka gustine kostiju nakon ooforektomije, posebno ukoliko se testosteronska terapija prekine ili ukoliko je nedovoljna. Ovo se odnosi na pacijente koji koriste jedino testosteron za oralnu upotrebu.

Kardiovaskularni

- * Maskulinizirajuća hormonska terapija u normalnim fiziološkim dozama izgleda da ne povisuje rizik od kardiovaskularnih oboljenja kod zdravih pacijenata.
- * Maskulinizirajuća hormonska terapija može da dovede do povećanja rizika od kardiovaskularnih oboljenja kod pacijenata sa urođenim faktorima rizika.

Hipertenzija

- * Maskulinizirajuća hormonska terapija u normalnim fiziološkim dozama može da utiče na povećanje krvnog pritiska, ali ne utiče na povećanje rizika od hipertenzije.
- * Pacijenti sa faktorima rizika za hipertenziju, kao što su višak kilograma, porodična istorija ili sindrom policističnih jajnika, mogu biti u situaciji povišenog rizika.

Dijabetes tip 2

- * Čini se da testosteronska terapija generalno ne utiče na povećanje rizika od dijabetesa tipa 2 kod ŽuM pacijenata, ukoliko drugi faktori rizika nisu prisutni.
- * Testosteronska terapija može nadalje povećati rizik od dijabetesa tip 2 kod pacijenata sa ostalim faktorima rizika, kao što je značajano dobijanje na težini, porodična istorija i sindrom policističnih jajnika. Nema podataka koji sugerišu ili pokazuju povećanje rizika kod onih sa faktorima rizika za dislipidemiju.

Karcinom dojke

- * Testosteronska terapija kod ŽuM pacijenata ne utiče na povećanje rizika od karcinoma dojke.

Karcinom cervikusa uterusa

Testosteronska terapija kod ŽuM pacijenata, ne utiče na povećanje rizika od karcinoma cervikusa uterusa, iako može da dovede do povećanja rizika od minimalno abnormalnih rezultata Papa testa, zbog atrofičnih promena.

Karcinom ovarijuma

- * Kao i kod osoba rođenih sa ženskim genitalijama sa povišenim nivoima androgena, testosteronska terapija kod ŽuM pacijenata može da dovede do povišenog rizika od karcinoma ovarijuma, iako su dokazi za to ograničeni.

Karcinom endometrijuma

- * Testosteronska terapija kod ŽuM pacijenata može da dovede do povećanja rizika od karcinoma endometrijuma, iako su dokazi koji potkrepljuju ovu tvrdnju ograničeni.

Druge nuspojave maskulinizirajuće terapije

Ove nuspojave se mogu smatrati minornim ili čak poželjnim, u zavisnosti od pacijenta, ali su jasno u vezi sa maskulinizacijom.

Plodnost i seksualna funkcija

- * Testosteronska terapija kod ŽuM pacijenata smanjuje plodnost, iako su nivo i reverzibilnost nepoznati.
- * Testosteronska terapija može da dovede do permanentnih anatomskih promena kod embirona ili fetusa u razvoju.
- * Testosteronska terapija utiče na uvećanje klitorisa i povisuje libido.

Akne, alopecija androgenika

Akne i različiti nivoi obrasca gubljenja kose kod muškaraca (alopecija androgenika), uobičajene su nuspojave maskulinizirajuće hormonske terapije.

Dodatak C: Pregled kriterijuma za hormonsku terapiju i operacije

Kao i kod prethodnih verzija *Standarda nege*, kriterijumi predstavljani u *Standardima za hormonsku terapiju i hirurške tretmane kod rodne disforije*, dati su kao kliničke smernice; zdravstveni stručnjaci i programi mogu da ih modifikuju.

Klinička odstupanja u odnosu na *Standarde nege* mogu se desiti zbog specifične, tj. jedinstvene anatomije pacijenta, njegove socijalne ili psihološke situacije; metode iskusnog zdravstvenog stručnjaka i toga kako rešava uobičajenu situaciju; istraživačkog protokola; nedostatka resursa u različitim delovima sveta; ili potrebe za posebnim strategijama smanjenja štete. Ova odstupanja treba da budu prepoznata kao takva, objašnjena pacijentu i dokumentovana putem informisanog pristanka, u cilju kvalitetne nege pacijenta i zakonske zaštite. Ova dokumentacija je isto tako vredna zbog sakupljanja novih podataka, koji se mogu retrospektivno ispitati kako bi se zdravstvena nega i *Standardi nege* dalje razvijali.

Kriterijumi za feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju (Jedan uput ili kartonska dokumentacija psihosocijalne procene)

1. Istrajna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i da se da pristanak za tretman;
3. Godine punoletstva u datoj zemlji (ukoliko je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko su prisutni izraženi mentalni ili medicinski problemi, oni moraju biti dobro kontrolisani.

Kriterijumi za operaciju dojke/grudi (Jedan uput)

Mastektomija i stvaranje muških grudi kod ŽuM pacijenata

1. Istrajna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i da se da pristanak za tretman;
3. Godine punoletstva u datoj zemlji (ukoliko je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko su prisutni izraženi mentalni ili medicinski problemi, oni moraju biti dobro kontrolisani.

Hormonska terapija nije neophodan preduslov.

Uvećanje grudi (implanti/lipofiling) kod MuŽ pacijenata

1. Istrajna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i da se da pristanak za tretman;
3. Godine punoletstva u datoj zemlji (ukoliko je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko su prisutni izraženi mentalni ili medicinski problemi, oni moraju biti dobro kontrolisani.

Iako nije jedan od eksplicitnih kriterijuma, preporučuje se da se MuŽ pacijenti podvrgnu feminizirajućoj hormonalnoj terapiji (u trajanju od najmanje 12 meseci), pre same operacije uvećanja grudi. Svrha toga je da se poveća rast grudi da bi se dobili što bolji hirurški (estetski) rezultati.

Kriterijumi za genitalnu operaciju (Dva uputa)

Histerektomija i salpingo-ooforektomija kod ŽuM pacijenata i orhiektomija kod MuŽ Pacijenata

1. Istrajna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Sposobnost da se donese potpuno informisana odluka i da se da pristanak za tretman;
3. Godine punoletstva u datoj zemlji (ukoliko je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);

4. Ukoliko su prisutni izraženi mentalni ili medicinski problemi, oni moraju biti dobro kontrolisani.
5. 12 meseci (u kontinuitetu) hormonske terapije u skladu sa pacijentovim rodnim ciljevima (ukoliko hormoni nisu klinički navedeni za pacijenta).

Cilj hormonske terapije pre same gonadektomije je da pre svega, uvede period reverzibilnog potiskivanja estrogena ili testosterona, pre nego što se pacijent podvrgne ireverzibilnoj hirurškoj intervenciji.

Ovi kriterijumi ne važe za pacijente koji će biti podvrgnuti ovim hirurškim procedurama iz drugih medicinskih razloga, a ne zbog rodne disforije.

Metoidioplastika ili faloplastika kod ŽuM pacijenata i vaginoplastika kod MuŽ pacijenata

1. Istrajna, dobro dokumentovana rodna disforija;
2. Spособnost da se donese potpuno informisana odluka i da se da pristanak za tretman;
3. Godine punoletstva u datoj zemlji (ukoliko je pacijent mlađi, pratiti Standarde nege za decu i adolescente);
4. Ukoliko su prisutni izraženi mentalni ili medicinski problemi, oni moraju biti dobro kontrolisani.
5. 12 meseci (u kontinuitetu) hormonske terapije, u skladu sa pacijentovim rodnim ciljevima (ukoliko hormoni nisu klinički navedeni za pacijenta).
6. 12 meseci u kontinuitetu provedenih živeći u rodnoj ulozi koja je u skladu sa njihovim rodnim identitetom.

Iako nije jedan od eksplicitnih kriterijuma, preporučuje se da ovi pacijenti redovno posećuju stručnjake za mentalno zdravlje ili druge medicinske stručnjake.

Gorepomenuti kriterijum za neke vrste genitalnih zahvata – to jest, da pacijent živi 12 meseci u kontinuitetu u rodnoj ulozi u skladu sa svojim rodnim identitetom – zasnovan je na stručnom kliničkom konsenzusu da ovo iskustvo pruža mnoge mogućnosti pacijentima da iskuse i društveno se prilagode u svojoj željenoj rodnoj ulozi, pre nego što se podvrgnu ireverzibilnoj operaciji.

Dodatak D: Dokazi za kliničke ishode terapijskih pristupa

Jedna od stvari koje najbolje podupiru bilo koju novu terapiju je analiza ishoda, odnosno rezultata. Zbog kontroverzne prirode operacije prilagođavanja pola, ova vrsta analize je jako važna. Skoro sve studije rezultata u ovoj oblasti bile su retrospektivne.

Jedna od prvih studija koja je ispitivala psihosocijalne ishode tretmana kod transpolnih pacijenata nakon procedure, urađena je 1979. u SAD, na Medicinskom fakultetu pri univerzitetu „Džon Hopkins“ (J. K. Meyer i Reter, 1979). Ova studija fokusirala se na pacijentovu stabilnost u oblasti posla, obrazovanja, braka i domaćinstva. Rezultati su otkrili nekoliko značajnih promena nakon tretmana. Ove promene nisu percipirane kao pozitivne; naprotiv, pokazale su da mnogim osobama koje su krenule sa tretmanom nije bilo ništa bolje ili im je bilo gore u mnogo čemu nakon učešća u programu. Ovi nalazi doveli su do ukidanja programa tretmana u toj bolnici/školi medicine (Abramowitz, 1986).

Nakon toga, značajan broj zdravstvenih stručnjaka zahtevali su utvrđivanje određenog standarada podobnosti za operaciju prilagođavanja pola. Ovo je dovelo do formulacije originalne verzije *Standarda Nege* Međunarodnog udruženja za rodnu disforiju Harry Benjamin, (sada WPATH) 1979. godine.

Godine 1981, Pauly je objavio rezultate iz velike retrospektivne studije koja se bavila osobama koje su imale operaciju prilagođavanja pola. Učesnici te studije imali su mnogo bolje rezultate: od 83 ŽuM pacijenta, 80,7% njih imalo je zadovoljavajući ishod (npr. po navodima pacijenata, „poboljšano socijalno i emotivno prilagođavanje“), a 6,0% nezadovoljavajući. Od 283 MuŽ pacijenta, 71,4% njih imalo je zadovoljavajući ishod, a 8,1% nezadovoljavajući.

Ova studija uključila je i pacijente koji su se podvrgli tretmanu pre objavljivanja i upotrebe *Standarda nege*. Od kada su ustanovljeni *Standardi nege*, zabeležen je stabilan rast zadovoljstva procedurom pacijenata i pad nezadovoljstva ishoda operacije prilagođavanja pola. Studije koje su vođene nakon 1996, fokusirale su se na pacijente koji su bili tretirani prema smernicama *Standarda nege*. Nalazi Rehmana i saradnika (1999), i Krege i saradnika (2001), tipični su za ovu vrstu studija; niko od pacijenata u ovim studijama se nije pokajao zbog toga što je imao operaciju, i najviše njih navelo je da su zadovoljni kozmetičkim i funkcionalnim rezultatima operacije. Čak i pacijenti koji su imali ozbiljne hirurške komplikacije, retko su izražavali kajanje zbog toga što su se podvrgli operativnom zahvatu.

Kvalitet hirurških rezultata jedan je od najboljih načina predviđanja celokupnog ishoda prilagođavanja pola (Lawrence, 2003). Velika većina *follow-up* studija pokazuje neosporno dobar uticaj operacije prilagođavanja pola na postoperativne rezultate odnosno ishode, kao što su subjektivna dobrobit i zdravlje, kozmezis i seksualna funkcija (De Cuypere dr., 2005; Garaffa, Christopher i Ralph, 2010; Klein i Gorzalka, 2009), iako je specifičan značaj tj. razmera dobrobiti nepouzdana na osnovu trenutno dostupnih dokaza. Jedna studija (Emory, Cole, Avery, Meyer i Meyer, 2003), pokazala je čak poboljšanje u prihodima pacijenata.

Jedan zabrinjavajući izveštaj (Newfield i dr., 2006), beleži niže rezultate kada je u pitanju kvalitet života (mereno sa SF-36), kod ŽuM pacijenata, u odnosu na generalnu populaciju. Slaba strana te studije leži u činjenici da je 384 učesnika izabrano da učestvuje putem opšteg imejla, umesto sistematskim pristupom, i da nivo i tip tretmana nije zabeležen. Učesnici studije koji su uzimali testosteron, uzimali su ga manje od 5 godina. Zabeležen kvalitet života bio je viši kod pacijenta koji su imali operaciju grudi, nego kod onih koji nisu ($p < .001$). (Slična analiza nije urađena za genitalnu operaciju). Na drugim mestima, Kuhn i saradnici (2009), koristili su King's Health upitnik³, kako bi utvrdili kvalitet života 55 transpolnih pacijenata 15 godina nakon operacije. Rezultati su upoređeni sa rezultatima 20 zdravih pacijentkinja iz kontrolne grupe koje su imale operaciju abdomena/karlice u prošlosti. Rezultati kvaliteta života kod transpolnih pacijenata bili su isti ili bolji nego oni pacijentkinja iz kontrolne grupe za neke subskele

3. Upitnik kojim se utvrđuje kvalitet života žena sa urinarnom inkontinencijom, (prim. prev.).

(emocije, spavanje, inkontinencija, jačina simptoma i ograničenje uloge), ali lošiji u drugim oblastima (opšte zdravstveno stanje, fizička ograničenja i lična ograničenja).

Dve dugoročne opservacione studije, obe retrospektivne, poredile su mortalitet i psihijatrijski morbiditet transpolnih odraslih osoba sa onima iz opšte populacije (Asscheman i dr., 2011; Dhejne i dr., 2011). Analizom podataka registra Švedskog nacionalnog odbora za zdravlje i dobrobit, utvrđeno je da su osobe koje su imale operaciju prilagođavanja pola (191 Muž i 133 ŽuM), imale značajno višu stopu mortaliteta, samoubistva, suicidalnog ponašanja i psihijatrijskog morbiditeta, od onih u netranspolnoj kontrolnoj grupi istog godišta, imigrantskog statusa, prethodnog psihijatrijskog morbiditeta i pola po rođenju (Dhejne i dr., 2011). Na sličan način, jedna studija u Holandiji beleži višu stopu mortaliteta, uključujući i incidence samoubistva, i kod preoperativnih i kod postoperativnih transpolnih pacijenata (966 Muž i 365 ŽuM), nego kod generalne populacije te zemlje (Asscheman i dr., 2011). Nijedna od ove dve studije ne ispituje efikasnost operacije prilagođavanja pola; zaista, obema nedostaje adekvatna grupa transpolnih osoba za upoređivanje, koje ili nisu imale tretman, ili su imale neki drugi tretman (ne genitalnu operaciju). Štaviše, transpolne osobe obuhvaćene ovim studijama bile su u procesima davno, neke sežu i do sedamdesetih godina prošlog veka. Međutim, ovi nalazi naglašavaju potrebu da se ustanovi dobra dugotrajna psihološka i psihijatrijska nega za ovu populaciju. Potrebna su dodatna istraživanja, koja će se fokusirati na ishode tekućih pristupa proceni i tretmanu rodne disforije.

Teško je odrediti efikasnost koju ima sama hormonska terapija u tretiranju rodne disforije. Većina studija koje se bave procenom efikasnosti maskulinizirajuće/feminizirajuće hormonske terapije kod rodne disforije, rađene su sa pacijentima koji su takođe imali i operaciju prilagođavanja pola. Dobri rezultati terapija koje su uključivale i hormone i operaciju zabeleženi su u opsežnom pregledu od više od 2000 pacijenata u 79 studija (uglavnom opservacionih), sprovedenih između 1961. i 1991. (Eldh, Berg i Gustafsson, 1997; Gijs i Brewaeyns, 2007; Murad i dr., 2010; Pfafflin i Junge, 1998). Pacijenti koji su operisani posle 1986. imali su bolje rezultate, od onih operisanih pre te godine; ovo govori o značajnom napretku u domenu hirurških komplikacija (Eldh i dr., 1997). Većina pacijenata prijavilo je poboljšane psihosocijalne ishode, u rasponu od 87% za Muž pacijente

i 97% za ŽuM pacijente (Green i Fleming, 1990). Slična poboljšanja zabeležena su i u švedskoj studiji u kojoj „su skoro svi pacijenti zadovoljni operacijom prilagođavanja pola 5 godina kasnije, a 86% njih je procenjeno od strane kliničkih stručnjaka na kontrolnim pregledima kao stabilno ili bolje, kada je u pitanju globalno funkcionisanje“ (Johansson, Sundbom, Hojerback i Bodlund, 2010). Slabost ovih ranih studija leži u njihovom retrospektivnom pristupu i upotrebi različitih kriterijuma za ocenjivanje ishoda.

Prospektivna studija rađena u Holandiji uključila je ocenjivanje 325 konsekutivnih odraslih osoba i adolescenata koji su želeli operaciju prilagođavanja pola (Smith, Van Goozen, Kuiper i Cohen-Kettenis, 2005). Pacijenti koji su bili podvrgnuti terapiji promene pola (i hormonskoj i hirurškoj intervenciji), pokazali su poboljšanje kroz svoje prosečne rezultate za disforiju, merene skalom za rodnu disforiju - Utrecht Gender Dysphoria Scale. Rezultati kod nezadovoljstva telom i psihološkog funkcionisanja takođe su se popravili u većini kategorija. Manje od 2% pacijenata izrazili su kajanje nakon terapije. Ovo je najveća prospektivna studija kojom se potvrđuju rezultati retrospektivnih studija, da kombinacija hormonske terapije i operativnog zahvata pomaže kod rodne disforije i ostalih oblasti psihosocijalnog funkcionisanja.

Postoji potreba za daljim istraživanjima koja će se baviti efektima hormonske terapije bez operacije, i bez cilja maksimalne fizičke feminizacije ili maskulinizacije.

Sve u svemu, istraživanja i studije beleže stabilan napredak u rezultatima kako se ovo polje sve više razvija. Istraživanje rezultata do sada se uglavnom fokusiralo na rezultate i ishode operacije prilagođavanja pola. U trenutnoj praksi postoji čitav raspon identiteta, uloga i fizičkih adaptacija, kojima bi dobro došlo dodatno praćenje ili dodatno istraživanje rezultata i ishoda (Institute of Medicine, 2011).

Dodatak E: Proces razvitka Standarda nege, 7. verzija

Proces stvaranja i razvitka *Standarda nege, 7. Verzija*, započet je pošto je ustanovljena prva „radna grupa“ *Standarda nege*, 2006. godine. Članovi su pozvani da ispituju posebne delove *Standarda nege, 6. Verzija*. Zamoljeni su da za svaki deo pregledaju relevantnu literaturu, identifikuju polja kojima nedostaju neophodna istraživanja i preporuče potencijalne revizije *Standarda nege*, potkrepljene novim uvidima.

Zatraženi radovi predati su od strane sledećih autora: Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Petra De Sutter, 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 Cuker. Neki od ovih autora odlučili su da dodaju koautore, kako bi im pomogli na ovom zadatku.

Inicijalni nacrti ovih radova trebalo je da budu završeni 1. juna 2007. Većina je bila završena septembra 2007, a ostatak je bio gotov do kraja 2007. Ovi radovi su potom bili predati Međunarodnom časopisu za pitanja transrodnosti (*International Journal of Transgenderism, IJT*). Svaki od njih je prošao kroz regularni proces recenziranja. Finalni radovi objavljeni su u 11. tomu (1-4) 2009, i na taj način postali dostupni za razmatranje i debatu.

Pošto su ovi članci objavljeni, ustanovljen je Odbor za reviziju *Standarda nege*, od strane Odbora direktora WPATH-a 2010. Odbor za reviziju je najpre bio zadužen za debatu i diskutovanje o radovima Međunarodnog časopisa za pitanja transrodnosti putem vebajta.

Podgrupa Odbora za reviziju imenovana je od strane Odbora direktora da radi kao Grupa za pisanje/Grupa autora. Njoj je dodeljeno da pripremi

prvi nacrt *Standarda nege, 7. Verziju*, i nastavi s radom na revizijama koje će uzeti u obzir prošireni Odbor za reviziju. Odbor je takođe imenovao i Međunarodnu Savetodavnu grupu sačinjenu od transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, da daju svoj doprinos reviziji.

Tehnički pisac je angažovan da 1) pregleda sve preporuke za reviziju – i originalne preporuke navedene u člancima Međunarodnog časopisa za pitanja transrodnosti i dodatne preporuke koje su nastale iz onlajn diskusija - i da (2) napravi istraživanje kako bismo dobili dalje informacije i mišljenja o ovim potencijalnim revizijama. Na osnovu rezultata istraživanja, Grupa autora, mogla je da ima uvid u to kakvo je stanovište ovih stručnjaka po pitanju oblasti u kojima se slažu i onih o kojima još treba diskutovati. Potom je tehnički pisac (3) načinio vrlo grubu prvu verziju nacrt *Standarda nege, 7. Verzija*, za Grupu autora koja je trebalo da je razmotri i dalje razvija.

Grupa autora sastala se 4. i 5. marta 2011, na sastanku za stručno konsultovanje. Pregledali su sve preporučene izmene, razgovarali o njima i dostigli konsenzus po pitanju raznih kontroverznih oblasti. Odluke su donesene na osnovu najboljih raspoloživih naučnih saznanja i stručnog konsenzusa. Ove odluke su unesene u nacrt, a dodatne delove je napisala Grupa autora, uz pomoć tehničkog pisca.

Nacrt koji je nastao na sastanku za konsultacije, kasnije je predat Grupi autora i finalizovan uz pomoć tehničkog pisca. Kada je ovaj inicijalni nacrt bio završen, predat je širem Odboru za reviziju *Standarda nege* i Međunarodnoj savetodavnoj grupi. Otvorena je diskusija na Google vebsajtu i održan je konferencijski poziv kako bi se rešila određena pitanja. Mišljenja ovih grupa uzeta su u razmatranje od strane Grupe autora, koja je potom unela nove revizije. Dva dodatna nacrt su urađena i poslata na razmatranje na pomenuti vebsajt (širem Odboru za reviziju i Međunarodnoj savetodavnoj grupi). Po završetku ova tri ponavljanja pregleda i revizije, finalni dokument je predstavljen Odboru direktora WPATH-a i zatražena je njihova potvrda. Odbor direktora odobrio je ovu verziju 14. septembra 2011.

Finansiranje

Proces revizije *Standarda nege* omogućen je velikodušnim grantom Tavani fondacije i darom anonimnog donatora.

Ovim novcem podržane su sledeće aktivnosti:

1. Troškovi angažovanja profesionalnog tehničkog pisca;
2. Proces traženja međunarodnog mišljenja u vezi sa predloženim izmenama od strane stručnjaka za rodni identitet i transrodne zajednice;
3. Radni sastanak Grupe autora;
4. Proces prikupljanja dodatnog fidejeka i mišljenja i stizanja do finalnog ekspertskog konsenzusa profesionalne i transrodne zajednice, *Standardi nege, 7. Verzija*, Odbor za reviziju i WPATH Odbor direktora;
5. Troškovi štampanja i distribucije *Standarda nege, 7. Verzija*, i postavljanje besplatnog primerka za preuzimanje sa interneta na veb-sajt WPATH-a;
6. Plenarno zasedanje radi promocije *Standarda nege, 7. Verzija*, na Bijenalnom simpozijumu WPATH-a 2011, u Atlanti, Džordžija, SAD.

Članovi Odbora za reviziju Standarda nege⁴

Eli Coleman, PhD (USA)* - Predsednik odbora

Richard Adler, PhD (USA)

Walter Bockting, PhD (USA)*

Marsha Botzer, MA (USA)*

George Brown, MD (USA)

Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*

Griet DeCuyper, MD (Belgium)*

Aaron Devor, PhD (Canada)

Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Randi Ettner, PhD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)

4. * Član Grupe autora. Svi članovi Odbora za reviziju Standarda nege, 7. Verzija, odvojili su vreme za rad na ovoj reviziji bez naknade.

Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*
Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfafflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

Međunarodni odbor za izbor savetodavne grupe

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

Međunarodna savetodavna grupa

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)

Craig Andrews, FTM Australia (Australia)

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the
Phillipines (Phillipines)

Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)

Rupert Raj, Shelbourne Health Center (Canada)

Masae Torai, FTM Japan (Japan)

Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

Tehnički pisac

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

Asistent urednika

Heidi Fall (USA)

