

**Međunarodno udruženje za rodnu disforiju
Harry Benjamin**

**Standardi skrbi za poremećaje rodnog
identiteta, šesta verzija**



Izdavačice: Ženska soba – Centar za prevenciju, istraživanje i suzbijanje seksualnog nasilja i žensku seksualnost

E-mail: zenska.soba@zampir.net

Web: www.zenskasoba.org

Naslov izvornika: The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version, 2001.

Prijevod: Jelena Poštić

Lektura: Iva Žegura

Korektura: Petra Ćus

Grafička priprema i oblikovanje: Mladen Katanić

Tisak: Prius d.o.o.
www.prius.hr

Naklada: 450 primjeraka

Brošura je tiskana uz financijsku podršku Fondacije Institut otvoreno društvo iz New Yorka.

Prevedeno i objavljeno uz odobrenje Međunarodnog udruženja za rodnu disforiju Harry Benjamin.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i sveučilišna knjižnica - Zagreb

UDK 614.2-055.3
616-085:159.922.1

HARRY Benjamin International Gender Dysphoria Association (Minneapolis)
Standardi skrbi za poremećaje rodnog identiteta / Međunarodno udruženje za
rodnu disforiju Harry Benjamin ; <prijevod Jelena Poštić>. - Zagreb :
Ženska soba - Centar za prevenciju, istraživanje i suzbijanje
seksualnog nasilja i žensku seksualnost, 2006.

Prijevod djela: The Harry Benjamin
International Gender Dysphoria
Association's Standards of care for gender
identity disorders, 6th version, 2001.

ISBN 953-99558-7-4

I. Rodni identitet -- Poremećaji --
Zdravstvena zaštita

460201030

Međunarodno udruženje za rodnu disforiju Harry Benjamin

Standardi skrbi za poremećaje rodnog identiteta, šesta verzija

Veljača, 2001.

Članice/ovi odbora:

Walter Meyer III M.D. (Predsjedavajući/a), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Stan Monstrey M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.

Ovo je šesta verzija originalnog dokumenta Standarda skrbi iz 1979. godine. Prijašnje promjene učinjene su 1980., 1981., 1990. i 1998. godine.

Sadržaj

I.	Uvodni koncepti	5
II.	Epidemiološka razmatranja	6
III.	Dijagnostička nomenklatura	7
IV.	Stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja	11
V.	Procjena i tretman djece i adolescenata/ica	14
VI.	Psihoterapija odraslih	17
VII.	Uvjeti za hormonsku terapiju kod odraslih	20
VIII.	Učinci hormonske terapije kod odraslih	21
IX.	Iskustvo stvarnog života	25
X.	Operativni zahvati	27
XI.	Operativni zahvati na dojnama	28
XII.	Operativni zahvati na spolnim organima	29
XIII.	Post-tranzicijsko praćenje	31

I. Uvodni koncepti

Svrha Standarda skrbi. Osnovna svrha Standarda skrbi (SOC) je usuglašavanje profesionalnog konsenzusa međunarodnih organizacija oko psihijatrijskog, psihološkog, medicinskog i kirurškog pristupa poremećajima rodnog identiteta. Stručno osoblje može koristiti ovaj dokument kako bi razumjelo parametre unutar kojih mogu pružiti pomoć pojedincima/kama koje/i se nalaze u ovakvim stanjima. Osobe s poremećajima rodnog identiteta, njihove obitelji i društvene institucije mogu koristiti SOC kako bi se upoznale s aktualnim razmišljanjima stručnog osoblja. Sve/i čitatelji/ce moraju biti svjesne/i ograničenosti znanja na ovom području i nade da će neke od kliničkih nejasnoća u budućnosti biti razriješene kroz znanstvena istraživanja.

Krajnji cilj tretmana. Općeniti cilj psihoterapijske, endokrinološke ili kirurške terapije osoba s poremećajima rodnog identiteta je trajna osobna uгода vezana uz doživljaj vlastitog roda kako bi se maksimalizirala opća psihološka dobrobit i samoispunjenje.

Standardi skrbi su kliničke smjernice. Namjera SOC-a je pružanje fleksibilnih smjernica za tretman osoba s poremećajima rodnog identiteta. Kada su utvrđeni potrebni uvjeti, zamišljeni su kao minimalni uvjeti. Individualno stručno osoblje i organizirani programi mogu ih modificirati. Klinička odstupanja od ovih smjernica mogu proizlaziti iz pacijentove/ičine specifične anatomske, socijalne ili psihološke situacije, profesionalne metode rješavanja uobičajene situacije razvijene iskustvom ili protokola istraživanja. Ova odstupanja treba prepoznati kao takva, objasniti ih pacijentu/ici i dokumentirati, kako radi pravne zaštite, tako i zbog toga da bi kratkoročni i dugoročni rezultati mogli pridonijeti razvoju ovog područja.

Klinički prag. Klinički prag prijeđen je kada zabrinutost, nesigurnosti i pitanja oko rodnog identiteta koji traju tijekom razvoja osobe, postanu toliko intenzivni da joj to postaje najvažniji aspekt života ili joj onemogućavaju uspostavljanje relativno nekonfliktnog rodnog identiteta. Za ovakva osobna previranja koriste se brojni neslužbeni nazivi kao što su problemi rodnog identiteta, rodna disforija, rodni problem, rodna zabrinutost, rodno nezadovoljstvo, rodni konflikt ili transseksualizam. Ovakva previranja pojavljuju se od predškolske dobi do starosti i imaju brojne oblike. To se odražava na različiti stupanj osobnog nezadovoljstva sa spolnim identitetom, spolno i rodno obilježavajućim tjelesnim karakteristikama, rodnim ulogama, rodnim identitetom i doživljajem drugih. Kada nezadovoljni/e pojedinci/ke udovoljavaju određenim kriterijima jedne od dviju službenih nomenklatura – Međunarodne klasifikacije bolesti – 10 (International Classification of Diseases – 10, ICD – 10) ili Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje – četvrto izdanje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, DSM- IV) – službeno se potvrđuje da pate od

poremećaja rodnog identiteta (Gender Identity Disorder – GID). Neke osobe s poremećajem rodnog identiteta prelaze i drugi prag – one/i trajno osjećaju želju za kirurškom transformacijom svojih tijela.

Postoje dvije primarne populacije kod kojih se pojavljuje poremećaj rodnog identiteta – biološki muškarci i biološke žene. Spol pacijenta/ice je uvijek značajan faktor u nošenju s poremećajem rodnog identiteta. Kliničari/ke trebaju posebno razmotriti biološke, socijalne, psihološke i ekonomske dvojbe svakog spola. Bez obzira na to, kod svih pacijenata/ica treba se pridržavati SOC-a.

II. Epidemiološka razmatranja

Učestalost. Kada su poremećaji rodnog identiteta privukli profesionalnu pažnju, kliničke perspektive su uglavnom bile usmjerene na to kako identificirati kandidatkinje/te za operativni zahvat promjene spola. Kako je područje napredovalo, stručnjaci/kinje su prepoznali/e da neke osobe s poremećajima rodnog identiteta ne žele, niti su kandidati/kinje za operaciju promjene spola. Najranija procjena učestalosti transseksualizma među odraslima bila je 1 na 37 000 muškaraca i 1 na 107 000 žena. Najnovija informacija, iz Nizozemske, o učestalosti transseksualnosti, kao krajnje točke spektra poremećaja rodnog identiteta, je 1 na 11 900 muškaraca i 1 na 30 400 žena. Četiri opažanja, još uvijek nepotvrđena sistematskom studijom, povećavaju vjerojatnost još veće učestalosti: 1) neprepoznati rodni problemi su povremeno dijagnosticirani kada pacijenti/ce pate od tjeskobe, depresije, bipolarnog poremećaja, poremećaja ponašanja, zlostrebe opojnih sredstava, disocijativnih poremećaja identiteta, graničnih poremećaja ličnosti, ostalih seksualnih poremećaja i interseksualnih stanja; 2) neki muški transvestiti, oni koji uprizoruju ženske uloge, transrodne osobe i ženske i muške homoseksualne osobe koje nisu pacijenti/ce mogu imati neki oblik poremećaja rodnog identiteta; 3) intenzitet poremećaja rodnog identiteta kod neke osobe varira ispod i iznad kliničkog praga; 4) rodne varijacije kod pojedinaca/ki sa ženskim tijelom su relativno nevidljive društvu, posebno stručnom osoblju iz područja mentalnog zdravlja i znanstvenicima/ama.

Povijest prirode poremećaja rodnog identiteta. U idealnom slučaju, podaci o prirodnoj geneti previranja rodnog identiteta utjecat će na odluke o tretmanu. Oni su manjkavi, osim za demonstraciju, da bez terapije, većina dječaka i djevojčica s poremećajima rodnog identiteta preraste svoju želju za promjenom spola i roda. Nakon što je postavljena dijagnoza poremećaja rodnog identiteta terapijski pristup najčešće uključuje tri elementa ili faze (ponekad označeno kao trijadna terapija): iskustvo stvarnog života u željenoj ulozi, hormoni željenog roda i operativni zahvat promjene spolnih organa i drugih spolnih karakteristika.

Pet, ne tako čvrsto znanstveno utvrđenih, opažanja onemogućavaju kliničarima/kama propisivanje trijadne terapije temeljene samo na dijagnozi: 1) neke pažljivo dijagnosticirane osobe spontano promjene svoje težnje; 2) druge naprave odgovarajuće prilagodbe svojim rodnim identitetima bez medicinskih intervencija; 3) neke odustanu od želje za sudjelovanjem u trijadnoj terapiji tijekom psihoterapije; 4) neke klinike za poremećaje rodnog identiteta imaju neobjašnjivo veliku stopu odustajanja i 5) postotak osoba koje nemaju koristi od trijadne terapije značajno varira od studije do studije. Mnogo osoba s poremećajima rodnog identiteta željet će sva tri elementa trijadne terapije. Najčešće je redosljed trijadne terapije sljedeći: hormoni ==> iskustvo stvarnog života ==> operativni zahvat, a ponekad je iskustvo stvarnog života ==> hormoni ==> operativni zahvat. Kod nekih bioloških žena, poželjan slijed može biti hormoni ==> operativni zahvat na dojčkama ==> iskustvo stvarnog života. No, dijagnoza poremećaja rodnog identiteta zahtjeva razmatranje različitih terapijskih opcija, a cjelokupna trijadna terapija je samo jedna od njih. Kliničari/ke sve više postaju svjesne/i da sve osobe s poremećajem rodnog identiteta ne trebaju ili ne žele sva tri elementa trijadne terapije.

Kulturološke razlike u varijacijama rodnog identiteta u svijetu. Iako su epidemiološke studije utvrdile da slična osnovna stopa poremećaja rodnog identiteta postoji svugdje u svijetu, vjerojatno je da će kulturološke razlike od zemlje do zemlje utjecati na to koja će se ponašanja smatrati izražavanjem tih stanja. Nadalje, pristupačnost tretmana, troškovi tretmana, terapije koje se nude i društveni stavovi prema osobama koje rodno odstupaju i stručno osoblje koje pruža skrb veoma su različiti od mjesta do mjesta. Iako u većini zemalja, prelaženje rodnih granica obično generira moralnu osudu više nego suosjećanje, u nekim kulturama postoje primjeri gdje ponašanja koja prelaze rodne granice (npr. duhovni/e vođe/tkinje) nisu stigmatizirana.

III. Dijagnostička nomenklatura

Pet elemenata kliničkog rada. Stručni rad s pacijentima/cama s poremećajima rodnog identiteta uključuje nešto od sljedećeg: dijagnostičku procjenu, psihoterapiju, iskustvo stvarnog života, hormonsku terapiju i kiruršku terapiju. Ovaj dio pruža pozadinu za dijagnostičku procjenu.

Razvoj nomenklature. Termin transseksualac/ka uveden je u profesionalnu i javnu upotrebu u pedesetim godinama kao način označavanja osobe koja teži ka ili stvarno živi u anatomske suprotnoj rodnoj ulozi, bez obzira je li uzimala hormone ili je izvršena operacija. Tijekom šezdesetih i sedamdesetih kliničari/ke su upotrebljavali/e termin istinski/a transseksualac/ka. Istinskim/om

transseksualcem/kom smatrala se osoba s karakterističnim obrascem atipičnog razvoja rodnog identiteta za koju se predviđalo da će joj se život poboljšati kroz nekoliko faza tretmana koji će kulminirati operativnim zahvatom na spolnim organima. Smatralo se da «istinska/i transseksualka/ac» mora imati: 1) suprotne rodne identifikacije koje su konstantno izražavane kroz ponašanje u djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi; 2) minimalno ili nikakvo seksualno uzbuđenje vezano za *cross dressing*¹; 3) nema heteroseksualne interese, s obzirom na svoj anatomski spol. Istinski/a transseksualac/ka može biti bilo kojeg spola. Istinski transseksualni muškarci razlikovali su se od muškaraca kod kojih se pojavila želja da mijenjaju spol i rod kroz prilično maskulini biheviralni razvojni put. Vjerovanje u koncept istinskog transseksualca za muškarce prestalo je sa spoznajom da se ovakvi pacijenti rijetko pojavljuju i da su neki od istinskih transseksualaca falsificirali svoju prošlost kako bi im se priče slagale s najranijim teorijama o poremećaju. Koncept o istinskim transseksualnim ženama nikada nije izazvao dijagnostičke nejasnoće, najvećim dijelom zbog toga što je prošlost pacijentica bila relativno dosljedna a rodno varijantna ponašanja, kao što je *cross-dressing*, ostala neprepoznata od strane kliničara/ki. Kasnije je usvojen termin «sindrom rodne disforije» kako bi se imenovala prisutnost rodnog problema kod bilo kojeg spola i upotrebljavao se sve dok psihijatrija nije razvila svoju službenu nomenklaturu.

Dijagnoza transseksualizma uvedena je u DSM-III, 1980. godine, za rodno disforične pojedinke/ce koji/e su iskazivali/e najmanje dvije godine kontinuiranog interesa za transformacijom spola njihovog tijela i njihovog društvenog rodnog statusa. Kod ostalih s rodnom disforijom može se dijagnosticirati poremećaj rodnog identiteta u adolescenciji ili odrasloj dobi, netransseksualni tip; ili poremećaj rodnog identiteta, neodređen. Mediji su najčešće ignorirali dijagnostičke termine i upotrebljavali termin transseksualac/ka za svaku osobu koja je željela promijeniti svoj spol ili rod.

DSM-IV. 1994. odbor DSM-a je zamijenio dijagnozu transseksualizam s poremećaj rodnog identiteta². Ovisno o dobi, osobama s jakom i trajnom suprotnom rodnom identifikacijom i trajnom nelagodnom sa njihovim spolom ili osjećajem nepripadanja rodnoj ulozi tog spola treba biti dijagnosticiran Poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu (302.6), adolescenciji ili u odrasloj dobi (302.85). Za osobe kod kojih ne nalazimo ove kriterije, treba upotrijebiti dijagnozu poremećaj rodnog identiteta, neodređen (302.6). Ova kategorija uključuje različite pojedince/ke; one koji/e žele samo kastraciju ili odstranjenje penisa bez želje da se razviju dojke, one koji/e žele hormonsku terapiju i odstranjenje

¹ *cross-dressing* - odijevanje odjeće koja se stereotipno smatra odjećom roda koji osobi nije pripisan (op. prev.).

² U hrvatskom izdanju prijevoda Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje – četvrto izdanje, koristi se termin poremećaj spolnog identiteta (op. prev.).

dojki bez rekonstrukcije spolnih organa, one s prirođenim interseksualnim obilježjima, one s prolaznim stresom povezanim s *cross dressing-om* i one sa značajnom podvojenošću u odricanju svog rodnog statusa. Pacijenti/ce kojima je dijagnosticiran poremećaj rodnog identiteta ili poremećaj rodnog identiteta, neodređen, trebaju se subklasificirati ovisno o seksualnoj orijentaciji: one/i koje privlače muškarci, oni/e koje privlače žene, oni/e koje privlače oboje, oni/e koje ne privlače niti jedni niti drugi. Svrha ove subklasifikacije je da, kroz određeno vremensko razdoblje, pomogne u utvrđivanju je li osoba jedne ili druge seksualne orijentacije ostvaruju bolje rezultate upotrebljavajući određene terapijske pristupe, njezina svrha nije usmjeravanje odluke o tretmanu.

Između izdavanja DSM-a III i DSM-a IV, na različite načine počeo se upotrebljavati termin «transrodnost». Neki/e su ga upotrebljavali/e za osobe s neuobičajenim rodnim identitetima bez vrijednosnog suda – što znači, bez konotacije psihopatologije. Neki ljudi neslužbeno upotrebljavaju taj termin za sve osobe s bilo kojim tipom problema rodnog identiteta. Transrodnost nije službena dijagnoza, ali mnoge stručne osobe kao i dio javnosti upotrebljavaju ovaj neformalni termin umjesto poremećaj rodnog identiteta, neodređen, koji jest službena dijagnoza.

ICD-10. ICD-10 sada pruža pet dijagnoza za Poremećaje rodnog identiteta (F64):

Transseksualizam (F64.0) ima tri kriterija:

1. Želja da se živi i bude prihvaćen/a kao pripadnik/ca suprotnog spola, obično praćeno željom da mu/joj se tijelo što je moguće više uskladi s preferiranim spolom kroz operativni zahvat i hormonski tretman;
2. Transseksualni identitet je stalno prisutan kroz najmanje dvije godine;
3. Poremećaj nije simptom nekog drugog mentalnog poremećaja ili kromosomske nepravilnosti.

Transvestizam dvostruke uloge (F64.1) ima tri kriterija:

1. Pojedinac/ka se oblači u odjeću suprotnog spola s ciljem da izrazi privremenu pripadnost suprotnom spolu;
2. Nema seksualne motivacije za *cross dressing*;
3. Pojedinac/ka nema želju za trajnom promjenom u suprotni spol.

Poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu (64.2) ima posebne kriterije za djevojčice i dječake.

Za djevojčice:

1. Pojedinka/ac pokazuje trajnu i snažnu tjeskobu jer je djevojčica i izražava želju da bude dječak (ne samo želju za nekom kulturološkom prednošću dječaka) ili tvrdi da je dječak;

2. Nešto od sljedećeg mora biti prisutno:
 - a) Trajna izražena averzija prema normativnom ženskom odijevanju i inzistiranje na odijevanju stereotipno muške odjeće;
 - b) Trajno neprihvatanje ženskih anatomskih struktura, koje se dokazuju s najmanje jednim od sljedećeg:
 1. Tvrdnja da ima ili da će joj narasti penis;
 2. Odbijanje uriniranja u sjedećem položaju;
 3. Tvrdnja da ne želi da joj narastu dojke ili da ima menstruaciju.
3. Djevojčica još nije u pubertetu;
4. Poremećaj mora biti prisutan najmanje 6 mjeseci.

Za dječake:

1. Pojedinac/ka pokazuje trajnu i snažnu tjeskobu jer je dječak i izražava želju da bude djevojčica, ili rjeđe, tvrdi da je djevojčica;
2. Nešto od sljedećeg mora biti prisutno:
 - a) Zaokupljenost sa stereotipno ženskim aktivnostima, koja se iskazuje kroz sklonost bilo odijevanju bilo simulaciji ženskog odijevanja, ili kroz jaku želju za sudjelovanjem u igrama i razonodi djevojčica i odbacivanje stereotipno muških igračaka, igara i aktivnosti;
 - b) Trajno neprihvatanje muških anatomskih struktura, koje se dokazuju sa najmanje jednom od sljedećih tvrdnji koje se ponavljaju:
 1. Tvrdnja da će odrastajući postati žena (ne samo u smislu uloge);
 2. Da su njegov penis ili testisi odvrtni ili da će nestati;
 3. Da bi bilo bolje da nema penis ili testise.
3. Dječak još nije u pubertetu;
4. Poremećaj mora biti prisutan najmanje 6 mjeseci.

Ostali poremećaji rodnog identiteta (F64.8) nemaju specifičnih kriterija.

Poremećaj rodnog identiteta, neodređen (F64.9) nema specifičnih kriterija.

Bilo koja od prethodne dvije dijagnoze može se upotrijebiti kod interseksualnih stanja.

Svrha DSM-a IV i ICD-a 10 je davanje smjernica za tretmane i istraživanja. Kroz različita vremenska razdoblje, različite profesionalne grupe, stvorile su konsenzusom ove nomenklature. Očekuje se da će razlike između sustava u budućnosti biti eliminirane. Ovog časa, specifične dijagnoze temeljene su više na kliničkom rasuđivanju nego na znanstvenim istraživanjima.

Da li su poremećaji rodnog identiteta mentalni poremećaji? Da bi bio kvalificiran kao mentalni poremećaj, obrazac ponašanja mora rezultirati značajnim nedostatkom u prilagodbi osobe ili uzrokovati osobnu duševnu patnju.

DSM-IV i ICD-10 definiraju stotine mentalnih poremećaja koji se razlikuju po nastanku, trajanju, patogenezi, funkcionalnoj nesposobnosti i mogućnostima tretmana. Označavanje poremećaja rodnog identiteta kao mentalnih poremećaja ne daje dopuštenje za stigmatizaciju, ili uskraćivanje građanskih prava pacijenata/ica s poremećajem rodnog identiteta. Upotreba službenih dijagnoza je često važna zbog pružanja potpore, pokrivanja troškova zdravstvenog osiguranja i usmjeravanja istraživanja kako bi se u budućnosti osigurali učinkovitiji tretmani.

IV. Stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja

Deset zadataka stručnih osoba iz područja mentalnog zdravlja. Stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja koje rade s osobama s poremećajima rodnog identiteta imaju niz odgovornosti:

1. točno dijagnosticirati rodni poremećaj pojedinca/ke;
2. točno dijagnosticirati komorbiditet ostalih psihijatrijskih stanja i pobrinuti se za odgovarajući tretman;
3. savjetovati pojedinca/ku o rasponu mogućih opcija tretmana i njihovim posljedicama;
4. provoditi psihoterapiju;
5. utvrditi prikladnost i spremnost za hormonsku i kiruršku terapiju;
6. pripremiti službene preporuke za kolege/ice liječnike/ce i kirurge/inje;
7. dokumentirati značajne pojedinosti iz prošlosti pacijenta/ice u pismu preporuke;
8. sudjelovati u timu stručnih osoba koje se bave poremećajima rodnog identiteta;
9. educirati članove/ice obitelji, poslodavce/ke i institucije o poremećajima rodnog identiteta;
10. biti na raspolaganju za daljnje praćenje pacijenata/ica.

Specijalist/ica za odrasle: Edukacija stručnog osoblja iz područja mentalnog zdravlja, a koje se specijalizira za poremećaje rodnog identiteta odraslih, počiva na temeljnoj općenitoj kliničkoj osposobljenosti za dijagnosticiranje i tretman mentalnih i emocionalnih poremećaja. Klinički trening može se obaviti unutar službeno priznate discipline kao što su primjerice psihologija, psihijatrija, socijalni rad, savjetovanje ili njega. Sljedeći se minimalni stupanj obrazovanja preporuča za posebnu osposobljenost za rad s poremećajima rodnog identiteta:

1. Magisterij ili njegov ekvivalent na polju kliničke bihevioralne znanosti. Ovaj ili viši akademski stupanj trebaju biti dodijeljeni od strane institucije ovlaštene od priznatog nacionalnog ili regionalnog odbora. Stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja treba imati pismene potvrde od odgovarajuće obrazovne ustanove i važeću licencu;

2. Specijalizirani trening i stručnost u procjeni DSM-IV/ICD-10 seksualnih poremećaja (ne samo poremećaja rodnog identiteta)
3. Dokumentirani supervizirani trening i osposobljenost iz psihoterapije;
4. Kontinuirana edukacija o tretiranju poremećaja rodnog identiteta, što može uključivati, sudjelovanje na stručnim sastancima, radionicama ili seminarima ili sudjelovanje u istraživanjima povezanim s pitanjima rodnog identiteta.

Dječji/a specijalist/ica: Stručna osoba koja procjenjuje i pruža terapiju za djecu ili mlade u ranoj adolescenciji koji pate od poremećaja rodnog identiteta treba biti osposobljena iz područja dječje i adolescentske razvojne psihopatologije. Stručna osoba treba biti osposobljena za dijagnosticiranje i tretman uobičajenih problema djece i adolescenata/ica. Ovo su dodatni zahtjevi koji trebaju biti ispunjeni uz zahtjeve koje treba ispunjavati specijalist/ica za odrasle.

Razlika između prikladnosti i spremnosti. SOC pruža preporuke za potrebne uvjete hormonskog tretmana i operativnih zahvata. Bez prvotnog utvrđivanja preporučenih potrebnih uvjeta, pacijent/ica i terapeut/kinja ne smiju zahtijevati hormone ili operativni zahvat. Primjer potrebnih uvjeta jest: osoba mora u potpunosti živjeti u željenom rodu dvanaest mjeseci prije operativnog zahvata na spolnim organima. Da bi se udovoljilo ovom kriteriju, stručna osoba mora dokumentirati da je iskustvo stvarnog života upravo toliko trajalo. Udovoljavanje kriterija spremnosti – daljnje učvršćivanje razvoja rodnog identiteta ili poboljšanja mentalnog zdravlja u novoj ili potvrđenoj rodnoj ulozi – je kompliciranije jer ovisi o prosudbi kliničara/ke i pacijenta/ice.

Odnos stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja, liječnika/ce koji/a propisuje hormone i kirurga/inje. Stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja, koja preporuča hormonsku i kiruršku terapiju dijeli zakonsku i etičku odgovornost za tu odluku zajedno s liječnikom/com koji/a provodi tretman. Hormonski tretman često može ublažiti tjeskobu i depresiju kod ljudi bez korištenja dodatnih psihotropnih lijekova. Međutim, neki pojedinci/ke trebaju psihotropne lijekove prije ili usporedo s uzimanjem hormona ili izvođenjem operativnog zahvata. Od stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja očekuje se da to procijeni i pobrine se da se pacijentu/ici ponude odgovarajući psihotropni lijekovi. Prisutnost drugih psihijatrijskih bolesti u komorbiditetu nužno ne isključuje hormonski ili kirurški tretman, ali neke dijagnoze mogu stvoriti teške dileme vezane za tretman i mogu dogoditi ili isključiti oba tretmana.

Pismo s dokumentacijom za hormonsku terapiju ili operativni zahvat stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja mora jezgrovito istaknuti:

1. pacijentove/ičine općenite identifikacijske karakteristike;
2. inicijalne i kasnije utvrđene rodne, seksualne i druge psihijatrijske dijagnoze;
3. trajanje njihovog profesionalnog odnosa uključujući i tip psihoterapije ili procjene koju je pacijent/ica prošao/la;
4. utvrđeni kriterij prikladnosti i utemeljenost hormonske terapije ili operativnog zahvata;
5. stupanj do kojeg je pacijent/ica pratio/la Standarde skrbi do tada i vjerojatnost buduće usklađenosti;
6. je li autor/ica izvještaja dio tima koji se bavi rodnim pitanjima;
7. da pošiljatelj/ica pristaje na telefonski poziv kako bi se potvrdila činjenica da je stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja zaista napisao/la pismo kako je to opisano u navedenom dokumentu.

Sistematičnost i potpunost ovih pisama osiguravaju liječniku/ci koji/a propisuje hormone i kirurgu/inji važan stupanj sigurnosti da stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja ima dovoljno znanja i stručnosti o poremećajima rodnog identiteta.

Za pokretanje hormonske terapije ili za operativni zahvat na dojčkama zahtjeva se jedno pismo. Jedno pismo stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja, koje uključuje i gore navedenih sedam točaka, upućeno liječniku/ci koji/a će biti odgovoran/a za medicinski tretman pacijenta/ice, dovoljno je za pokretanje hormonske terapije ili upućivanje na operativni zahvat na dojčkama (na primjer odstranjivanje dojki, rekonstrukcija dojki ili povećanje dojki).

Za operativni zahvat na spolnim organima zahtijevaju se dva pisma. Operativni zahvat na spolnim organima kod bioloških muškaraca može uključivati: odstranjivanje testisa, odstranjivanje penisa, oblikovanje klitorisa, oblikovanje usana, stvaranje nove vagine; kod bioloških žena može uključivati odstranjivanje maternice, odstranjivanje jajnika i jajovoda, odstranjivanje vagine, oblikovanje vanjskog ušća mokraćne cijevi, oblikovanje mošnjji, oblikovanje mokraćne cijevi, ugradnju proteze testisa, ili stvaranje novog penisa.

Idealno je ako stručno osoblje iz područja mentalnog zdravlja provodi svoje zadatke i periodički izvještava o tim procesima kao dio tima drugog stručnog osoblja iz područja mentalnog zdravlja i nepsihijatrijskih liječnika/ca. Jedno pismo liječniku/ci koji/a obavlja operativni zahvat na spolnim organima će, općenito gledajući, biti dovoljno ukoliko ga potpišu dvije stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja.

Međutim, češća je situacija, da pisma preporuke upućuju stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja koje se samostalno bave mentalnim zdravljem, dakle bez sudjelovanja kolega/ica koji/e se bave poremećajima rodnog identiteta. Budući da se stručno osoblje koje radi samostalno ne mora nužno koristiti profesionalnim konzultacijama u slučajevima povezanim s rodom, zahtijevaju se dva pisma preporuke prije pristupanja operativnim zahvatima na spolnim organima. Ukoliko je prvo pismo od osobe s akademskim stupnjem magisterija, drugo pismo mora biti od psihijatra/ice ili kliničkog/e psihologa/inje s akademskim stupnjem doktora/ice znanosti, od kojeg/e se može očekivati adekvatna procjena drugih psihijatrijskih komorbidnih stanja. Ukoliko je prvo pismo od pacijentova/ičina psihoterapeuta/kinje, drugo pismo mora biti od osobe koja je za pacijenta/icu obavljala samo procjenu. Od oba pisma se očekuje da pokrivaju iste teme. Barem jedno pismo mora biti sveobuhvatan izvještaj. Osoba koja piše drugo pismo, nakon što je pročitala prvo, može dati samo kratki sažetak i izraziti slaganje s preporukom.

V. Procjena i tretman djece i adolescenata/ica

Fenomenologija. Poremećaji rodnog identiteta kod djece i adolescenata/ica, s obzirom na brzinu i dramatičnost razvojnog procesa u toj dobi (fizičkog, psihološkog i seksualnog) razlikuju se od onih koje susrećemo kod odraslih. Poremećaji rodnog identiteta kod djece i adolescenata/ica predstavljaju složena stanja. Mlada osoba može doživljavati svoj fenotipski spol proturječnim vlastitom doživljaju rodnog identiteta. Intenzivna uznemirenost često je prisutna posebno u adolescenciji, a česte su i s time povezane emocionalne poteškoće i poteškoće u ponašanju. Veća je fluidnost i varijabilnost, što se tiče ishoda, pogotovo kod djece u prepubertetskoj dobi. Samo mali broj djece s rodnim nesuglasjem postanu transseksualne osobe, iako mnoga na kraju razviju homoseksualnu orijentaciju.

Najčešći oblici konflikata rodnog identiteta koje susrećemo kod djece i adolescenata/ica uključuju izraženu želju da budu drugog spola; *cross dressing*; igranje igara i s igračkama koje se obično povezuju s rodom s kojim se dijete identificira; izbjegavanje odjeće, ponašanja i igara koje se obično povezuju sa spolom i rodom koji mu/joj je pripisan; sklonost prema prijateljima/cama i društvu onog spola i roda s kojim se dijete identificira; odbojnost prema osobnim tjelesnim spolnim karakteristikama i funkcijama. Poremećaji rodnog identiteta se češće dijagnosticiraju među dječacima.

Fenomenološki, postoji kvalitativna razlika između načina na koji djeca i adolescenti/ce izražavaju svoje spolne i rodne nelagode od načina na koji izražavaju zablude ili druge psihotične simptome. Zablude o tijelu ili rodu mogu se

javiti u psihotičnim stanjima, ali se one mogu razlikovati od fenomena poremećaja rodnog identiteta. Poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu nije ekvivalent onome u odrasloj dobi i prijašnji neizbježno ne vodi kasnijem. Što je mlađe dijete, manje su sigurni i vjerojatno raznovrsniji mogući ishodi.

Psihološke i socijalne intervencije. Zadatak dječje/g specijalista/ice iz područja mentalnog zdravlja je pružanje procjene i tretmana koji je, općenito, usklađen sa sljedećim smjernicama:

1. Stručna osoba treba prepoznati i prihvatiti problem rodnog identiteta. Prihvaćanje i uklanjanje tajnosti može donijeti značajno olakšanje.
2. Procjena mora istražiti prirodu i karakteristike djetetovog ili adolescentovog/ičinog rodnog identiteta. Treba biti provedena kompletna psihodijagnostička i psihijatrijska procjena. Kompletna procjena treba uključivati obiteljsku procjenu jer su drugi emocionalni problemi kao i problemi u ponašanju vrlo uobičajeni, a često su prisutna i neriješena pitanja u djetetovom okruženju.
3. Terapija se treba fokusirati na poboljšanje svih drugih problema u djetetovom životu i smanjivanje tjeskobe koju dijete doživljava zbog problema s rodnim identitetom kao i drugih poteškoća. Dijete i obitelj trebaju imati podršku u donošenju teških odluka vezanih za to do koje mjere će djetetu dozvoliti preuzimanje rodne uloge sukladne s njegovim ili njezinim rodnim identitetom. Ovo uključuje pitanja treba li obavijestiti druge o djetetovoj situaciji, i kako bi drugi/e koji/e sudjeluju u djetetovom životu trebali/e reagirati; na primjer, treba li dijete pohađati školu koristeći ime i odjeću spola koji je suprotan onom koji mu je pripisan. Isto tako trebaju imati podršku u smislu tolerancije nesigurnosti i tjeskobe vezane za djetetovo rodno izražavanje kao i podršku u tome kako se s time nositi. Sastanci mreže stručnih osoba mogu biti vrlo korisni za nalaženje odgovarajućih rješenja za ove probleme.

Fizičke intervencije. Prije razmatranja bilo kakve fizičke intervencije, mora biti provedeno sveobuhvatno istraživanje psihološke, obiteljske i socijalne situacije. Fizičke intervencije moraju se razmatrati u kontekstu adolescentskog razvoja. Razvoj rodnog identiteta u adolescenciji može se odvijati brzo i neočekivano. Promjena vezana s smjeru rodne usklađenosti u adolescenciji može se javiti prvenstveno zbog nastojanja da se ugodi obitelji i ne mora trajati ili predstavljati trajnu promjenu rodnog identiteta. Identitetska uvjerenja kod adolescenta/ica mogu postati čvrsta i snažno izražena, dajući krivi dojam nepovratnosti, a više fluidnosti može se javiti u kasnijoj fazi. Zbog tih razloga, nepovratne fizičke intervencije treba odgoditi koliko god je to klinički opravdano. Pritisak za fizičkom intervencijom zbog stupnja uznemirenosti u adolescenciji može biti velik i u takvim okolnostima treba razmotriti uvjete upućivanja multidisciplinarnim specijaliziranim službama za djecu i adolescente/ice, tamo gdje one postoje.

Fizičke intervencije dijele se na tri kategorije ili nivoa:

1. Potpuno povratne intervencije. Ovo uključuje upotrebu LHRH agonista i medroksiprogesterona kako bi se suzbilo stvaranje estrogena ili testosterona, a posljedično i odgodile fizičke promjene u pubertetu.
2. Djelomično povratne intervencije. Ovo uključuje hormonske intervencije koje maskuliniziraju ili feminiziraju tijelo, kao što je davanje testosterona biološkim ženama i estrogena biološkim muškarcima. Povratak može uključivati kirurške intervencije.
3. Nepovratne intervencije. Ovdje pripadaju kirurške intervencije.

Proces u više nivoa preporuča se kako bi se ostavile otvorene mogućnosti kroz prva dva nivoa. Prelazak s jednog na drugi nivo ne smije se napraviti prije nego što je mladoj osobi i njezinoj obitelji pruženo dovoljno vremena da se potpuno prilagode učincima ranijih intervencija.

Potpuno povratne intervencije. Adolescenti/ce mogu biti prikladni/e za hormone koji odgađaju pubertet čim počnu pubertetske promjene. Kako bi se adolescentu/ici i njegovim/njezinim roditeljima omogućilo donošenje odluke na temelju informiranosti o odgađanju puberteta, preporuča se da adolescent/ica započne pubertet u svom biološkom spolu, po Tanneru, barem do druge razine. Ukoliko se iz kliničkih razloga smatra da je u pacijentovom/ičinom interesu ranija intervencija, ona se mora provesti uz pedijatrijsko endokrinološko mišljenje i uz više od jednog psihijatrijskog mišljenja.

Ovu intervenciju opravdavaju dva cilja: a) kako bi se dobilo na vremenu za daljnje istraživanje rodnog identiteta i drugih razvojnih problema kroz psihoterapiju; i b) kako bi se olakšala promjena ukoliko adolescent/ica dalje nastavlja s promjenom spola i roda. Kako bi se adolescentu/ici omogućili hormoni za odgađanje puberteta potrebno je utvrditi sljedeće kriterije:

1. adolescent/ica je tokom djetinjstva iskazivao/la naglašeni obrazac suprotnog spolnog i rodnog identiteta i averziju prema očekivanim ponašanjima rodne uloge;
2. spolna i rodna nelagoda je značajno porasla s početkom puberteta;
3. obitelj pristaje na terapiju i sudjeluje u terapiji.

Biološki muškarci tretiraju se s LHRH agonistima (koji zaustavljaju izlučivanje gonadotropina – hormona hipofize, a posljedično i izlučivanje testosterona), ili s progestinima ili antiandrogenima (koji blokiraju izlučivanje testosterona ili neutraliziraju njegovo djelovanje). Biološke žene tretiraju se s LHRH agonistima ili s dostatnom količinom progestina (koji zaustavlja stvaranje estrogena i progesterona) kako bi prestala menstruacija.

Djelomično povratne intervencije. Adolescenti/ce mogu biti prikladni/e za početak maskulinizirajuće ili feminizirajuće hormonske terapije, najranije sa 16 godina. Pristanak roditelja je poželjan. U mnogim zemljama šesnaestogodišnjaci/kinje se smatraju zakonski sposobnima za donošenje medicinskih odluka i za njihovo donošenje ne trebaju pristanak roditelja.

Sudjelovanje stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja je uvjet prikladnosti za trijadnu terapiju tijekom adolescencije. Za provođenje iskustva stvarnog života ili hormonske terapije stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja mora se baviti s pacijentom/icom i obitelji minimalno šest mjeseci. Iako broj sastanaka kroz šestomjesečni period ovisi o procjeni kliničara/ke, namjera je da se hormoni i iskustvo stvarnog života pažljivo i opetovano razmatraju tijekom vremena. Kada se radi o pacijentima/cama koji/e su započeli sa iskustvom stvarnog života prije nego što je počelo njihovo praćenje, stručna osoba s njima i njihovim obiteljima mora temeljito raditi uz pažljivo ponovno razmatranje onoga što se događa tijekom vremena.

Nepovratne intervencije. Nikakve kirurške intervencije ne smiju se provoditi prije odrasle dobi ili prije najmanje dvije godine iskustva stvarnog života u rodnoj ulozi spola s kojim se adolescent/ica identificira. Prag od 18 godina treba se smatrati kriterijem prikladnosti, a ne indikacijom za aktivnu intervenciju.

VI. Psihoterapija odraslih

Osnovna zapažanja. Mnogo odraslih s poremećajem rodnog identiteta pronalazi zadovoljavajuće, učinkovite načine života koji ne uključuju sve komponente trijadne terapije.

Iako neki pojedinci/ke uspijevaju sami/e, psihoterapija može biti od velike pomoći kod procesa spoznavanja i sazrijevanja koji omogućuje zadovoljstvo sa samim/om sobom.

Psihoterapija nije apsolutni uvjet za trijadnu terapiju. Svaki/a odrasli/a pacijent/ica s poremećajem rodnog identiteta ne treba psihoterapiju kako bi nastavio/la s hormonskom terapijom, iskustvom stvarnog života, hormonima ili operativnim zahvatima. Individualni programi razlikuju se ovisno o mjeri do koje psihoterapiju smatraju potrebnom. Kada početna procjena stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja vodi k preporuci za psihoterapiju, kliničar/ka treba odrediti ciljeve tretmana i predvidjeti njegovu učestalost i trajanje. Tri su razloga zbog kojih nije utvrđen minimalan broj psihoterapijskih sastanaka koji se zahtjeva prije hormonske terapije, iskustva stvarnog života ili operativnog zahvata: 1) pacijenti/ce se vrlo razlikuju s obzirom na sposobnost da postignu iste ciljeve u određenom vremenu; 2) minimalan broj sastanaka često se doživljava kao

prepreka, što obeshrabruje izvornu mogućnost osobnog rasta; 3) stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja može biti značajna podrška pacijentu/ici kroz sve faze rodne tranzicije. Individualni programi mogu kao kriterij prikladnosti postaviti neki minimalni broj sastanaka ili mjeseci psihoterapije.

Stručna osoba koja provodi inicijalnu procjenu ne treba biti psihoterapeut/kinja. Ukoliko psihoterapiju ne rade članovi/ce tima, psihoterapeuta/kinju treba obavijestiti o mogućnosti da će od njega/nje biti zatraženo pismo u kojem se opisuje pacijentova/ičina terapija, a kako bi pacijent/ica mogao/la nastaviti sa sljedećom fazom tretmana.

Ciljevi psihoterapije. Psihoterapija često pruža edukaciju o rasponu opcija koje pacijent/ica prije nije ozbiljno razmatrao/la. Ona naglašava potrebu da se utvrde realni životni ciljevi vezani za posao i odnose, i nastoji definirati i ublažiti pacijentove/ičine konflikte koji mogu ometati stabilan životni stil.

Terapeutski odnos. Uspostavljanje sigurnog i povjerljivog odnosa s pacijentom/icom prvi je korak prema uspješnom radu stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja. On se obično postiže stručnim, neosuđujućim, preispitivanjem rodnih pitanja s pacijentom/icom tijekom inicijalne dijagnostičke procjene. S ostalim pitanjima poželjnije je baviti se kasnije, nakon što osoba već ima osjećaj da je kliničar/ka zainteresiran/a i da razumije njezinu zabrinutost oko rodnog identiteta. U idealnom slučaju, kliničar/ka radi s osobom na svim poljima. Ciljevi terapije su da se pomogne osobi da ugodnije živi unutar rodnog identiteta i da se učinkovito nosi s problemima koji se ne tiču roda. Kliničar/ka često nastoji potaknuti kapacitete za rad i stvaranje ili održavanje podržavajućih odnosa. Čak i kada su ti početni ciljevi ostvareni, stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja treba raspraviti mogućnost da nikakva edukacijska, psihoterapijska, medicinska ili kirurška terapija neće moći trajno iskorijeniti sve tragove izvorne spolne pripadnosti i prijašnje rodno iskustvo osobe.

Psihoterapijski postupci. Psihoterapija je niz interaktivnih razmjena informacija između terapeuta/kinje koji/a posjeduje znanje o tome kako ljudi emocionalno pate i na koji se način ova patnja može ublažiti i pacijenta/ice koji/a pati od uznemirenosti. Obično se psihoterapija sastoji od redovitih pedesetominutnih sastanaka. Psihoterapijski sastanci potiču razvojni proces. Oni omogućavaju uvažavanje pacijentove/ičine prošlosti, razumijevanje postojećih dilema, te utvrđivanje nerealističnih ideja i neprilagođenih ponašanja. Namjera psihoterapije nije liječenje poremećaja rodnog identiteta. Uobičajeni cilj je dugoročan stabilni životni stil s realnim šansama za uspjeh u odnosima, obrazovanju, poslu i izražavanju rodnog identiteta. Rodna uznemirenost često pojačava dileme vezane za odnose, posao i obrazovanje.

Terapeut/kinja treba jasno dati do znanja da je pacijentovo/ičino pravo birati između više opcija. Pacijent/ica može s vremenom eksperimentirati s alternativnim pristupima. U idealnim uvjetima, psihoterapija je suradnja klijenta/ice i terapeuta/kinje. Kako terapeut/kinja i pacijent/ica moraju surađivati u definiranju problema i procjeni napretka nošenja s problemom, terapeut/kinja mora biti siguran/na da pacijent/ica razumije koncepte prikladnosti i spremnosti. Suradnja može spriječiti bezizlazan položaj između terapeuta/kinje koji/a se doima kao da nepotrebno uskraćuje preporuku i pacijenta/ice koji/a se doima punim/om nepovjerenja za slobodno izražavanje misli, osjećaja, događaja i odnosa s drugima.

Pacijent/ica može imati koristi od psihoterapije na svakom nivou rodno razvoja. Ovo uključuje i post-operativno razdoblje, kada su anatomske prepreke zadovoljstvu rodom odstranjene, ali osoba može i dalje osjećati nedostatak pravog zadovoljstva i vještine življenja u novoj rodnoj ulozi.

Mogućnosti za rodno prilagođavanje. Niže navedene aktivnosti i procesi, u različitim kombinacijama, pomažu ljudima da postignu više osobnog zadovoljstva. Ove prilagodbe mogu se spontano razviti tijekom psihoterapije. Pronalaženje novih rodni prilagodbi ne znači da se osoba u budućnosti neće odlučiti za provođenje hormonske terapije, iskustvo stvarnog života ili operativne zahvate na spolnim organima.

Aktivnosti:

Biološki muškarci:

1. *cross dressing*: nenametljivo s rubljem, uniseks, ili u ženskom stilu;
2. Promjena tjelesnog izgleda: uklanjanje dlaka elektrolizom ili depiliranjem tijela, manji estetski kirurški zahvati;
3. Porast dotjerivanja, garderobe i pospješivanje vještine izražavanja.

Biološke žene:

1. *cross dressing*: nenametljivo s rubljem, uniseks, ili u muškom stilu;
2. Promjena tjelesnog izgleda: povezivanjem dojki, podizanjem utega, primjenom umjetnih dlaka za lice;
3. umetci za donje rublje ili nošenje proteze penisa.

Oba roda:

1. Obrazovanje o fenomenu transrodnosti kroz: grupe i mreže za podršku, komunikaciju sa istim interesnim grupama putem interneta, analizu Standarda skrbi, relevantnu opću i profesionalnu literaturu o zakonskim pravima vezanim za posao, odnose i javni *cross dressing*;
2. Uključivanje u rekreativne aktivnosti željenog roda;
3. Povremeno življenje u željenom rodu.

Procesi:

1. Prihvatanje osobnih homoseksualnih ili biseksualnih fantazija i ponašanja (orijentacija) odvojeno od rodnog identiteta i željene rodne uloge;
2. Prihvatanje potrebe zadržavanja posla, brige za emocionalne potrebe djece, poštovanja partnerske predanosti ili potrebe za neuznemiravanjem člana/ice obitelji koji trenutačno ima druge prioritete od osobne želje za konstantnim izražavanjem željenog roda;
3. Integracija muške i ženske rodne osviještenosti u svakodnevni život;
4. Identifikacija poticaja za povećanje željenih rodni težnji i učinkovito suočavanje s njima; na primjer, razvijanje boljih vještina samozaštite, samopouzdanja, te stručnih vještina radi napredovanja na poslu i rješavanje interpersonalnih previranja radi osnaživanja ključnih odnosa.

VII. Uvjeti za hormonsku terapiju kod odraslih

Razlozi za hormonsku terapiju. Terapija hormonima željenog spola igra značajnu ulogu u procesu anatomske i psihološke rodne tranzicije pravilno odabраних odraslih osoba s poremećajima rodnog identiteta. Hormoni su često medicinski nužni za uspješan život u novom rodu. Oni unapređuju kvalitetu života i ograničavaju nastanak drugih psihijatrijskih komorbidnih stanja, koje često prati nedostatak tretmana. Kada liječnik/ca propisuje androgene biološkim ženama te estrogene, progesterone i testosteron - antagoniste biološkim muškarcima, pacijent/ica se osjeća i izgleda sličnije pripadnicima/ama željenog roda.

Kriteriji prikladnosti. Propisivanje hormona ne smije se olako provoditi zbog medicinskih i socijalnih rizika. Postoje tri kriterija:

1. 18 godina starosti;
2. Vidljivo znanje o tome kakav medicinski učinak hormoni mogu i ne mogu imati te o njihovoj socijalnoj koristi i rizicima;
3. Nešto od sljedećeg:
 - a. dokumentirano iskustvo stvarnog života najmanje tri mjeseca prije uzimanja hormona;
 - b. razdoblje psihoterapije u trajanju koje je, nakon inicijalne procjene, utvrdila stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja (najčešće najmanje tri mjeseca).

U posebnim okolnostima, može biti prihvatljivo davanje hormona pacijentima/cama koji/e ne ispunjavaju 3. kriterij – na primjer, kako bi se olakšalo pružanje supervizirane terapije kroz korištenje hormona poznate kvalitete, kao alternativa crnom tržištu ili nekontroliranoj upotrebi hormona.

Kriterij spremnosti. Postoje tri kriterija:

1. Pacijent/ica je učvrstio/la svoj rodni identitet tijekom iskustva stvarnog života ili psihoterapije;
2. Pacijent/ica je napravio/la određeni napredak u savladavanju drugih utvrđenih problema što vodi poboljšanju ili nastavku stabilnog mentalnog zdravlja (ovo pretpostavlja zadovoljavajuću kontrolu problema kao što su sociopatija, zloupotreba opojnih sredstava, psihotičnost i suicidalnost);
3. Može se očekivati da će pacijent/ica odgovorno uzimati hormone.

Mogu li se hormoni dati onima koji/e ne žele operativne zahvate i iskustvo stvarnog života? Da, ali samo ako dijagnoza i psihoterapija s kvalificiranom stručnom osobom iz područja mentalnog zdravlja slijedi minimalne, gore navedene, standarde. Hormonska terapija može pružiti značajno zadovoljstvo pacijentima/cama koji/e ne žele ili nisu u stanju promijeniti život ili se podvrgnuti operativnim zahvatima. Kod nekih pacijenata/ica, može pružiti dostatno značajno olakšanje koje anulira potrebu za promjenom života ili operativnim zahvatima.

Hormonska terapija i zdravstvena skrb za osobe lišene slobode.

Osobama koje su dobivale tretman zbog poremećaja rodnog identiteta treba se, u skladu sa Standardima skrbi, i nakon što su lišene slobode, osigurati dobivanje odgovarajućih tretmana. Na primjer, onima koje dobivaju psihoterapiju i/ili hormonske tretmane treba se dozvoliti da nastave s tim, medicinski nužnim, tretmanom kako bi se spriječila ili smanjila emocionalna nestabilnost, neželjeno povlačenje hormonski izazvanih fizičkih učinaka i osjećaj beznađa koji mogu voditi depresiji, tjeskobi i suicidalnosti. Zatvorenici/e koji/e su izloženi naglom uskraćivanju željenih spolnih hormona posebno su ugroženi/e u smislu psihijatrijskih simptoma i autodestruktivnih ponašanja. Medicinsko praćenje hormonskih tretmana, kao što je opisano u ovim Standardima, treba također biti osigurano. Kod smještaja transrodnih zatvorenika/ca treba se uzeti u obzir njihov status tranzicije kao i njihova osobna sigurnost.

VIII. Učinci hormonske terapije kod odraslih

Postoji mogućnost da maksimalni fizički učinci hormona nisu jasni prije nego prođu dvije godine kontinuiranog tretmana. Reakciju tkiva na hormone ograničava naslijeđe i to se ne može prevladati povećanim doziranjem. Stupanj učinaka zapravo varira od pacijenta/ice do pacijenta/ice.

Željeni učinci hormona. Biološki muškarci tretirani estrogenima mogu realno očekivati da će tretman rezultirati: rastom dojki, preraspodjelom masnog tkiva u smjeru ženke tjelesne građe, smanjenjem snage gornjeg dijela tijela, mekšanjem kože, smanjenjem tjelesne dlakavosti, usporavanjem ili zaustavljanjem gubitka kose, smanjenjem plodnosti i veličine testisa i oslabljenom erekcijom. Većina ovih promjena je povratna, iako se povećane dojke neće potpuno smanjiti nakon prekida tretmana.

Biološke žene tretirane testosteronom mogu očekivati sljedeće trajne promjene: produbljenje glasa, povećanje klitorisa, lagano smanjenje dojki, povećanje tjelesne dlakavosti, muški obrazac ćelavosti. Povratne promjene uključuju, povećanu snagu gornjeg djela tijela, povećanje tjelesne mase, povećani društveni i seksualni interes i želju, smanjenje masnog tkiva na bokovima.

Moguće medicinske nuspojave. Kod pacijenata/ica koji/e su zbog medicinskih ili nekih drugih problema izloženi/e riziku od kardiovaskularnih bolesti vjerojatnije su ozbiljne ili fatalne posljedice hormonskih tretmana. Na primjer, pušenje, pretilost, starija dob, bolesti srca, visoki krvni tlak, poremećaji zgrušavanja krvi, malignost, i neki endokrinološki poremećaji mogu pojačati nuspojave i rizike hormonske terapije. Zbog toga neki/e pacijenti/ice možda neće moći podnijeti hormonski tretman. Dakle, hormoni mogu donijeti zdravstvenu korist, ali i rizike. Procjenu rizika i koristi moraju zajednički utvrditi pacijent/ica i liječnik/ca koji/a propisuje hormone.

Nuspojeve kod bioloških muškaraca tretiranih estrogenima i progestinima mogu uključivati pojačano zgrušavanje krvi (venska tromboza s rizikom fatalne plućne embolije), razvoj benignih prolaktinoma (tumor hipofize), neplodnost, debljinu, emocionalnu labilnost, bolesti jetre, stvaranje žučnih kamenaca, pospanost, visoki krvni tlak i šećernu bolest.

Nuspojave kod bioloških žena tretiranih testosteronom mogu uključivati neplodnost, akne, emocionalnu labilnost, pojačanje seksualne želje, promjenu lipidnih profila prema muškom obrascu što povećava rizik za kardiovaskularne bolesti i potencijal za razvoj benignih i malignih tumora jetre i poremećaja jetrene funkcije.

Odgovornosti liječnika/ce koji/a propisuje hormone. Hormoni trebaju biti propisani od strane liječnika/ce i ne smiju se uzimati bez adekvatne psihološke i medicinske procjene prije i tijekom tretmana. Pacijenta/icu koji/a ne razumije uvjete prikladnosti i spremnosti i koji/a nije informiran/a o Standardima skrbi treba s njima upoznati. To može biti dobar indikator za upućivanje stručnoj osobi iz područja mentalnog zdravlja sa iskustvom rada s poremećajima rodnog identiteta. Liječnik/ca koji/a propisuje hormonsku terapiju i obavlja medicinski

nadzor mora biti specijalist/ica iz endokrinologije, ali, isto tako, treba biti dobro upoznat/a s relevantnim medicinskim i psihološkim aspektima tretiranja osoba s poremećajima rodno identiteta.

Nakon temeljite medicinske anamneze, fizičkog pregleda, laboratorijskih testova, liječnik/ca treba ponovno preispitati moguće učinke i nuspojave hormonskog tretmana, uključujući i potencijal za ozbiljne, po život opasne, posljedice. Pacijent/ica mora biti u stanju procijeniti rizike i koristi tretmana, mora dobiti odgovore na pitanja i složiti se s medicinskim praćenjem tretmana. Medicinski zapisnik mora sadržavati dokument o upoznavanju pacijenta/ice s rizicima i koristima hormonske terapije i njegov/njezin pismeni pristanak.

Liječnici/e imaju na raspolaganju širok raspon hormonskih preparata koje mogu propisati kao i načina njihovog uzimanja koje mogu odabrati individualno za svakog pacijenta/icu. Različite opcije unošenja hormonskih preparata uključuju oralno unošenje, unošenje putem injekcija i unošenje putem kože (transdermalno). Upotreba estrogenskih flastera (transdermalno) preporuča se kod bioloških muškaraca starijih od 40 godina, onih s poremećajima zgrušavanja ili s poviješću venske tromboze. Transdermalno unošenje testosterona korisno je i kod bioloških žena koje ne žele uzimati injekcije. Kada ne postoje nikakve druge medicinske, kirurške ili psihijatrijske kontraindikacije, osnovno medicinsko praćenje treba uključivati: seriju fizičkih pretraga značajnih za učinke i nuspojave tretmana, mjerenja vitalnih funkcija prije i tijekom tretmana, mjerenja težine i laboratorijsku procjenu. Bez obzira na to uzimaju li ili ne uzimaju hormone, pacijente/ice s rodnom problematikom treba, kao i drugu populaciju, preventivno pregledati zbog tumora unutar male zdjelice.

Za one koji/e primaju estrogene, minimalna laboratorijska procjena treba se sastojati od utvrđivanja razine slobodnog testosterona prije tretmana, mjerenja glukoze u krvi, funkcionalnih jetrenih testova i kompletne krvne slike s ponovnom procjenom za 6 i 12 mjeseci, a poslije toga redovitom godišnjom procjenom. Treba utvrditi razinu prolaktina prije tretmana i ponovno je kontrolirati nakon jedne, dvije i tri godine. Ako u tom razdoblju ne dođe do povećanja prolaktina, daljnja mjerenja nisu potrebna. Biološke muškarce koji/e prolaze kroz estrogenski tretman treba pratiti zbog opasnosti razvoja karcinoma dojke, a preporuča se i podržava i obavljanje redovitih samopregleda. Sa starenjem, radi mogućeg razvoja karcinoma prostate, potrebne su redovite kontrole.

Za one koji/e primaju androgene, minimalna laboratorijska procjena treba se sastojati od testova jetrenih funkcija i kompletne krvne slike prije tretmana s ponovnom procjenom za 6 mjeseci, 12 mjeseci, a poslije toga godišnje. Preporuča se godišnja palpacija jetre. Biološke žene kojima su odstranjene dojke i one/i s obiteljskom anamnezom karcinoma dojke moraju se kontrolirati na tu bolest.

Liječnici/e mogu svojim pacijentima/cama dati kratku pismenu izjavu koja potvrđuje da je osoba pod medicinskom nadzorom koji uključuje terapiju željenim spolnim hormonima. Tijekom rane faze hormonskog tretmana, pacijenta/icu se ohrabruje da uvijek sa sobom ima ovakvu potvrdu kako bi se izbjegle poteškoće s policijom i drugim službenim osobama.

Smanjenje hormonskih doza nakon odstranjenja spolnih žlijezda.

Estrogenske doze kod pacijenata/ica kojima su odstranjeni testisi često se mogu smanjiti za $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$, a da se i dalje održi feminiziranost. Smanjenje testosteronskih doza nakon odstranjenja jajnika treba se razmotriti uzimajući u obzir rizik od osteoporoze. Najčešće je potrebna doživotna terapija kod svih rodnih pacijenata/ica.

Zloupotreba hormona. Neki pojedinci/ke nabavljaju hormone bez da su im propisani. Najčešće od prijatelja/ica, članova/ica obitelji ili u ljekarnama u drugim zemljama. Upotreba hormona bez medicinskog nadzora može osobu izložiti velikom zdravstvenom riziku. Poznati su i slučajevi da osobe koje uzimaju hormone uz medicinski nadzor, uzimaju i dodatne doze nezakonito nabavljenih hormona bez znanja liječnika/ce. Stručno osoblje iz područja mentalnog zdravlja i liječnici/e koje/i propisuje hormone trebali/e bi se potruditi da postignu suglasnost oko preporučenih doza kako bi se smanjio morbiditet. Etički je da liječnici/e prekinu tretman pacijenata/ice koji/a se ne pridržava propisanog tretmanskog režima.

Ostali mogući pozitivni učinci hormona. Hormonski tretman, kada je medicinski prihvatljiv, treba prethoditi kirurškim intervencijama na spolnim organima. Zadovoljstvo s hormonima utječe na učvršćivanje identiteta osobe kao pripadnika/ce željenog spola i roda i doprinosi uvjerenju da treba nastaviti s postupkom. Nezadovoljstvo s učincima hormona može ukazivati na neodlučnost oko provođenja kirurških intervencija. Kod bioloških muškaraca, sami hormoni često dovode do adekvatnog razvoja dojki, isključujući tako potrebu za plastičnom operacijom povećanja dojki. Neki/e pacijenti/ce koji/e uzimaju hormone neće željeti kirurške intervencije na spolnim organima, kao ni druge kirurške intervencije.

Upotreba antiandrogena i sekvencijalne terapije. Antiandrogeni se mogu upotrebljavati kao dodatni tretmani kod bioloških muškaraca koji/e uzimaju estrogene, iako nisu uvijek nužni da bi se aktivirala feminizacija. Kod nekih pacijenata/ica, antiandrogeni mogu jače potisnuti stvaranje testosterona, omogućavajući time da se, ako se predviđaju štetne nuspojave, upotrebljavaju manje doze estrogena. Feminizacija ne zahtjeva sekvencijalnu terapiju. Pokušaji da se simulira menstrualni ciklus (propisivanjem cikličke estrogenske terapije ili zamjenom estrogena progesteronom tijekom dijela mjeseca) nisu nužni da bi se postigla feminizacija.

Informirani pristanak. Hormonski tretman treba biti pružen samo onima koji/e su zakonski sposobni/e dati informirani pristanak. To uključuje maloljetne osobe koje su sudski proglašene sposobnima kao i osobe lišene slobode za koje se smatra da su sposobne sudjelovati u medicinskim odlukama. Za adolescente/ice, informirani pristanak mora uključivati suglasnost maloljetnog/e pacijenta/ice i pismeni informirani pristanak roditelja ili zakonskog/e skrbnika/ce.

Reproduktivne mogućnosti. Informirani pristanak podrazumijeva pacijentovo/ično razumijevanje da uzimanje hormona smanjuje plodnost i da odstranjenje spolnih organa onemogućava reprodukciju. Poznati su slučajevi osoba koje su se, nakon što su uzimale hormonsku terapiju i kirurški promijenile spol, žalile zbog nesposobnosti da podižu djecu s kojom su genetski vezane. Stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja koja preporuča hormonsku terapiju i liječnik/ca koji/a takvu terapiju propisuje trebali/e bi s pacijentom/icom raspraviti o reproduktivnim mogućnostima prije nego započne hormonska terapija. Biološke muškarce, posebno one koji/e još nemaju potomstvo, treba informirati o opcijama čuvanja sperme i potaknuti ih da razmisle o banci sperme prije nego započnu s hormonskom terapijom. Biološke žene još uvijek nemaju na raspolaganju mogućnost čuvanja jajnih stanica, osim zamrzavanja oplodjenih embrija. Bez obzira na to, trebaju biti informirane/i o reproduktivnim pitanjima, uključujući i ovu opciju. Kada druge opcije budu pristupačne, treba ih prezentirati.

IX. Iskustvo stvarnog života

Izražavanje potpunog prihvaćanja nove rodne uloge ili rodne prezentacije odnosno rodne uloge ili rodne prezentacije koja se razvija u svakodnevnom životu poznato je kao «iskustvo stvarnog života». Iskustvo stvarnog života ključno je za prelazak u rodnu ulogu koja je u skladu s pacijentovim/ičnim rodnim identitetom. Budući da promjena rodne prezentacije ima neposredne i duboke osobne i društvene posljedice, odluka o promjeni rodne prezentacije treba biti donesena sa sviješću o mogućim obiteljskim, poslovnim, interpersonalnim, obrazovnim, ekonomskim i pravnim posljedicama. Odgovornost je stručnog osoblja da s pacijentima/cama rasprave o mogućim predvidljivim posljedicama. Promjena rodne uloge i rodne prezentacije može biti značajan faktor kod diskriminacije pri zapošljavanju, kod razvoda, bračnih problema kao i kod zabrane ili gubitka prava posjećivanja djece. Sve ovo prikazuje vanjske realne probleme s kojima se treba suočiti da bi se postigao uspjeh u novoj rodnoj prezentaciji. Ove posljedice mogu biti bitno drugačije od onoga što je pacijent/ica zamišljao/la prije provođenja iskustva stvarnog života. No, nisu sve promjene negativne.

Parametri iskustva stvarnog života. Kada kliničar/ka ocjenjuje kvalitetu iskustva stvarnog života u željenom rodu, procjenjuju se sljedeće sposobnosti osobe:

1. da zadrži stalno ili povremeno zaposlenje;
2. da funkcionira kao učenik/ca, student/ica;
3. da funkcionira u dobrovoljnim aktivnostima u zajednici;
4. da ostvari neku od kombinacija prve tri točke;
5. da uzme (zakonski) ime prikladno rodnom identitetu;
6. da pruži dokumentaciju da i druge osobe, osim terapeuta/kinje, znaju da pacijent/ica funkcionira u željenoj rodnoj ulozi.

Iskustvo stvarnog života i Test stvarnog života. Iako stručno osoblje može preporučiti življenje u željenom rodu, odluka kada i kako će započeti s iskustvom stvarnog života ostaje odgovornost same osobe. Neki/e započnu s iskustvom stvarnog života i odluče da taj često zamišljeni životni put nije u njihovom najboljem interesu. Stručne osobe ponekad iskustvo stvarnog života tumače kao test stvarnog života za postavljanje krajnje dijagnoze. Ukoliko pacijenti/ce napreduju u željenoj rodnoj ulozi, onda su potvrđeni/e kao «transseksualni/e», međutim ako su odlučili/e odustati, onda «sigurno nisu». Ovakvo razmišljanje je ometanje napora koji omogućavaju uspješnu prilagodbu kada postoji poremećaj rodnog identiteta. Iskustvo stvarnog života testira odlučnost osobe, njezinu sposobnost da funkcionira u željenom rodu i adekvatnost socijalne, ekonomske i psihološke podrške. Ono pomaže pacijentu/ici i stručnoj osobi iz područja mentalnog zdravlja pri donošenju odluka o tome kako dalje. Dijagnoza, iako je uvijek otvorena za preispitivanje, pacijentu/ici predstavlja preporuku da se upusti u iskustvo stvarnog života. Kada je pacijent/ica uspješan/na u iskustvu stvarnog života, kako stručnoj osobi iz područja mentalnog zdravlja tako i pacijentu/ici, raste sigurnost oko poduzimanja daljnjih koraka.

Odstranjivanje brade i drugih neželjenih dlaka kod MTF (muško prema ženskom) pacijenata/ica. Uzimanjem željenih spolnih hormona rast brade ne usporava se značajno. Odstranjivanje dlaka s lica elektrolizom je, općenito gledajući, siguran postupak koji zahtjeva određeno vrijeme, a kojim se često olakšava iskustvo stvarnog života za biološke muškarce. Nus pojave uključuju nelagodu tijekom i odmah nakon tretmana, a rjeđe hipo ili hiperpigmentaciju, ožiljke i folikulitis. Službeno medicinsko odobrenje za odstranjivanje dlaka nije potrebno; elektroliza može početi kad god to pacijent/ica smatra razumnim. Obično se preporuča prije nego se počinje s provođenjem iskustva stvarnog života, budući da brada mora narasti do vidljive dužine da bi se mogla odstraniti. Kod velikog broja pacijenata/ica potrebne su dvije godine redovitog tretmana da bi se učinkovito iskorijenile dlake na licu. Odstranjenje dlake laserom je novi alternativni pristup, ali je iskustvo rada s njim još uvijek neznatno.

X. Operativni zahvati

Promjena spola je učinkovita i medicinski indicirana u teškim poremećajima rodnog identiteta. Kod osoba kojima je dijagnosticiran transeksualizam ili teži oblik poremećaja rodnog identiteta, operativni zahvat promjene spola, zajedno s hormonskom terapijom i iskustvom stvarnog života pokazao se učinkovitim tretmanom. Takav terapijski postupak, kad je propisan od kvalificiranih praktičara/ki, medicinski je opravdan i nužan. Promjena spola nije «eksperimentalna», «istraživačka», «izborna», «kozmetička» ili općenito mogućnost izbora u bilo kojem smislu. Ona je učinkovit i prikladan tretman za transeksualizam ili duboki poremećaj rodnog identiteta.

Kako se nositi s etičkim pitanjima vezanim uz operativni zahvat promjene spola. Mnogi ljudi, uključujući i neke medicinske profesionalce/ke, protive se operativnim zahvatima uslijed poremećaja rodnog identiteta iz etičkih razloga. U uobičajenoj kirurškoj praksi, bolesno tkivo se odstranjuje u svrhu obnavljanja poremećene funkcije ili se promjene na tijelu rade da bi se poboljšala pacijentova/ičina slika o sebi. Oni/e koji/e se protive operativnim zahvatima promjene spola, smatraju da se operativni zahvati promjene spola zbog poremećaja rodnog identiteta ne provode u te svrhe. Važno je da stručno osoblje koje se bavi pacijentima/cama s poremećajima rodnog identiteta nema problema s mijenjanjem anatomske normalne strukture. U svrhu razumijevanja kako operativni zahvat može umanjiti psihološku nelagodu pacijenata/ica kojima je dijagnosticiran poremećaj rodnog identiteta, stručno osoblje treba saslušati pacijentova/ičina razmatranja vlastitog života, iskustava i dvojbi. Otpor prema izvođenju operativnih zahvata koji se temelji na etičkom principu «iznad svega ne štetiti», treba se poštovati, o njemu raspravljati i otvarati mogućnost učenja od samih pacijenata/ica o psihološkim posljedicama dubokog poremećaja rodnog identiteta.

Neetički je osporavati dostupnost ili prikladnost za operativne zahvate promjene spola ili hormonsku terapiju samo na temelju seropozitivnosti za krvlju prenosive infekcije, kao što je HIV, hepatitis B ili C i tako dalje.

Odnos kirurga/inje sliječnikom /com koji/a propisuje hormone i stručnom osobom iz područja mentalnog zdravlja. Kirurg/inja nije samo tehničar/ka unajmljen/a za izvođenje zahvata. On/a je dio tima kliničara/ki koji/e sudjeluje u dugotrajnom procesu tretmana. Pacijent/ica često osjeća izrazito pozitivan odnos prema kirurgu/inji, koji/a će, u idealnom slučaju, osigurati dugoročnu skrb praćenja pacijenta/ice. Zbog odgovornosti prema pacijentu/ici, kirurg/inja mora razumjeti dijagnozu koja je dovela do preporuke za operativni zahvat. Kirurzi/ginje bi trebali/e imati priliku duže razgovarati sa svojim pacijentima/cama kako bi se uvjerali/e da je vjerojatno za očekivati da će pacijent/ica imati korist od zahvata. U idealnom

slučaju, kirurg/inja bi trebao/la blisko surađivati s drugim stručnim osobama koje su aktivno bile uključene u pacijentovu/ičinu psihološku i zdravstvenu skrb. To se najbolje postiže kroz sudjelovanje u interdisciplinarnom timu stručnog osoblja koje je specijalizirano za poremećaje rodnog identiteta. Međutim, ovakvi timovi ne postoje svugdje. Konačno, kirurg/inja mora biti siguran/na da su stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja i liječnik/ca koji/a propisuje hormone uvaženi stručnjaci/kinje sa specijaliziranim iskustvom u radu s poremećajima rodnog identiteta. To se često odražava kroz kvalitetu njihovih dokumentacijskih pisama. Kako se povremeno pojavljuju izmišljena i falsificirana pisma, kirurzi/ginje trebaju osobno komunicirati s najmanje jednom stručnom osobom iz područja mentalnog zdravlja kako bi se potvrdila autentičnost njihovih pisama.

Prije izvođenja bilo kakvog kirurškog zahvata, kirurg/inja treba na odgovarajući način provjeriti zdravstveno stanje u cijelosti i istražiti kakve je učinke hormonska terapija imala na jetru i druge organe. To može učiniti samostalno ili u suradnji s drugim kolegama/icama. Kako stanja koja postoje od prije mogu komplicirati operativne zahvate rekonstrukcije spolnih organa, kirurzi/ginje isto tako trebaju biti osposobljene/i za urološke dijagnoze. Medicinski karton mora sadržavati pismeni informirani pristanak za izvođenje određenog operativnog zahvata.

XI. Operativni zahvati na dojka

Povećanje dojki ili njihovo odstranjivanje su uobičajeni operativni zahvati, lako dostupni široj populaciji za različite indikacije. Razlozi za te operacije kreću se u rasponu od kozmetičkih razloga do karcinoma. Iako su dojke definitivno važne kao sekundarna spolna karakteristika, veličina dojki ili njihova izraženost nije uključena u zakonske definicije spola i roda, niti su važne za reprodukciju. Izvođenje operacija dojki bi se trebalo razmatrati sa istim oprezom kao i početak hormonske terapije. Jedno i drugo ostavlja relativno nepovratne promjene na tijelu.

Pristup za MTF (muško prema ženskom) pacijente/ice je različit nego za FTM (žensko prema muškom) pacijente/ice. Za FTM pacijente/ice postupak odstranjenja dojki je najčešće prvi operativni zahvat na putu uspješne rodne prezentacije kao muškarca. Za neke pacijente/ice to je ujedno i jedini poduzeti operativni zahvat. Kada se određena količina tkiva dojki odstrani, potrebno je odstranjivanje kože, čiji je rezultat ožiljak i pacijent/ica o tome mora biti informiran/a. FTM pacijenti/ce mogu imati operaciju u isto vrijeme kada počnu s hormonskom terapijom. Za MTF, operativno povećanje dojki može se izvoditi kada liječnik/ca koji/a propisuje hormone i kirurg/inja ustanove da povećanje dojki nakon osamnaestomjesečne provedene hormonske terapije nije dovoljno za zadovoljstvo u društvenoj rodnoj ulozi.

XII. Operativni zahvati na spolnim organima

Kriteriji prikladnosti. Minimalni kriteriji prikladnosti za različite operativne zahvate na spolnim organima jednako se primjenjuju na biološke muškarce i žene koji/e traže operativni zahvat. Oni su:

1. Punoljetnost prema zakonima pojedine zemlje;
2. Obično, dvanaestomjesečna kontinuirana hormonska terapija za one koji/e nemaju medicinske kontraindikacije (vidi ispod «Mogu li se operativni zahvati poduzimati bez hormona i iskustva stvarnog života»);
3. Dvanaestomjesečno, uspješno, kontinuirano, potpuno iskustvo stvarnog života. Razdoblja vraćanja u originalni rod mogu ukazivati na ambivalentnost oko nastavka postupka i općenito bi se trebala smatrati neispunjenjem ovog kriterija;
4. Ako to zahtjeva stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja, potrebno je redovno, odgovorno sudjelovanje u psihoterapiji kroz razdoblje iskustva stvarnog života, onoliko često koliko zajednički utvrde stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja i pacijent/ica. Psihoterapija, sama za sebe, nije apsolutni kriterij za operaciju;
5. Jasna informacija o troškovima, trajanju hospitalizacije, mogućim komplikacijama i postoperativnoj rehabilitaciji nakon različitih operativnih zahvata. Svijest o različitoj stručnosti kirurga/inja.

Kriterij spremnosti. Kriterij spremnosti uključuje:

1. Vidljivi napredak u učvršćivanju rodnog identiteta osobe;
2. Vidljivi napredak u nošenju s pitanjima vezanim za posao, obitelj i odnose s drugim ljudima koji rezultira bitnim poboljšanjem mentalnog zdravlja (ovo pretpostavlja zadovoljavajuću kontrolu nad problemima kao što su na primjer sociopatija, zlouporaba opojnih sredstava, psihotičnost, suicidalnost).

Mogu li se operativni zahvati poduzimati bez hormona i iskustva stvarnog života? Pojedincima/kama se ne mogu izvršiti operativni zahvati na spolnim organima bez utvrđenog kriterija prikladnosti. Operativni zahvat na spolnim organima je tretman za dijagnosticirani poremećaj rodnog identiteta i treba se provoditi samo nakon pažljive procjene. Operativni zahvat na spolnim organima nije pravo koje se mora dati na zahtjev. Standardi skrbi omogućuju individualni pristup za svakog/u pacijenta/icu; ali to ne znači da se opće smjernice, koje predviđaju tretman koji se sastoji od dijagnostičke procjene, moguće psihoterapije, hormona, i iskustva stvarnog života mogu zanemariti. Međutim, ukoliko je osoba uvjerljivo živjela kao pripadnik/ca željenog roda kroz dugo vremensko razdoblje i ako je procijenjeno da je psihološki zdrava nakon potrebnog razdoblja psihoterapije, nema razloga da ona ili on moraju uzimati hormone prije operativnog zahvata na spolnim organima.

Uvjeti pod kojima se operativni zahvat može izvoditi. Kirurški zahvati na spolnim organima za osobe s dijagnosticiranim poremećajem rodnog identiteta nisu samo još jedna grupa izbornih postupaka. U pravilu, izborni postupci uključuju samo privatne dogovore između pacijenta/ice i kirurga/inje za koje postoji uzajamni pristanak. Operativni zahvati na spolnim organima za osobe s dijagnosticiranim poremećajem rodnog identiteta trebaju se poduzimati samo nakon sveobuhvatne procjene kvalificirane stručne osobe iz područja mentalnog zdravlja. Operativni zahvat na spolnim organima može se izvesti onda kada postoji pismena dokumentacija da je provedena sveobuhvatna procjena i da osoba udovoljava kriterijima prikladnosti i spremnosti. Praćenjem ove procedure, stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja, kirurg/inja i pacijent/ica dijele odgovornost za odluku da se provedu nepovratne promjene na tijelu.

Uvjeti koje mora ispunjavati kirurg/inja koja izvodi operativni zahvat rekonstrukcije spolnih organa. Kirurg/inja treba biti urolog/inja, ginekolog/inja, plastični kirurg/inja ili opći/a kirurg/inja, i kao takav/va treba biti potvrđen/a od poznatog i renomiranog nacionalnog udruženja. Kirurg/inja treba imati posebnu specijalizaciju iz tehnika za rekonstrukciju spolnih organa, kao što je dokumentirano nadgledano osposobljavanje sa iskusnijim/om kirurgom/injom. Čak i iskusni kirurzi/ginje na ovom polju moraju biti spremni/e svoje terapijske tehnike podvrgnuti preispitivanju od strane kolega/ica. Kirurzi/ginje trebaju prisustvovati profesionalnim sastancima na kojima se prezentiraju nove tehnike.

U idealnom slučaju, kirurg/inja bi trebao/la imati vještinu u više nego jednoj kirurškoj tehnici za rekonstrukciju spolnih organa kako bi, u konzultaciji s pacijentom/icom, mogao/la odabrati idealnu tehniku za svakog/u pojedinog/u pacijenta/icu. Kada su kirurzi/ginje osposobljeni/e samo za jednu tehniku, o tome trebaju informirati pacijenta/icu te one koji/e ne žele ili nisu pogodni za taj postupak uputiti drugom/oj kirurgu/inji.

Operativni zahvati kod MTF pacijenta/ice. Operativni zahvati mogu uključivati odstranjivanje testisa, odstranjivanje penisa, oblikovanje vagine, oblikovanje klitorisa i oblikovanje usana. Ovi zahvati zahtijevaju kiruršku vještinu i postoperativnu skrb. Tehnike uključuju izvrtanje kože penisa, vaskularizirani rektosigmoidni transplantat ili slobodni kožni transplantat da bi se oblikovala neovagina. Seksualna osjetljivost je važan cilj pri oblikovanju vagine, isto kao i oblikovanje funkcionalne vagine i njezin prihvatljiv izgled.

Ostali operativni zahvati kod MTF pacijenta/ice. Ostale operacije koje se mogu provoditi kako bi pomogle feminizaciji uključuju smanjivanje Adamove jabučice, liposukciju struka, plastičnu operaciju nosa, smanjivanje kosti lica, *face lifting* i plastičnu operaciju očnih kapaka. Za ove operacije nije potrebno pismo preporuke stručnih osoba iz područja mentalnog zdravlja.

Postoje dvojbe oko sigurnosti i učinkovitosti kirurške modifikacije glasa i potrebno je više studija praćenja prije nego ovaj postupak uđe u široku upotrebu. U svrhu zaštite glasnica, pacijenti/ce koji/e izaberu ovaj postupak trebaju to učiniti nakon svih ostalih operacija koje zahtijevaju opću anesteziju s intubacijom.

Operativni zahvati kod FTM pacijenta/ice. Operativni zahvati mogu uključivati odstranjivanje maternice, odstranjivanje jajovoda i jajnika, odstranjivanje vagine, metoidioplastiku, oblikovanje mošnjji, oblikovanje mokraćne cijevi, ugradnju proteza testisa i oblikovanje penisa. Postojeće operativne tehnike za oblikovanje penisa su različite. Odabir tehnike može biti ograničen zbog anatomskih ili kirurških razloga. Ukoliko su ciljevi oblikovanje penisa, novi penis dobrog izgleda, mokrenje u stajaćem položaju, seksualna osjetljivost i/ili sposobnost koitusa, pacijenta/icu treba jasno informirati da postoji nekoliko odvojenih akata operativnog zahvata kao i o čestim tehničkim poteškoćama koje bi mogle zahtijevati dodatne operacije. Čak metoidioplastika, koja je teoretski postupak za oblikovanje malog penisa u jednom aktu, često zahtjeva više od jednog operativnog zahvata. Nužan je daljnji razvoj tehnika za oblikovanje.

Ostali operativni zahvati kod FTM pacijenta/ice. Ostale operacije koje se mogu provoditi da bi pomogle maskulinizaciji uključuju liposukciju masnog tkiva na bokovima, butinama i stražnjici.

XIII. Post-tranzicijsko praćenje

Preporuča se dugoročno post-operativno praćenje, budući da je to jedan od faktora koji je povezan s dobrim psihosocijalnim ishodom. Praćenje je vrlo važno za pacijentovo/ičino daljnje anatomsko i zdravstveno stanje, ali i za kirurga/inju u smislu stjecanja znanja o pozitivnim učincima i granicama kirurgije. Dugoročno kirurško praćenje preporuča se kod svih pacijenata/ica kako bi se osigurao optimalni kirurški ishod. Kirurzi/ginje koji/e obavljaju operativne zahvate na pacijentima/cama koji/e dolaze iz daleka, trebaju osobno praćenje uključiti u plan skrbi i nastojati osigurati pristupačnu, lokalnu, dugoročnu skrb u pacijentovoj/ičinoj geografskoj sredini. Post-operativni pacijenti/ce se ponekad sami/e isključe iz praćenja koje provodi liječnik/ca koji/a propisuje hormone, ne shvaćajući da su upravo ti/te liječnici/e u mogućnosti spriječiti, dijagnosticirati i liječiti moguća dugoročna zdravstvena stanja koja su specifična za pacijente/ice koji/e su bili/e uključeni/e u hormonski i kirurški tretman. Post-operativni/e pacijenti/ce trebaju redovito obavljati medicinske preglede u skladu sa smjernicama preporučenim za njihovu dob. Potreba za praćenjem proteže se i na stručnu osobu iz područja mentalnog zdravlja, koja je, budući da je s pacijentom/icom provodila duži vremenski period nego drugo stručno osoblje, u pogodnoj poziciji za pružanje

pomoći kod poteškoća post-operativnog prilagođavanja.