**NACRT**

Na temelju članka 6. stavka 1. Pravilnika o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu („Narodne novine“ broj 132/14) ministar zdravlja donosi

STRUČNE SMJERNICE ZA IZRADU MIŠLJENJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA I PSIHOLOGA O PROMJENI SPOLA ILI ŽIVOTA U DRUGOM RODNOM IDENTITETU

Sadržaj

[Uvod 3](#_Toc431396884)

[Cilj i temeljna načela Stručnih smjernica za izradu mišljenja zdravstvenih radnika i psihologa o promjeni spola ili života u drugom rodnom identitetu 4](#_Toc431396885)

[Fenomenologija rodne disforije 6](#_Toc431396886)

[Psihičko zdravlje osoba s rodnom disforijom 10](#_Toc431396887)

[Terapijski pristupi rodnoj disforiji 12](#_Toc431396888)

[Opcije za psihološki i medicinski tretman rodne disforije 13](#_Toc431396889)

[Protokol pružanja skrbi transrodnim i transpolnim osobama 14](#_Toc431396890)

[Psihološka i psihijatrijska procjena i tretman 16](#_Toc431396891)

[1. Psihodijagnostika 16](#_Toc431396892)

[2. Psihoedukativne, savjetodavne i psihoterapijske intervencije 17](#_Toc431396893)

[3. Praćenje tijekom života 21](#_Toc431396894)

 Endokrinološka dijagnostika i tretman 21

[Medicinska nužnost hormonske terapije 21](#_Toc431396896)

[Kriteriji za hormonsku terapiju 21](#_Toc431396897)

[Tjelesni učinci hormonske terapije 22](#_Toc431396898)

[Rizici hormonske terapije 24](#_Toc431396899)

[Hormonska terapija - hodogram 26](#_Toc431396900)

[Procjena rizika i prilagodbe potrebne za započinjanje hormonske terapije 27](#_Toc431396901)

[Procjena rizika i prilagodbe potrebne za feminizirajuću hormonsku terapiju (MtF) 27](#_Toc431396902)

[Procjena rizika i prilagodbe potrebne za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (FtM) 28](#_Toc431396903)

[Kliničko praćenje radi učinkovitosti i uočavanja nepoželjnih nuspojava tijekom hormonske terapije 28](#_Toc431396904)

[Učinkovitost i praćenje rizika tijekom feminizirajuće hormonske terapije (MtF) 28](#_Toc431396905)

[Učinkovitost i praćenje rizika tijekom maskulinizirajuće hormonske terapije (FtM) 29](#_Toc431396906)

[Hormonski režimi 29](#_Toc431396907)

[Režimi za feminizirajuću hormonsku terapiju (MtF) 30](#_Toc431396908)

[Režimi za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (FtM) 31](#_Toc431396909)

[Hormonska terapija u adolescenata s rodnom disforijom 32](#_Toc431396910)

[Reproduktivno zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba 33](#_Toc431396911)

[Ginekološka skrb 33](#_Toc431396912)

[Literatura 35](#_Toc431396913)

# Uvod

Suvremena znanost razlikuje pojam spola i roda. *Spol* (engl. *sex*) se odnosi na biološka obilježja (kromosomska, gonadalna, fenotipska) s kojima je netko rođen. *Rod* (engl. *gender*) je psihološka i socijalna kategorija koja uključuje individualni doživljaj pripadanja određenom spolu. Spol i rod su kod najvećeg broja ljudi potpuno usklađeni te je osoba spolom i rodom ili muško ili žensko. Rijetko se događa da je dijete rođeno s karakteristikama oba spola (tzv. hermafroditizam). Nešto češće, iako i dalje vrlo rijetko, se događa da spol i rod nisu usklađeni, te tada govorimo o *rodnoj nenormativnosti*.

*Rodna nenormativnost* odnosi se na razmjer u kojem rodni identitet, uloga ili izražavanje neke osobe odudara od kulturalnih normi koje su propisane za ljude određenoga spola . Kod vrlo rijetkih pojedinaca nesuglasje između roda i spola izaziva tzv. rodnu disforiju. *Rodna disforija*[[1]](#footnote-1) odnosi se na nezadovoljstvo ili stres uzrokovan nepoklapanjem rodnoga identiteta osobe i spola koji je toj osobi pripisan pri rođenju (i s tim spolom povezanom rodnom ulogom i/ili primarnim i sekundarnim spolnim obilježjima) (Coleman i sur., 2012). Samo neke rodno nenormativne osobe prolaze kroz rodnu disforiju u nekome periodu svoga života. Intenzitet rodne disforije varira među pojedincima, ali i tijekom života pojedinca. Kod nekih osoba se radi o vrlo intenzivnoj i trajnoj potrebi prilagodbe tjelesnih karakteristika rodnom identitetu i tada govorimo o transpolnosti.

Osjećaj nelagode i nepripadanja spolu u kojem je osoba rođena se može javiti u ranom djetinjstvu (između druge i četvrte godine života), ali kod većine se takve djece tijekom odrastanja spolni i rodni identitet usklade. Istraživanja daju nekonzistentne podatke, ali može se pretpostaviti da oko 1-3% djece izražava želju da su drugoga spola, dok samo mali broj njih odraste u rodno disforične osobe (Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Coolidge, Thede i Young, 2002). Procjene učestalosti rodne disforije u odrasloj dobi se razlikuju kako među zemljama, tako i među razdobljima kada je istraživanje provedeno, što upućuje na kulturalne čimbenike koji nesumnjivo igraju ulogu u spremnosti osoba s rodnom disforijom da potraže pomoć. Dosadašnji podaci pokazuju učestalost od 0.005% do 0.014% kod odraslih bioloških muškaraca te 0.002% do 0.003% kod bioloških žena (DSM-5, 2013). Učestalost je vjerojatno i veća, jer se navedeni podaci temelje na transpolnim osobama koje su se javile po pomoć radi medicinskih tretmana kojima usklađuju spolna obilježja rodnom identitetu. U svim dobnim skupinama (uz izuzetak adolescenata) i u svim kulturama (uz izuzetak Japana i Poljske) je učestalost veća kod bioloških muškaraca u omjeru do 3:1 (Veale, 2008). Razlog ovakvog omjera još uvijek nije poznat. Novije meta-analize govore o kontinuiranom povećanju broja osoba koje dolaze po pomoć zbog rodne disforije (Arcelus i sur., 2015), no nedostaju epidemiološka istraživanja provedena na općoj populaciji i u različitim društvenim i kulturalnim kontekstima koji bi mogli dati valjane i pouzdane podatke o prevalenciji rodne disforije.

# Cilj i temeljna načela Stručnih smjernica za izradu mišljenja zdravstvenih radnika i psihologa o promjeni spola ili života u drugom rodnom identitetu

U dijagnostici i tretmanu složenih i rijetkih stanja kao što je rodna disforija temeljni je pristup konsenzus. Rodna disforija još uvijek izaziva kontroverze u stručnoj javnosti. Iako je stanje rodne i spolne neusklađenosti poznato još iz pretpovijesnih vremena, odnos društva je određivao stupanj i vrstu patologizacije koja mu je pridavana (Richards i sur., 2015). U nekim kulturalnim kontekstima se na rodnu nenormativnost gledalo sa štovanjem, a pojedinci su zauzimali cijenjeno mjesto u društvenoj hijerahiji (Begić, 2013). U suvremenom zapadnom društvu se na rodnu nenormativnost donedavno gledalo kao na oblik psihopatologije (Richards i sur., 2015). Zadnjih se desetljeća ovaj odnos mijenja i rodna se disforija sve rjeđe smatra psihopatološkim stanjem, a sve češće varijacijom koja samo ponekad zahtijeva medicinsku skrb. Promjena stava se može razvidno pratiti kroz promjene u klasifikacijskim sustavima. U trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za psihičke poremećaje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) radilo se o parafiliji, u četvrtom izdanju o *Poremećaju rodnog identiteta*, dok se u najnovijem, petom izdanju ovo stanje naziva *rodnom disforijom*, čime je izbjegnuto spominjanje riječi *poremećaj* u nazivu stanja. U desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) upotrebljava se naziv *Transseksualnost* i svrstan je pod kategoriju psihičkih poremećaja (F kategorija). Prema najnovijim spoznajama u MKB-11 bit će upotrjebljen naziv *Gender Incongruence (rodna inkongruentnost)*, ta će dijagnoza biti potpuno izuzeta iz kategorije psihičkih poremećaja i svrstana ili u posebnu kategoriju *Stanja povezanih sa seksualnim zdravljem* ili u sadašnju Z kategoriju *Stanja koja zahtijevaju medicinsku skrb* (Richards i sur., 2015).

Suvremeni i znanstveno utemeljeni pristupi zdravstvenoj i psihosocijalnoj skrbi transrodnim, transpolnim i rodno nenormativnim osobama u zemljama Europske unije i Sjeverne Amerike se oslanjaju na preporuke Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (World Professional Association for Transgender Health, WPATH). Ova organizacija okuplja vrhunske stručnjake iz područja biomedicinskih i društvenih znanosti te udruge civilnog društva koji se zalažu za poštivanje ljudskih prava i promicanje prava na samoodređenje. *Standardi skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba*, *sedma verzija* (Coleman i sur., 2012) se u međunarodnoj stručnoj javnosti smatraju zlatnim standardom organizacije skrbi. Sedma verzija *Standarda skrbi* se razlikuje od prijašnjih verzija u prepoznavanju i priznavanju raznih izražaja roda koji ne zahtijevaju psihološke, hormonske ili kirurške tretmane. Osim toga, naglašena je preporuka o kulturalnoj i društvenoj prilagodbi smjernica lokalnoj stvarnosti kako bi se izbjegla dodatna stigmatizacija rodno disforičnih osoba.

Ministar zdravlja Republike Hrvatske je u svibnju 2015. godine imenovao Listu stručnjaka s iskustvom i edukacijom iz zdravstvene zaštite transrodnih osoba čiji je zadatak bio predložiti Stručne smjernice za izradu mišljenja o promjeni spola ili života u drugom rodnom identitetu. Lista je sastavljena od stručnjaka iz područja kliničke psihologije, psihijatrije, endokrinologije, ginekologije i kirurgije, a na njoj se nalaze stručnjaci koji imaju iskustvo i dodatne edukacije iz područja transrodnosti i transpolnosti.

Stručnjaci s liste su kritički proučili mjerodavnu znanstvenu i stručnu literaturu te predlažu *Stručne smjernice* s ciljem:

* standardizacije postupaka pružanja zdravstvene i psihosocijalne zaštite rodno disforičnim osobama
* standardizacije postupka izrade mišljenja o utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola i života u drugom rodnom identitetu, utemeljene na etičkim i profesionalnim načelima.

Ove Smjernice temelje se na:

* znanstveno utemeljenim spoznajama o etiologiji ovog stanja, te učinkovitim tretmanima kojima je cilj poboljšanje kvalitete života.
* standardima skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba, sedma verzija (Coleman i sur., 2012), poštujući pri tome naputak o kulturalnoj i društvenoj prilagodbi lokalnoj stvarnosti.
* biopsihocijalnom modelu zdravlja i bolesti koji naglašava značaj bioloških, psiholoških i socijalnih sustava koji kroz svoja međudjelovanja određuju ishode.
* shvaćanju kako je rodna nenormativnost, transrodnost i transpolnost pitanje različitosti, a ne patologije. Stres rodne disforije je taj koji, kada je prisutan, predstavlja problem koji je moguće dijagnosticirati i za koji postoje različite opcije tretmana (Richards i sur., 2015).
* shvaćanju kako je rodna nenormativnost stigmatizirana, što može poticati predrasude i diskriminaciju koje pak uzrokuju *manjinski stres* (Meyer, 2003). Manjinski stres je jedinstven (pridonosi općim stresorima koji pogađaju sve ljude), društveno uvjetovan i kroničan, a transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe, te članovi njihovih obitelji zbog njega mogu postati podložniji psihičkim tegobama kao što su anksioznost i depresija. Ove psihičke smetnje su uvjetovane društvenim pritiscima, a ne samom rodnom nenormativnošću.
* shvaćanju kako je svrha tretmana pružanje pomoći u propitivanju rodnog identiteta i pronalaženju odgovarajuće rodne uloge (Bockting i Goldberg, 2006). Tretman je u potpunosti individualiziran, a proces se može, ali ne mora, sastojati od prilagodbe rodnoga izražavanja ili tjelesnih prilagodbi.

Pružanje zdravstvene i psihosocijalne skrbi osobama s rodnom disforijom zahtijeva interdisciplinarni pristup. Ove Smjernice predstavljaju fleksibilne kliničke naputke o pružanju skrbi koje će svaki stručnjak prilagođavati individualnim karakteristikama osobe te svom profesionalnom iskustvu i mogućnostima. Unatoč fleksibilnosti, riječ je o standardima sa svrhom promicanja optimalne skrbi i smjernica za tretman osoba koje proživljavaju rodnu disforiju. Stoga se u klinički pristup osobama koje pate od rodne disforije treba temeljiti na:

* suvremenom znanstveno utemeljenom pristupu zdravstvenoj i psihosocijalnoj skrbi, a ne osobnom svjetonazoru
* uvažavanju i nepatologiziranju razlika u rodnom identitetu;
* pružanju skrbi na način koji afirmira rodni identitet i ublažava stres rodne disforije;
* davanju osoba s rodnom disforijom pravodobnih, provjerenih i znanstveno utemeljenih informacija o mogućnosti tretmana, uključujući prednosti i rizike različitih opcija tretmana;
* prilagodbi odabrane metode tretmana specifičnim potrebama osobe s rodnom disforijom, napose njihovom željenom rodnome izražavanju i potrebi za rasterećenjem od rodne disforije;
* omogućavanje pristupa prikladnoj skrbi;
* informiranom pristanku prije početka tretmana;
* kontinuiranoj skrbi za osobu i njezinu obitelj;
* spremnosti stručnjaka koji rade s rodno nenormativnim osobama da podržavaju osobe s rodnom disforijim i zalažu se za njih u njihovim obiteljima i okolini (u školama, na radnim mjestima i u drugim sredinama).

# Fenomenologija rodne disforije

Rodna disforija je složen fenomen za čiju je konceptualizaciju primjenjiv biopsihosocijalni model zdravlja i bolesti (de Vries i sur., 2014) ). Prema ovom modelu i u bolesti i u zdravlju sudjeluju biološki, psihološki i socijalni sustavi koji kroz svoja međudjelovanja određuju ishode. U slučaju rodne disforije poremećaj vjerojatno ima biološku etiologiju (Hare i sur., 2009; Meyer-Bahlburg, 2010), no za ishod poremećaja presudna je interakcija socijalnih i psiholoških čimbenika (de Vries i sur., 2014; Drescher, Cohen-Kettenis i Winter, 2012).

Kako se radi o vrlo složenom fenomenu čija se složenost očituje i u terminima koji se koriste kako bi se opisale biološke, psihološke i socijalne odrednice, te proces promjene spola, u Okviru 1 su navedeni termini koji se koriste u ovom području.

*Okvir 1.*

Termini važni za razumijevanje rodne disforije

(preuzeto iz Standarda skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba, sedma verzija (Coleman i sur., 2012))

|  |  |
| --- | --- |
| *FtM (eng.female-to-Male) ili Transmušakarac*  | *pojam kojim se opisuju osobe kojima je pri rođenju pripisan ženski spol, a koje prilagođavaju ili su prilagodile svoje tijelo i/ili rodnu ulogu iz pri rođenju pripisanoga ženskoga prema muževnijem tijelu ili rodnoj ulozi.* |
| *Internalizirana transfobija* | *neprihvaćanje vlastitih transrodnih osjećaja ili identiteta uzrokovano internalizacijom društvenih rodnih normi.* |
| *MtF (engl. Male-to-Female) ili Transžena* | *pojam kojim se opisuju osobe kojima je pri rođenju pripisan muški spol, a koje prilagođavaju ili su prilagodile svoje tijelo i/ili rodnu ulogu iz pri rođenju pripisanoga muškoga prema ženstvenijem tijelu ili rodnoj ulozi.* |
| *Operacija prilagodbe spola*  | *kirurški zahvati za prilagodbu primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika neke osobe koji se obavljaju kako bi se afirmirao njen rodni identitet. Operacija prilagodbe spola može biti važan dio medicinski nužnoga tretmana za ublažavanje rodne disforije.* |
| *Rodna uloga ili rodno izražavanje*  | *karakteristike ličnosti, izgleda i ponašanja koje se u određenoj kulturi i povijesnome periodu određuju kao muževne ili ženstvene (dakle, tipične za mušku ili žensku socijalnu ulogu) (Ruble, Martin i Berenbaum, 2006). Iako se većina pojedinki i pojedinaca u društvu predstavlja u nedvojbeno muževnoj ili ženstvenoj rodnoj ulozi, neki se ljudi predstavljaju u alternativnim rodovima. Svi ljudi obično inkorporiraju i muževne i ženstvene karakteristike u svoje rodno izražavanje na različite načine i u različitim omjerima (Bockting, 2008).* |
| *Rodni identitet*  | *čovjekov intrinzični osjećaj da je muško (dječak ili muškarac), žensko (djevojčica ili žena) ili nekoga alternativnoga rodnoga identiteta.* |
| *Rodno nenormativno* | *pridjev kojim se opisuju osobe čiji se rodni identitet, rodna uloga ili rodno izražavanje razlikuju od onoga što je u određenoj kulturi i određenom povijesnom periodu normativno za spol koji im je pripisan.* |
| *Rodna disforija*  | *stres uzrokovan nepoklapanjem rodnoga identiteta neke osobe i spola koji joj je pripisan pri rođenju (skupa s povezanom rodnom ulogom i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama); dijagnostička kategorija u DSM-5 (u prethodnoj verziji DSM-a koristio se termin Poremećaj rodnog identiteta)* |
| *Seksualna orijentacija* | *emocionalna, seksualna, romantična privlačnost prema muškarcima i/ili ženama. Kako bi se izbjegla terminološka zbrka seksualna orijentacija transpolnih osoba se opisuje spolom osobe koja predstavlja izvor seksualne privlačnosti (npr. privlače ih muškarci)* |
| *Spol* | *spol se osobi pripisuje pri rođenju kao muški ili ženski, ovisno o izgledu vanjskih genitalija. U slučaju ambigvitetnih genitalija, da bi se spol pripisao, u obzir se uzimaju druge komponente spola (unutarnje genitalije, kromosomski i hormonski spol). Kod većine ljudi su rodni identitet i izražavanje konzistentni sa spolom koji im je pripisan pri rođenju. Kod transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba, rodni identitet ili izražavanje razlikuju se od spola koji im je pripisan pri rođenju.* |
| *Transpolni/e*  | *pridjev kojim se opisuju osobe koje žele prilagoditi ili su već prilagodile svoje primarne i/ili sekundarne spolne karakteristike feminizirajućim ili maskulinizirajućim medicinskim intervencijama (hormonima i/ili kirurgijom), najčešće uz permanentnu prilagodbu rodne uloge.* |
| *Transrodne/i*  | *pridjev kojim se opisuje raznolika skupina ljudi koji prekoračuju ili nadilaze kulturno definirane kategorije roda. Rodni identitet transrodnih osoba u različitim se stupnjevima razlikuje od spola koji im je pripisan pri rođenju (Bockting, 1999).* |
| *Tranzicija* | *Razdoblje u kojem osobe prelaze iz rodne uloge povezane sa spolom koji im je pripisan pri rođenju u neku drukčiju rodnu ulogu. Mnoge osobe tijekom toga perioda uče kako društveno živjeti u drukčijoj rodnoj ulozi. Drugi/e će u tom periodu naći rodnu ulogu i izražavanje kojima će biti najzadovoljniji/e. Tranzicija se može i ne mora sastojati od feminizacije ili maskulinizacije tijela hormonima ili nekim drugim medicinskim postupcima. Narav i trajanje tranzicije variraju od osobe do osobe.* |

Studije koje se bave bihevioralnom genetikom upućuju da rodna disforija ima značajnu nasljednu komponentu (Coolidge, Thede i Young, 2002). Neurohormonalna istraživanja sve više potvrđuju hipotezu kako se etiološki radi o poremećaju u prenatalnoj spolnoj diferencijaciji mozga (Kruijver i sur.; 2000; Bao i Swab, 2011), koja dovodi do morfološki različitih mozgovnih struktura odgovornih za kasniji razvoj rodnog identiteta (Kruijver i sur., 2000; Bao i Swaab, 2011), iako su u razjašnjavanju neurobiologije rodne disforije nužna daljnja istraživanja (Erickson-Schroth, 2013).

Utjecaj psiholoških i socijalnih etioloških čimbenika nije do kraja razjašnjen, no i oni svakako imaju ulogu u održavanju rodne disforije. Rodna disforija se može javiti u ranom djetinjstvu, iako nema kvalitetnih epidemioloških podataka o djeci koja pokazuju rodno nespecifična ponašanja, niti rodne disforije. Procjena se najčešće temelji na broju onih koji su se javili za pomoć, što naravno ovisi o osjetljivosti roditelja za prepoznavanje teškoća kod djece, postajanje specijaliziranih centara i slično. Rezultati istraživanja provedenih u Kanadi i SAD-u pokazuju da među općom populacijom dječaka starom od 4-11 godina oko 5% se ponaša na rodno nespecifičan način, a oko 1% izražava želju da bude drugog spola. Oko 11% djevojčica te dobi se ponašana na rodno nespecifičan način, a oko 3% izražava želju da budu dječaci (Zucker, Bradley i Sanikhani, 1997). U kliničkim uzorcima djece na jednu prijavljenu djevojčicu s ovim poremećajem dolazi pet dječaka (DSM-IV, 1996).

Istraživanja pokazuju kako će se kod svega 6-23% dječaka s rodnom disforijom ona zadržati u adolescenciji i odrasloj dobi (Cohen-Kettenis i Gooren, 1999; Coolidge, Thede i Young, 2002). Pritom će se ove osobe češće samoidentificirati kao homoseksualne nego kao transrodne. Novija istraživanja koja su obuhvatila i djevojčice pokazuju da se kod njih 12-27% rodne disforije zadržava u odrasloj dobi (Drummond i sur., 2008; Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Još uvijek nema odgovora na pitanje koji su rizični čimbenici koji održavaju rodnu disforiju do odrasle dobi, i još važnije, koji su to čimbenici koji dovode do usklađivanja spolnog i rodnog identiteta. Vjerojatno odgojni postupci i odnos okoline imaju značajnu ulogu.

Istraživanja su pokazala da djeca koja pokazuju rodno nespecifična ponašanja imaju znakove opće ranjivosti u vidu plašljivog temperamenta (Wallien, Cohen-Kettenis, 2008). Vjerojatno ova djeca zbog toga češće dobivaju dijagnozu nekog internaliziranog poremećaja, a poremećaj rodnog identiteta ostaje neprepoznat (Lev, 2004). Čini se da je prevalencija poremećaja iz autističnoga spektra viša kod rodno disforične djece upućene u kliniku nego kod opće populacije (de Vries i sur., 2010a). Stoga u kliničkoj praksi treba posebnu pažnju usmjeriti ka utvrđivanju djetetova rodnog identiteta, te utvrditi socijalne reakcije na njegovo ponašanje. Odnos vršnjaka se pokazao posebno prediktivnim čimbenikom za mentalno zdravlje djeteta, prediktivniji nego odnos s roditeljima (Wallien i Cohen-Kettenis, 2008). Iz ovog nalaza slijede praktične implikacije za roditelje i odgajatelje koje govore o potrebi da se kod ove djece dodatno radi na razvoju socijalnih kompetencija jer će im to omogućiti bolje odnose s vršnjacima, koji su zaštitni za mentalno zdravlje.

Ako se rodna disforija tijekom djetinjstva intenzivira i nastavi kroz adolescenciju, tada je gotovo sigurno da će se ona zadržati i u odrasloj dobi (Coleman i sur., 2012). Zanimljiv je nalaz da se kod rodno disforičnih adolescenata upućenih u tretman, omjer muškoga i ženskoga spola približava 1:1 (Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2003). Dosadašnja iskustva u specijaliziranim centrima upućuju da su svi adolescenti koji su bili uključeni u hormonalni tretman obavili i operaciju prilagodbe spolnih obilježja (de Vries i sur., 2010b). Istraživanja su pokazala da adolescenti koji su kandidati za operativne zahvate imaju manje psihičkih smetnji nego odrasle osobe koje se pripremaju za operativne zahvate (deVries i sur., 2011). Ovaj nalaz je iznimno važan jer upućuje da se pravodobnim tretmanom može spriječiti pojava psihijatrijskih poremećaja i poboljšati opća kvalitetu života (Spack i sur., 2012).

Većina osoba s rodnom disforijom se javlja po pomoć u odrasloj dobi. Biološki muškarci češće pate od rodne disforije i češće se javljaju po pomoć. Prema nedavno objavljenoj meta-analizi, prevalencija rodne disforije je 4.6 na 100.000 bioloških žena i 6.8 na 100.000 bioloških muškaraca (Arcelus i sur., 2015), no brojke se temelje samo na onima koji su bili uključeni u proces tranzicije (usklađivanja tjelesnih spolnih obilježja rodnom identitetu). Kako je većina istraživanja o vrstama i uspješnosti tretmana uključivala transpolne osobe, dakle one koje osjećaju snažnu rodnu disforiju i potrebu za usklađivanjem tjelesnih karakteristika rodnom identitetu, daljnji tekst će se odnositi na njih.

Istraživanja pokazuju brojne razlike u psihološkim i socijalnim karakteristikama bioloških žena koje pate od rodne disforije (u daljnjem tekstu transmuškarci) u odnosu na biološke muškarce s rodnom disforijom (u daljnjem tekstu transžene) (Coussinoux i sur., 2005; Herman-Jeglinska, Grabowska i Dulko, 2002; Smith i sur., 2005). Transmuškarci predstavljaju relativno homogenu skupinu (De Cuypere i Gijs, 2014). Oni u najvećem broju slučajeva izvještavaju o rodnoj nekonformnosti koja se očitovala već od najranijeg djetinjstva uz snažnu želju za usklađivanjem spolnih obilježja, prije svega uklanjanjem dojki (Chivers i Bailey, 2000). Istraživanja konzistento govore kako je većina transmuškaraca emocionalno stabilna, urednog socijalnog funkcioniranja, često u stabilnim partnerskim vezama (u pravilu s heteroseksualnim ženama) te prihvaćena od svojih partnerica kao osobe muškog spola. Od djetinjstva su manje izloženi stigmatizaciji u odnosu na transžene, te se očuvanost njihovog mentalnog zdravlja može pripisati manjem društvenom pritisku (Riggs, Ansara i Treharne, 2015; Jokić-Begić i sur., 2008).

Kod transžena se mogu uočiti dvije podgrupe – s ranim i kasnim javljanjem rodne disforije (Roberts, 2004). Prva podgrupa izvještava o intenzivnoj rodnoj disforiju od ranog djetinjstva, želji za promjenom spola u mlađoj dobi, uz uvjerljiviji ženski izgled i psihološki bolje funkcioniranje od transžena s kasnijim javljanjem rodne disforije (Smith i sur., 2005). Rjeđe ulaze u bračnu zajednicu i rjeđe osjećaju seksualno uzbuđenje prilikom oblačenja ženske odjeće (Davison i Neale, 2004). Privlače ih heteroseksualni muškarci, prema homoseksualnim osjećaju odbojnost. Nakon operacije prilagodbe spola zadovoljniji su ishodom i izvještavaju o boljoj kvaliteti života nego skupina transžena koje imaju kasniji početak rodne disforije (Smith i sur., 2005). Rodna disforija u ovoj drugoj skupini počinje tek u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. U odrasloj dobi imaju snažnu potrebu zamišljanja sebe kao žene, uz potrebu života u ženskoj ulozi. Često su u braku ali žele sa svojom partnericom živjeti u lezbijskoj vezi. U ovoj skupini ima više komorbidnih psihopatoloških odstupanja te češće iskazuju nezadovoljstvo i žaljenje nakon operacije prilagodbe spola (Blanchard i sur., 1989; Smith i sur., 2005), iako novija istraživanja ne nalaze razlike u mentalnom zdravlju između ovih dviju podskupina (Heylens i sur., 2014).

# Psihičko zdravlje osoba s rodnom disforijom

Osobe s rodnom disforijom češće pate od niza psihičkih smetnji (Gómez-Gil., 2009; Murad i sur., 2010) koje mogu, ali ne moraju, biti povezane s počesto dugotrajnim iskustvom rodne disforije i/ili kroničnoga manjinskoga stresa. Odrastanje s rodnom disforijom obilježeno je sramom, niskim samopoštovanjem, depresivnošću i suicidalnim idejama (Garland i sur., 2001; Grossman i D’Augelli, 2007) te djeca i adolescenti s rodnom disforijom imaju češće dijagnosticirane internalizirane i eksternalizirane teškoće u odnosu na djecu iz opće populacije. Oni su vrlo često, zbog svoje različitosti, žrtve nasilja (Lombardi, 2001) i tzv. manjinskog stresa (Nuttbrock i sur., 2010). U odrasloj se dobi mogu javiti anksioznost, depresija, samoranjavanje i suicidalna ponašanja, dugotrajna izloženost zlostavljanju i zanemarivanju, kompulzivnost, zloupotreba sredstava ovisnosti, seksualni problemi, poremećaji ličnosti, poremećaji hranjenja, psihotični poremećaji i poremećaji iz autističnog spektra (Bockting, Knudson i Goldberg, 2006; Nuttbrock i sur., 2010; Robinow, 2009). U nedavno provedenom multicentričnom europskom istraživanju utvrđeno je da među osobama koje su se javile zbog rodne disforije ima oko 38% s komorbidnim psihičkim smetnjama, od čega 1.5% sa znacima psihotičnog poremećaja, oko 38% s poremećajima raspoloženja i 17% s anksioznim poremećajima (Heylens i sur. 2014). Iako je komorbiditet između transpolnosti i ostalih psihijatrijskih poremećaja relativno visok danas se smatra kako se psihičke smetnje javljaju kao posljedica niza psihosocijalnih stresova kojima su osobe izložene (Gijs, van der Putten-Bierman i De Cuypere, 2014) i koje povećavaju osobnu ranjivost. Ovome u prilog govori i podatak o bitno nižem stupnju komorbidnih psihičkih poremećaja kod osoba koje su ušle u proces tranzicije u ranoj adolescenciji, uz podršku obitelji i ostale zajednice i bez stresa kojeg bi donio pubertet spola pripisanog pri rođenju (de Vries i sur., 2011, Spack i sur., 2012).

Bockting i Coleman (2007) predstavili su model razvoja transrodnog identiteta. U prvom stadiju pojavljuje se osjećaj različitosti od drugih po pitanju rodnog samopoimanja, a uz tu različitost dolaze pripadajući osjećaji srama i otuđenosti. Prihvaćajući različitost, transrodna osoba ulazi u drugi stadij razvoja identiteta u kojoj sama prihvaća svoju transrodnost i obznanjuje je drugima. Reakcije drugih u ovoj su fazi iznimno važne, posebice na samom početku procesa. Pozitivne reakcije umanjuju sram i izolaciju, a negativne ih održavaju ili povećavaju, povećavajući i vjerojatnost negativnih zdravstvenih ishoda. U ovom stadiju transrodne osobe važu rizike rozotkrivanja te to čine pred onima za koje smatraju da će ih prihvatiti i podržati u tom procesu. U nadolazećim stadijima transrodne osobe istražuju svoj transrodni identitet. Povezujući se s drugim transrodnim pojedincima i zajednicom oni istražuju svoj identitet i pronalaze svoj rodni izražaj. Za transpolne to u ovom stadiju najčešće znači početak tranzicije, odnosno posezanje za hormonalnom terapijom i kirurškim modifikacijama. Nakon istraživanja, slijedi stadij intimnosti u kojoj se zadovoljava potreba intimnih odnosa s drugim osobama, a za završni stadij razvoja svojstvena je integracija transrodnog identiteta s ostalim aspektima identiteta, gdje transrodnost postaje integrirani aspekt pojma o sebi. Kroz čitav ovaj proces reakcije okoline će biti od presudnog značaja za mentalno zdravlje. Ovi podaci ukazuju na potrebu pružanja psihosocijalne skrbi članovima obitelji koji su prirodan izvor socijalne podrške i čije reakcije značajno utječu na psihosocijalne i zdravstvene ishode kod transrodnih i transpolnih osoba.

Iskazivanje transpolnih težnji je često stresan čin za samu osobu, ali gotovo još stresniji za njezine bližnje. Inozemna istraživanja pokazuju da majke i očevi vrlo negativno reagiraju na spoznaju o transpolnosti svoje djece (Grossman i sur., 2006). Više negativnih inicijalnih reakcija imaju očevi (D'Augelli, 2005). Psihološki gledano, radi se o procesu tugovanja koji prolazi kroz uobičajene faze (nevjerica, ljutnja, suočavanje, prilagodba). Osim toga, dolazi i do restrukturiranja osobnog identiteta – primjerice, majka više nije majka sina, nego kćeri; brat više nema brata nego sestru. Sve ovo izaziva visoku razinu stresa i zahtijeva prilagodbu te čitav proces može trajati i nekoliko godina (Jokić-Begić, 2013).

Nekada se transpolne osobe odluče za tranziciju tek nakon što su zasnovale obitelj u kojoj su se rodila djeca. Istraživanja pokazuju da će djeca lakše prihvatiti promjenu spola svog roditelja ako su u trenutku promjene bila u ranoj dječjoj dobi. Što su djeca starija to roditeljska promjena spola ima više negativnih posljedica po komunikaciju između roditelja i djece i obiteljske odnose (White i Ettner, 2007).

# Terapijski pristupi rodnoj disforiji

Rodnu disforiju moguće je značajno ublažiti tretmanom (Murad i sur., 2010). Među medicinske tretmane ubrajaju se, primjerice, feminizacija ili maskulinizacija tijela hormonskom terapijom i/ili kirurškim zahvatom. Istraživanja sustavno pokazuju da su ovi tretmani učinkoviti u ublažavanju rodne disforije i poboljšanju kvalitete života transpolnih osoba (Lawrence, 2003; Murad i sur.; 2010; Vujović i sur., 2009; Jokić-Begić, Lauri Korajlija i Jurin, 2014). Neka istraživanja ipak govore o 1-2% osoba koje smatraju kako je operacija bila pogrešna odluka. Uglavnom se radi o transženama s kasnom manifestacijom rodne disforije (Dhejne i sur., 2014).

Napredovanjem pružanja skrbi uvidjelo se da, unatoč tome što mnoge osobe trebaju i hormonsku terapiju i kirurške zahvate da bi se ublažila rodna disforija, neke trebaju samo jednu od ovih opcija tretmana, a neke pak nijednu (Bockting i Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Neke osobe, često uz pomoć psihoterapije, vlastite trans- ili inter-rodne osjećaje integriraju u rodnu ulogu koja im je pripisana pri rođenju i nemaju potrebu za feminizacijom ili maskulinizacijom svojih tijela. Drugima je za ublažavanje rodne disforije dovoljna prilagodba rodne uloge i izražavanja. Preporuka je da tretman rodne disforije bude što je moguće više individualiziran (Coleman i sur., 2012), što dodatno naglašava značaj stručnog savjetovanja tijekom tretmana.

Jedan od važnijih istraživačkih zadataka u području transrodnosti svakako je i identificiranje čimbenika koji koreliraju s pozitivnim odnosno negativnim posljedicama pojedinog tratmana za postizanje zadovoljstva svojim identitetom. Meta-analiza istraživanja koja su provedena na osobama koje su bile podvrgnute hormonalnim i kirurškim tretmanima upućuju da su najbolji prediktori postoperativne prilagodbe emocionalna stabilnost prije tretmana, razumijevanje ograničenja i posljedica operacije te psihoterapija u kontekstu novouspostavljenog rodnog identiteta (Murad i sur., 2010). Rani početak poremećaja, odsutnost seksualnog uzbuđenja prilikom preoblačenja u odjeću tipičnu za suprotni spol, seksualna orijentacija prema spolu u kojem je transpolna osoba rođena, te slaba seksualna aktivnost prije tretmana su čimbenici koji upućuju na pozitivni ishod kirurškog tretmana (Smith i sur., 2005).

Psiholozi i liječnici mogu pomoći rodno disforičnim osobama da afirmiraju svoj rodni identitet, istraže različite opcije za izražavanje tog identiteta i donesu odluke o različitim medicinskim tretmanima za ublažavanje rodne disforije.

## Opcije za psihološki i medicinski tretman rodne disforije

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

• promjena imena i podatka o spolu na osobnim dokumentima.

• prilagodba rodnoga izražavanja i rodne uloge (što može značiti da osoba dio svoga vremena ili čitavo vrijeme živi u drugoj rodnoj ulozi koja je u skladu s njenim rodnim identitetom);

• psihoterapija (individualna, u paru, s obitelji ili grupna) u svrhu, primjerice, istraživanja rodnoga identiteta, rodne uloge i izražavanja, suočavanja s negativnim utjecajem rodne disforije i stigmatizacije na psihičko zdravlje, ublažavanja internalizirane transfobije, jačanja društvene i vršnjačke podrške, unaprjeđenja doživljaja vlastitoga tijela ili poticanja psihološke otpornosti. glasovna i komunikacijska terapija za razvijanje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina koje doprinose osjećaju zadovoljstva u vlastitome rodnome identitetu;

• glasovna i komunikacijska terapija za razvijanje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina koje doprinose osjećaju zadovoljstva u vlastitome rodnome identitetu;

• hormonska terapija za feminizaciju ili maskulinizaciju tijela;

• vanjskih i/ili unutarnjih genitalija, crta lica, tjelesne figure);

• uklanjanje dlaka elektrolizom, laserskim tretmanom ili voskom;

• kirurški zahvat prilagodbe primarnih i/ili sekundarnih spolnih obilježja (npr. dojki/prsa,

Uz prethodno opisane postupke podrška i savjetovanje pacijentima i njihovim obiteljima se može pružati kroz formalne i neformalne grupe osoba (Coleman i sur., 2012).

Prijašnje verzije Standarda skrbi su imale striktno određene terapijske protokole te kriterije za prolaženje kroz pojedinu fazu tranzicijskog procesa. Prema novim Standardima skrbi (Coleman i sur., 2012) tretmanu se pristupa individualizirano i fleksibilno, zauzimajući pristup informiranog pristanka prema kojem je dužnost stručnjaka upoznati pacijenta s mogućim opcijama, prednostima i rizicima, uz obavezu praćenja pacijentovih odluka.

U Republici Hrvatskoj do sada nije bilo organizirane stručne skrbi za transrodne i transpolne osobe. Stručnjaci koji su se bavili ovim poremećajem su malobrojni i samo neformalno povezani, najčešće preko transrodnih i transpolnih osoba. Ove Stručne smjernice predstavljaju prvi napor standardizacije postupka izrade mišljenja o utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola i života u drugom rodnom identitetu. Drugim riječima, postupak standardizacije se započeo s ciljem utvrđivanja formalnih uvjeta, a ne postupaka tretmana. Stoga su protokoli koji se predlažu u ovim smjernicama čvršće strukture od predloženih u Standardima skrbi. Naša nedavno provedena istraživanja su pokazala kako zdravstveni radnici u Hrvatskoj imaju vrlo skromno znanje o transrodnosti i transpolnosti, postupanje s rodno disforičnim pacijentima je rukovođeno svjetonazorom samog zdravstvenog radnika, a znanja su uglavnom dobivena kroz neformalne oblike obrazovanja i medije (LauriKorajlija, Jokić-Begić i Jurin, 2015.). Čvrsto protokoliziranje postupka je u hrvatskoj stvarnosti potrebno prije svega radi zaštite samih transpolnih i transrodnih osoba od stigmatizirajućih, nestručnih i parastručnih stavova kojima bi mogli biti izloženi. Važno je, međutim, naglasiti da protokoli ne služe onemogućavanju ostvarivanju željenog rodnog identiteta, već im je svrha facilitiranje postupka.

# Protokol pružanja skrbi transrodnim i transpolnim osobama

U izradi protokola pokušalo se ostvariti dva cilja:

* standardizirati postupak pružanja zdravstvene i psihosocijalne zaštite rodno disforičnim osobama
* standardizirati postupak izrade mišljenja o utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola i života u drugom rodnom identitetu, utemeljene na etičkim i profesionalnim načelima.

Slika 1. prikazuje hodogram koji objedinjuje oba cilja, a u daljnjem tekstu će se dati detaljniji postupnici za pojedinu skupinu aktivnosti (psihološko-psihijatrijska dijagnostika i skrb, endokrionološka dijagnostika i skrb, itd.).

*Slika 1. Hodogram za izradu mišljenja liječnika i kliničkih psihologa i upućivanje u tretman*

ginekolog

 Izvješće nadležnog centra za socijalnu skrb o osobnim i obiteljskim prilikama

dostupno u RH

\* dijagnostiku provode stručnjaci s Liste stručnjaka, a njihov je zadatak voditi i registar osoba koje su uključene u dijagnostički proces

Hodogram dijagnostike te izrade mišljenja za Nacionalno vijeće za zdravlje je jednak radi li se o odrasloj osobi ili djetetu, no u tretmanu postoje značajne razlike.

Osobe koje zatraže psihosocijalnu i zdravstvenu skrbi radi rodne disforije ili žele pravnu promjenu spola trebaju biti upućene stručnjacima s Liste stručnjaka imenovane od strane Ministra zdravlja. Uobičajeno je početi s stručnjacima iz područja psihijatrije i/ili psihologije koji će procijeniti intenzitet rodne disforije. Osim toga, oni će osobu uputiti u niz terapijskih opcija ili prilagodbe rodnog izražavanja kojima se može ublažiti rodna disforija i poboljšati kvaliteta života. Ako se radi o izraženim transpolnim tendencijama, osoba će biti upućena na prilagodbu spolnih obilježja kroz individualizirano prilagođene različite medicinske tretmane. Tijekom procesa tranzicije psiholog i/ili psihijatar će biti dostupan transpolnoj osobi i po potrebi pružati savjetodavnu, psihoedukativnu, psihosocijalnu i psihijatrijsku skrb. Psihološka dijagnostika i tretman su opisani u posebnom poglavlju.

Ako osoba želi promijeniti spol u dokumentima i/ili se u dogovoru sa stručnjakom za mentalno zdravlje odluči za feminizaciju/maskulinizaciju tijela putem hormonalne terapije upućuje se endokrinologu sa Liste stručnjaka. Endokrinološka dijagnostika i tretman su opisani u posebnom poglavlju.

Ako osoba nakon procesa dijagnostike želi promjenu spola u dokumentima psihijatar, psiholog i endokrinolog izrađuju svoje mišljenje za Nacionalno zdravstveno vijeće prema Pravilniku o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu.

Neki od ostalih tretmana koji će pomoći osobi u ostvarivanju bolje kvalitete života se mogu djelomično ostvariti u Republici Hrvatskoj, a neke je potrebno obaviti u inozemstvu. Tijekom savjetodavnog procesa je potrebno je upoznati transpolne i transrodne osobe s mogućnostima tretmana.

## Psihološka i psihijatrijska procjena i tretman

### 1. Psihodijagnostika

Psihodijagnostika uključuje:

a) psihologijsku procjenu

b) psihijatrijsku procjenu

Psiholozi i psihijatri navedeni u Listi stručnjaka su meritorni za kliničku procjenu rodne disforije. I psihologijska i psihijatrijska procjena podrazumijeva minimalno procjenu rodnoga identiteta i rodne disforije, anamnezu i razvoj rodno disforičnih osjećaja, utjecaj stigme pripisane rodnoj nenormativnosti na psihičko zdravlje te dostupnost obiteljske, prijateljske i vršnjačke podrške. Psihodijagnostički proces uključuje i procjenu komorbiditetnih poremećaja. Osim toga, nužno je tijekom dijagnostičkog procesa utvrditi kognitivne sposobnosti, karakteristike ličnosti, psihološku otpornost te ostale rizične i zaštitne čimbenike koji mogu olakšavati ili otežavati proces otklanjanja ili ublažavanja rodne disforije. Svakako je važno procijeniti psihosocijalnu zrelost, te realističnost planova za budućnost. Psiholozi tijekom kliničke procjene trebaju primijeniti psihodijagnostičke instrumente kojima će zahvatiti kognitivne sposobnosti, osobine ličnosti, izraženost psihopatoloških simptoma, te specifične upitnike i tehnike za procjenu rodne disforije. U nalazu je potrebno naznačiti koji su psihodijagnostički instrumenti korišteni.

Psihodijagnostički postupak rodne disforije je složen postupak koji zahtijeva odnos s transpolnom osobom koji obilježen povjerenjem i uvažavanjem, za što je potrebno vrijeme. Čitav postupak ne treba požurivati, ali također se ne smije nepotrebno produžavati.

Rezultat psihološke i psihijatrijske procjene može biti izostanak dijagnoze, zatim postavljanje službene dijagnoze koja se tiče rodne disforije i/ili postavljanje nekih drugih dijagnoza koje opisuju kognitivna i konativna obilježja i psihosocijalnu prilagodbu. Na stručnjacima za psihičko zdravlje je da kroz psihološko-psihijatrijsku egzaminaciju utvrde je li rodna disforija sekundarna u odnosu na neke druge dijagnoze ili njima točnije obuhvaćena.

#### Specifičnosti psihodijagnostike kod djece i adolescenata

Psihodijagnostički proces kod djece i adolescenata podrazumijeva uključenost oba roditelja. Pri procjenjivanju rodne disforije i psihičkoga zdravlja trebalo bi istražiti prirodu i karakteristike djetetovog ili adolescentovoga rodnoga identiteta te obaviti psihodijagnostičku i psihijatrijsku procjenu koja pokriva područja intelektualnog funkcioniranja, emocionalnoga funkcioniranja (emocionalna zrelost, stabilnost, prisustvo/odsustvo emocionalnih smetnji), socijalnog funkcioniranja (odnosi s vršnjacima, funkcioniranje u vrtiću i školi, prisustvo/odsustvo smetnji ponašanja/prilagodbe) i obiteljskog funkcioniranja. Procjena obiteljskog funkcioniranja treba uključivati procjenu rizičnih i zaštitnih faktora, odnosno evaluaciju jačih i slabijih strana funkcioniranja obitelji (vezanih uz međusobne odnose roditelja, odnos roditelja prema djetetu i kapacitete roditelja za pružanje podrške djetetu). Kod procjene treba imati na umu da su relativno česti emocionalni problemi i problemi u ponašanju, a mogu biti prisutni i neriješeni problemi u djetetovom ili adolescentovom okruženju (de Vries i sur., 2011; Di Ceglie i Thümmel, 2006; Wallien, Swaab i Cohen-Kettenis, 2007).

Za trajanja procjene, specifično adolescenata, valjalo bi njih i njihove obitelji informirati o mogućnostima i ograničenjima različitih tretmana. To je neophodno kako bi se dao informirani pristanak, ali važno je i za samu procjenu. Način na koji osoba reagira na informacije o realnosti prilagodbe spola može biti dijagnostički informativan. Točna informacija može i promijeniti želju mlade osobe za određenim tretmanom ako je ta želja bila utemeljena na nerealnim očekivanjima od samoga tretmana.

#### Nalazi psihodijagnostičkih procjena

Psihodijagnostičke procjene psihologa i psihijatra završavaju mišljenjem koja služe:

a) pri podnošenju zahtijeva Nacionalnom zdravstvenom vijeću

b) kao stručno mišljenje za daljnje hormonalne i/ili kirurške tretmane.

Psiholozi i psihijatri trebaju tijesno surađivati, ali biti i neovisni u procjeni. Ako dođe do nesuglasja u dijagnozi i/ili preporukama za daljnje tretmane treba konzultirati ostale stručnjake s liste.

Svi stručnjaci s Liste stručnjaka trebaju međusobno surađivati i po potrebi koordinirati te voditi klinički dijalog. Otvorena i stalna komunikacija nužna je za konzultiranje, upućivanje i rješavanje problema do kojih može doći u različitim fazama tranzicije.

#### Vođenje Registra transpolnih i transrodnih osoba koje su zatražile psihosocijalnu i zdravstvenu skrb

Psiholozi i psihijatri s Liste stručnjaka trebaju voditi Registar u koji će biti upisivani osnovni podaci o pacijentu, rezultati psihologijskog testiranja, izraženost rodne disforije, komorbiditetne dijagnoze te ostali relevanti podaci. Svrha ovog registra je standardizirano prikupljanje podataka koji mogu poslužiti u budućim poboljšanjima skrbi za transpolne i transrodne osobe.

### 2. Psihoedukativne, savjetodavne i psihoterapijske intervencije

Psiholozi i psihijatri svakako trebaju provesti proces savjetovanja i psihoedukacije s transpolnim/transrodnim osobama, a s onima kojima je to potrebno i proces psihoterapije. Snažno se preporučuje da pristup u bude kulturalno osjetljiv i prilagođen realnim društvenim uvjetima u kojima klijent živi (Maguen, Shipherd i Harris, 2005), a provođen u trans-afirmativnom ozračju, bez predrasuda i stigmatizacije. Savjetodavne i psihoedukativne aktivnosti je moguće provesti tijekom psihodijagnostičkog procesa ili nakon njega, dok psihoterapijski proces zahtijeva u pravilu duže vrijeme.

#### Psihoedukacija

Važan zadatak stručnjaka za psihičko zdravlje jest educirati transpolne i transrodne osobe koje su zatražile psihosocijalnu skrb o raznolikosti rodnih identiteta i izražavanja te o različitim opcijama koje imaju na raspolaganju za ublažavanje rodne disforije. Kako značajan dio problema transspolnih osoba proizlazi iz stigmatizacije od ranog djetinjstva, te internalizirane transfobije (srama i straha radi svog rodnog identiteta) psihoedukacija o samom poremećaju, njegovoj biološkoj etiologiji, rijetkosti i nerazumijevanju od strane bliže i dalje okoline, te patogenom utjecaju okoline je vrlo važna. Već sama psihoedukacija dovodi do umirivanje osjećaja bespomoćnosti, srama, krivnje i tjeskobe, što povratno utječe na više prosocijalnih ponašanja. Također je važno u edukaciju uključiti bliske osobe (obitelj,i prijatelji) jer su one prirodni izvori socijalne podrške za transpolnu osobu. *Model manjinskog stresa* (Meyer, 1995) može poslužiti kao izvrstan okvir za psihoedukaciju. Prema ovom modelu, pripadnici manjinskih skupina doživljavaju niz stresnih događaja u vidu neprihvaćanja, zadirkivanja, pa čak i zlostavljanja koji se javljaju uz svakodnevne životne stresove. Stoga su pripadnici manjine kronično izloženi značajno višim razinama stresa što nepovoljno utječe na njihovu kvalitetu života i psihofizičko zdravlje. Osim toga, internalizira se negativni doživljaj zbog konotacije koju manjina ima, pa se transspolne osobe dodatno iscrpljuju u skrivanju svog manjinskog statusa. Rješenje je, prema ovome modelu, na osobnom planu smanjiti razinu samostigmatizacije i predrasuda, te s ponosom prihvatiti svoj manjinski identitet. Na razini društvene zajednice treba raditi na promociji različitosti, toleranciji i osuđivanju svakog oblika diskriminacije. Ovaj model treba jasno objasniti transpolnom /transrodnom klijentu i njegovim bližnjima te ih tijekom procesa psihoedukacije poticati na promjenu vjerovanja obojenih predrasudama i stereotipima s alternativnim, tolerantnim i prihvaćajućim vjerovanjima. Također treba otvoriti pitanja kratkoročnih i dugoročnih implikacija svake prilagodbe rodne uloge i svake upotrebe medicinskih intervencija. Te implikacije mogu biti psihološke, socijalne, fizičke, seksualne, profesionalne, financijske i pravne (Bockting, Knudson i Goldberg, 2006; Lev, 2004).

#### Psihološko savjetovanje

Sa svim transpolnim/transrodnim osobama koje su zatražile psihosocijalnu skrb valja provesti psihološko savjetovanje vodeći se činjenicom da se u pravilu radi o osobama koje se dugotrajno bore s pitanjem osobnog identiteta, koje su vjerojatno bile izložene stigmatizaciji i samostigmatizaciji i pred kojima je niz važnih životnih odluka. Glavni cilj savjetodavnog procesa jest ohrabriti, voditi i pomoći osobi u donošenju informiranih odluka kojima će ostvariti bolju kvalitetu života.

Neke od tema koje se trebaju dotaknuti tijekom savjetovanja sa svim transpolnim/transrodnim osobama su: načini na koji se rodna disforija može ublažiti (potpuna tranzicija je samo jedan i to ekstreman način); očekivanja od tranzicije; odnos s obitelji i bližnjima, te stvaranje podržavajućeg socijalnog okruženja; seksualnost; potomstvo; financijska situacija; ciljevi u ostalim područjima života. Osim ovoga, stručnjak za mentalno zdravlje svakako treba posvetiti vrijeme i ostalim, za klijenta važnim temama.

Tijekom ovoga procesa osobu se može uputiti na individualnu, obiteljsku ili grupnu terapiju i/ili na grupe vršnjačke podrške.

#### Psihoterapija

Opći je cilj psihoterapije pronaći način za poboljšanje cjelokupnoga stanja, kvalitete života i samoispunjenja. Cilj psihoterapije nije promjena rodnoga identiteta osobe, naprotiv; psihoterapija može pomoći osobi da istraži svoju nelagodu s rodom i pronađe način za ublažavanje rodne disforije, ako je ona prisutna (Bockting, Knudson i Goldberg, 2006; Bockting i Coleman. 2007; Fraser, 2009; Lev, 2004). Obično je konačni cilj tretmana pružanje pomoći transpolnim/ transrodnim osobama u postizanju dugoročnoga osjećaja zadovoljstva u izražavanju vlastitih rodnih identiteta s realističnim šansama za ostvarivanje uspjeha u međuljudskim odnosima, obrazovanju i radu. Psihoterapija također može biti od pomoći ako dijagnostički postupci pokažu da je kod osobe istovremeno prisutno više tegoba s psihičkim zdravljem (npr. anksioznost, depresija).

#### Specifičnosti psihološkog savjetovanja, psihoedukacije djece i adolescenata

Osnovni cilj psiholoških intervencija jest pomoći roditeljima i ostalim članovima obitelji da uvaže i ublaže probleme svoje rodno disforične djece ili adolescenata/ica. Obitelji igraju važnu ulogu u psihološkome zdravlju i dobrobiti mladih osoba (Brill i Pepper, 2008; Lev, 2004). To također vrijedi za ostale važne osobe iz djetetove okoline kao što su vršnjaci, učitelji i slično.

Psihoterapija bi se trebala fokusirati na ublažavanje djetetovog ili adolescentovoga stresa povezanoga s rodnom disforijom te ublažavanje eventualnih ostalih psihosocijalnih teškoća. Mladim osobama koje poduzimaju prilagodbu spola, psihoterapija može pružati podršku prije, za vrijeme i nakon zahvata. O različitim psihoterapijskim pristupima takvoj situaciji nema objavljenih službenih evaluacija, ali u literaturi je opisano nekoliko metoda savjetovanja (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis i Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie i Thümmel, 2006; Hill i sur. 2010; Malpas, 2011; Menvielle i Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Članovim obitelji treba pružati podršku u njihovome suočavanju s nesigurnostima i tjeskobom kada je posrijedi psihološki aspekt vezan za spola njihove djece. Treba ih podupirati i u pomaganju mladim osobama da razviju pozitivnu sliku o sebi.

Neka djeca izraze želju za socijalnom tranzicijom u drukčiju rodnu ulogu puno prije puberteta. Nekoj djeci to može značiti izražavanje vlastitoga rodnoga identiteta. Druga će djeca na takav korak biti motivirana nekim drugim razlozima. Obitelji se međusobno razlikuju po razmjeru u kojem dopuštaju svojoj djeci da poduzmu socijalnu tranziciju u drukčiju rodnu ulogu. U nekim se obiteljima socijalna tranzicija uspješno odvije u ranome djetinjstvu. Posrijedi je kontroverzno pitanje o kojem stručnjaci imaju oprečna mišljenja. Postojeći dokazi su nedovoljni za predviđanje dugoročnih ishoda tranzicije u drukčiju rodnu ulogu koja je dovršena tijekom ranoga djetinjstva. Istraživanje ishoda kod djece koja su u ranoj dobi dovršila socijalnu tranziciju uvelike bi utjecalo na buduće kliničke preporuke. Navedeno je važno naglasiti u procesu psihoedukacije i savjetovanja, posebno predpubertetske djece i njihovih roditelja.

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

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

Pubertet predstavlja rizično razdoblje za psihičko zdravlje transpolnih/transrodnih mladih osoba. Ako se rodna disforija pogoršava s pubertetom gotovo je sigurno da se radi o kroničnom stanju. Početak biološkog puberteta će za takvu osobu biti izvor visoke razine stresa. Rano (pravovremeno) uključivanje obitelji u sustav pružanja psihološke podrške može prevenirati ili ublažiti psihološke/emocionalne teškoće u tom razdoblju. Također, započinjanje s hormonalnom terapijom u ovoj dobi ima zaštitnu ulogu za kasnije psihofizičko zdravlje pojedinca.

### 3. Praćenje tijekom života

Istraživanja pokazuju da su transpolne/transrodne osobe u većem riziku za psihičke i tjelesne smetnje i po obavljenoj tranziciji te je stoga važno održati odnos povjerenja koji će osigurati mogućnost javljanja u različitim fazama života i radi različitih problema.

## Endokrinološka dijagnostika i tretman

### Medicinska nužnost hormonske terapije

Feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija – primjena egzogenih agensa s hormonalnim učincima za izazivanje prilagodbi u pravcu feminizacije ili maskulinizacije – medicinski je nužna intervencija za mnoge transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe s rodnom disforijom (Newfield, Hart, Dibble i Kohler, 2006).

Hormonska terapija mora biti individualizirana u skladu s ciljevima osobe, omjeru rizika i koristi kod lijekova, prisutnosti drugih medicinskih stanja te analizi socijalnih i ekonomskih posljedica. Hormonska terapija može u značajnoj mjeri pružiti olakšanje osobama koje ne žele obaviti tranziciju u drukčiju socijalnu rodnu ulogu ili podvrgnuti se kirurškim zahvatima, ali i onima koji/e to nisu u mogućnosti obaviti (Meyer III, 2009).

### Kriteriji za terapiju s hormonskim učinckima

Hormonsku terapiju moguće je započeti nakon što provedenog postupka psihodijagnostike i psihološkog savjetovanja.

**Kriteriji za terapiju su:**

1. stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija;
2. sposobnost donošenja potpuno informirane odluke i pružanja informiranoga pristanka na tretman;
3. ako su prisutne druge medicinske tegobe ili smetnje psihičkog zdravlja, potrebno ih je držati pod adekvatnom kontrolom, uz uvažavanje apsolutnih i relativnih medicinskih kontraindikacija za primjenu svakog pojedinog lijeka
4. Osoba treba biti informirana i dati pristanak na liječenje. Primjer teksta informiranog pristanka se nalazi u Prilogu 1.

Neetično je odbiti pristup hormonskoj terapiji ili osobu smatrati neprikladnom za hormonsku terapiju samo zato što je ona seropozitivna na HIV ili hepatitis B ili C.

U rijetkim slučajevima hormonska terapija može biti kontraindicirana zbog ozbiljnih individualnih zdravstvenih poteškoća.

### Tjelesni učinci terapije s hormonskim učincima

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

* Kod transmuškaraca očekivane tjelesne prilagodbe su: produbljenje glasa, povećanje klitorisa (varira), povećanje facijalne i tjelesne dlakavosti, prestanak menstruacije, atrofija tkiva dojki te smanjenje postotka masnoga tkiva u odnosu na mišićnu masu.
* Kod transžena očekivane tjelesne prilagodbe su: rast dojki (varira), slabljenje erektilne funkcije, smanjenje testisa te rast postotka masnoga tkiva u odnosu na mišićnu masu.

Do većine tjelesnih prilagodbi, kako u pravcu feminizacije tako i u pravcu maskulinizacije, doći će u razdoblju od dvije godine. Broj fizičkih prilagodbi i vremenski tijek učinaka može izrazito varirati. Tablice 2 i 3 prikazuju aproksimativni vremenski slijed tih fizičkih prilagodbi.

**TABLICA 2: UČINCI I OČEKIVANI VREMENSKI TIJEK MASKULINIZIRAJUĆIH LIJEKOVA**[[2]](#footnote-2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **učinak** | **očekivani početak**[[3]](#footnote-3) | **očekivani maksimalni učinak** |
| masna koža/akne | 1-6 mjeseci | 1-2 godine |
| rast facijalne/tjelesne dlake | 3-6 mjeseci | 3-5 godina |
| gubitak kose | >12 mjeseci[[4]](#footnote-4) | varira |
| povećana mišićna masa/snaga | 6-12 mjeseci | 2-5 godina[[5]](#footnote-5) |
| preraspodjela masnoga tkiva | 3-6 mjeseci | 2-5 godina |
| prestanak menstruacije | 2-6 mjeseci | Ø |
| povećanje klitorisa | 3-6 mjeseci | 1-2 godine |
| urogenitalna atrofija | 3-6 mjeseci | 1-2 godine |
| produbljenje glasa | 3-12 mjeseci | 1-2 godine |

**TABLICA 3: UČINCI I OČEKIVANI VREMENSKI TIJEK FEMINIZIRAJUĆIH LIJEKOVA**[[6]](#footnote-6)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **učinak** | **očekivani početak**[[7]](#footnote-7) | **očekivani maksimalni učinak** |
| preraspodjela masnoga tkiva | 3-6 mjeseci | 2-5 godina |
| smanjenje mišićne mase/snage | 3-6 mjeseci | 1-2 godine[[8]](#footnote-8) |
| omekšavanje kože/smanjenje masnoće kože | 3-6 mjeseci | nepoznato |
| smanjenje libida | 1-3 mjeseci | 1-2 godine |
| smanjenje učestalosti spontanih erekcija | 1-3 mjeseca | 3-6 mjeseci |
| muška spolna disfunkcija | varira | varira |
| rast grudi | 3-6 mjeseci | 2-3 godine |
| smanjenje veličine testisa | 3-6 mjeseci | 2-3 godine |
| smanjenje proizvodnje sperme | varira | varira |
| stanjivanje i usporeni rast tjelesnih i facijalnih dlaka | 6-12 mjeseci | >3 godine[[9]](#footnote-9) |
| muški obrazac ćelavosti | bez ponovnoga rasta izgubljene kose, opadanje prestaje nakon 1-3 mjeseca | 1-2 godine |

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

### Rizici terapije s hormonskim učincima

Sve su medicinske intervencije rizične. Vjerojatnost da će doći do neke ozbiljne negativne nuspojave ovisi o brojnim faktorima: o samome lijeku, o dozi, načinu primjene i kliničkoj slici (dob, komorbiditeti, obiteljska anamneza, zdravstvene navike).

Rizici povezani s feminizirajućom/maskulinizirajućom terapijom kod transpolne, transrodne i rodno nenormativne populacije u cjelini jezgrovito su izneseni u Tablici 4. S obzirom na količinu podataka, rizici su kategorizirani na sljedeći način: (i) vjerojatno povećani rizik povezan s terapijom, (ii) moguće povećani rizik povezan s terapijom, ili (iii) nema povećanoga rizika ili bez jasnih rezultata. Stavke u posljednjoj kategoriji su one koje mogu predstavljati rizik, ali za koje su dokazi toliko minimalni da se nikakav jasan zaključak ne može donijeti.

**TABLICA 4: RIZICI POVEZANI S HORMONSKOM TERAPIJOM, ISTAKNUTE STAVKE SU KLINIČKI ZNAČAJNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| razina rizika | feminizirajući lijekovi | maskulinizirajući lijekovi |
| vjerojatno povećani rizik | **venska tromboembolija**[[10]](#footnote-10)žučni kamencipovišeni jetreni enzimiporast tjelesne težinehipertrigliceridemija | policitemijaporast tjelesne težineakneandrogena alopecija (ćelavljenje)apneja tijekom spavanja |
| vjerojatno povećani rizik ako su prisutni dodatni rizični faktori[[11]](#footnote-11) | kardiovaskularne bolesti |  |
| moguće povećani rizik | hipertenzijahiperprolaktinemija ili prolaktinski tumor | povišeni jetreni enzimihiperlipidemija |
| moguće povećani rizik ako su prisutni dodatni rizični faktori[[12]](#footnote-12) | dijabetes tipa 2[[13]](#footnote-13) | destabilizacija određenih psihijatrijskih poremećaja[[14]](#footnote-14)kardiovaskularne bolestihipertenzijadijabetes tipa 2 |
| nema povećanoga rizika ili bez jasnih rezultata | rak dojke | gubitak koštane maserak dojkerak vrata maternicerak jajnikarak maternice |

### Terapija s hormonskim učincima - hodogram

#### Hormonska terapija nakon uklanjanja spolnih žlijezda

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

#### Održavanje razine hormona prije uklanjanja spolnih žlijezda

Jednom kada osoba postigne željene rezultate u feminizaciji/maskulinizaciji lijekovima (obično nakon dvije ili više godina), ostaje na dozi koja održava postignutu razinu hormona. Ta se doza potom prilagođava promjenama u zdravstvenome stanju, starenju i drugim faktorima poput promjena životnoga stila (Dahl i sur., 2006). Pacijenta/icu bi trebalo redovito pratiti fizičkim pregledima i laboratorijskim testovima, kao što se to navodi u literaturi (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Doziranje i oblik lijekova trebalo bi redovito preispitivati u odnosu na promjene u zdravstvenome statusu te dostupnim dokazima o potencijalnim rizicima povezanima s dugotrajnom primjenom hormona.

#### Započinjanje hormonske feminizacije/maskulinizacije

Medikamentoznu terapiju potrebno je individualizirati u skladu s ciljevima, omjeru rizika i koristi lijekova, prisutnosti drugih zdravstvenih stanja, a u obzir valja uzeti društvena i ekonomska pitanja. Iako se u literaturi pojavljuje mnogo različitih režima feminizirajuće/ maskulnizirajuće terapije (Dahl i sur., 2006; Hembree i sur., 2009; Moore i sur., 2003), ), ne postoje objavljeni rezultati kliničkih istraživanja provedenih na slučajnim uzorcima koji uspoređuju njihovu sigurnost i učinkovitost. Unatoč tome, jednu razumnu shemu za procjenu početnih rizika i kontinuirani nadzor hormonske terapije moguće je sastaviti na temelju ranije navedenih dokaza o učinkovitosti i sigurnosti.

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

Početna evaluacija osobe za medikamentoznu terapiju procjenjuje njihove kliničke ciljeve i rizične faktore koji bi mogli dovesti do nepoželjnih nuspojava povezanih s tim lijekovima. Sve procjene trebaju sadržavati temeljit fizički pregled s mjerenjem težine, visine i krvnoga tlaka. Određivanje potrebe za pregledom dojki, te spolnih organa treba temeljiti na individualnim rizicima i potrebama za preventivnom zdravstvenom zaštitom (Feldman i Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

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

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

Druga se medicinska stanja, kao što je zabilježeno u Tablici 4, mogu pogoršati uslijed blokade sinteze ili djelovanja androgena, pa ih stoga treba evaluirati i staviti pod kontrolu prije započinjanja hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Valja pažnju obratiti na konzumiranje duhana.

Bazalne laboratorijske vrijednosti važne su za procjenu početnoga rizika i evaluaciju mogućih nepoželjnih nuspojava u budućnosti. Laboratorijske testove trebalo bi obaviti u skladu s rizicima feminizirajuće terapije, navedenima u Tablici 4, i individualnim rizičnim faktorima, uključujući obiteljsku anamnezu. Predlošci laboratorijskih testova su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009).

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

Među apsolutnim kontraindikacijama za terapiju testosteronom su trudnoća, nestabilna koronarna bolest srca te netretirana policitemija s hematokritom od 0,55 ili više (Carnegie, 2004). Budući da aromatizacija testosterona u estrogen može povisiti rizik kod osoba s anamnezom raka dojke ili drugim karcinomima koji ovise o estrogenu (Moore i sur., 2003), konzultacije s onkologom mogu biti indicirane prije same primjene hormona. Trebalo bi evaluirati i tretirati sva komorbiditetna stanja koja bi se mogla pogoršati primjenom testosterona, i to prije započinjanja hormonske terapije (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009). Osobama s prethodnim kardiovaskularnim ili cerebrovaskularnim bolestima preporučuju se konzultacije s kardiologom (Dhejne i sur., 2011).

Povišena prevalencija sindroma policističnih jajnika (PCOS) zabilježena je kod FtM osoba, čak i kada ne koriste hormonalne pripravke (Baba i sur., 2007). Premda nema dokaza da je PCOS povezan s razvojem transpolnoga, transrodnoga ili rodno nenormativnoga identiteta, PCOS jest povezan s povećanim rizikom od dijabetesa, srčanim bolestima, visokim krvnim tlakom te rakom jajnika i endometrija (Cattrall i Healy, 2004).

Bazalne laboratorijske vrijednosti važne su za procjenu početnoga rizika i evaluaciju mogućih nepoželjnih nuspojava u budućnosti. Laboratorijske testove trebalo bi obaviti u skladu s rizicima maskulinizirajuće hormonske terapije, navedenima u Tablici 4, i individualnim rizičnim faktorima, uključujući obiteljsku anamnezu. Predlošci laboratorijskih testova su objavljeni (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009).

### Kliničko praćenje radi učinkovitosti i uočavanja nepoželjnih nuspojava tijekom terapije s hormonskim učincima

Svrha kliničkoga praćenja tijekom primjene hormona procjenjivanje je stupnja feminizacije/maskulinizacije te moguće prisutnosti nepoželjnih nuspojava lijekova. Međutim, kao i tijekom praćenja dugotrajne primjene lijekova, praćenje se treba odvijati u kontekstu obuhvatne zdravstvene skrbi. Dostupni su objavljeni protokoli za kliničko praćenje (Feldman i Safer, 2009; Hembree i sur., 2009).

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

Učinkovitost liječenja najbolje se može procijeniti pomoću kliničkoga odgovora na terapiju - razvija li se kod osobe feminizirano tijelo istovremeno s minimalizacijom maskulinih karakteristika. Da bi se što brže predvidjelo doziranje lijekova koji će postići klinički odgovor, moguće je mjeriti spuštanje razine testosterona ispod normalnih gornjih vrijednosti za žene te podizanje razine estradiola u raspon vrijednosti kod žena u predmenopauzi, ali znatno ispod suprafizioloških razina (Feldman i Safer; Hembree i sur., 2009).

Praćenje radi uočavanja nepoželjnih nuspojava trebalo bi sadržavati i kliničku i laboratorijsku evaluaciju. Naknadno praćenje trebalo bi uključivati detaljni pregled na znakove kardiovaskularnih oštećenja i venozne tromboze mjerenjem krvnoga tlaka, težine i pulsa, pregledom srca i pluća te pregledom ekstremiteta zbog mogućih perifernih edema, lokalizirane otekline ili boli (Feldman i Safer, 2009).

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

Učinkovitost liječenja najbolje se može procijeniti pomoću kliničkoga odgovora na terapiju - razvija li se kod osobe maskulinizirano tijelo istovremeno s minimalizacijom femininih karakteristika. Dobar klinički odgovor na terapiju s najmanjom vjerojatnošću nepoželjnih nuspojava može se postići održavanjem razine testosterona u normalnim vrijednostima za muškarce s istovremenim izbjegavanjem suprafizioloških razina (Dahl i sur., 2006; Hembree i sur., 2009). Kod osoba koji testosteron cipionat ili enantat koriste intramuskularno (IM), može se pratiti najniža koncentraciju testosterone ( koncentraciju testosterona krvi na kraju intervala doziranja ).

Praćenje radi uočavanja nepoželjnih nuspojava trebalo bi sadržavati i kliničku i laboratorijsku evaluaciju. Naknadno praćenje trebalo bi uključivati detaljni pregled na znakove i simptome pretjeranoga povećanja tjelesne težine, akni, probojnih krvarenja iz maternice te psihijatrijske simptome kod rizičnih pacijenata/ica. Fizički pregledi trebali bi sadržavati mjerenje krvnoga tlaka, težine i pulsa, preglede srca i pluća te preglede kože (Feldman i Safer, 2009).

### Hormonski režimi

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

### Režimi za feminizirajuću hormonsku terapiju (MtF)

#### Estrogen

Čini se da oralna primjena estrogena, a specifično etinilestradiola, povećava rizik od venske tromboze. Zbog ovoga zdravstvenoga rizika ne preporučuje se primjena etinilestradiola u feminizirajućoj hormonskoj terapiji. Transdermalna primjena estrogena preporuča se onim pacijentima/icama koji/e već imaju rizične faktore za vensku trombozu. Rizik od nepoželjnih nuspojava raste povećanjem doze, posebice s dozama koje rezultiraju suprafiziološkim razinama (Hembree i sur., 2009). Osobe s komorbiditetnim stanjima koji mogu biti pod utjecajem estrogena trebale bi izbjegavati njegovu oralnu primjenu, ako je to moguće, i početi od nižih razina.

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

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

Često se primjenjuju sljedeći anti-androgeni:

* Spironolakton: antihipertenzivni agens koji direktno inhibira lučenje testosterona i vezanje androgena na androgeni receptor. Zbog moguće hiperkalemije potrebno je nadzirati krvni tlak i elektrolite.
* Ciproteron acetat: progestin s anti-androgenim svojstvima. Lijek nije odobren u Sjedinjenim Državama zbog njegove potencijalne hepatotoksičnosti, ali u drugim se zemljama često primjenjuje (De Cuypere i sur., 2005).
* GnRH agonisti (goserelin, buserelin, triptorelin): neurohormoni koji blokiraju receptor za gonadotropni otpuštajući hormon i na taj način onemogućavaju otpuštanje folikulostimulacijskoga hormona i luteinizirajućega hormona. Korištenjem ovih lijekova postiže se izrazito učinkovito blokiranje gonada. Međutim, riječ je o skupim lijekovima koji su dostupni jedino u obliku injekcije ili implantata.
* Inhibitori 5-alfa-reduktaze (finasterid i dutasterid) blokiraju pretvorbu testosterona u aktivniji agens 5-alfa-dihidrotestosteron. Ti lijekovi imaju blagotvoran učinak na ćelavljenje, tjelesnu dlakavost, žlijezde lojnice i ujednačenost tena.

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

Dostupnost navedenih tvari se u Republici Hrvatskoj može s vremenom mijenjati.

#### Progestini

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

### Režimi za maskulinizirajuću hormonsku terapiju (FtM)

#### Testosteron

Testosteron se općenito može primjenjivati oralno, transdermalno ili parenteralno, a dostupan je i kao bukalni preparat te u obliku implantata. Budući da se testosteron cipionat i enantat za intramuskularnu primjenu često primaju svaka 2 do 4 tjedna, neke osobe mogu primijetiti cikličke varijacije u učincima (primjerice, zamor i razdražljivost na kraju ciklusa primanja injekcija; agresivnost ili ekspanzivno ponašanje na početku ciklusa primanja injekcija), kao što je moguće da nešto duže budu izvan normalnih fizioloških razina (Jockenhövel, 2004; Nieschlag i sur., 2004). Ti se učinci mogu ublažiti češćom primjenom nižih doza ili svakodnevnom primjenom transdermalnih preparata (Dobs i sur., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag i sur., 2004). Testosteron undekanoat za intramuskularnu primjenu održava stabilnu fiziološku razinu testosterona u razdoblju od otprilike 12 tjedana, a pokazao se učinkovitim i u slučaju hipogonadizma te kod FtM osoba (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann i Dittrich, 2007). Neki dokazi idu u prilog tome da transdermalna i intramuskularna primjena testosterona postižu slične rezultate u maskulinizaciji, premda se rezultati s transdermalnim preparatima postižu nešto sporije. Cilj je, posebice u kontekstu starenja osobe, koristiti najnižu moguću dozu za održavanje željenih kliničkih rezultata, uz poduzimanje potrebnih mjera opreza za održavanje gustoće koštane mase.

Dostupnost navedenih tvari se u Republici Hrvatskoj može s vremenom mijenjati.

#### Ostali agensi

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

### Hormonska terapija u adolescenata s rodnom disforijom

Liječenje započinje supresijom puberteta s GnRH analozima u adolescenata pod uvjetom da:

1. Ispunjavaju kriterije za dijagnozu PRI i stariji su od 16 godina

2. Ušli su u pubertet (najmanje 2.stupanj premaTanner-u )

3. Nema psihijatrijskog komorbiditeta koji bi interferirao s dijagnostičkim i/terapijskim postupcima

4. Osigurana im je psihološka i socijalna podrška

5. Upoznati su s očekivanim ishodom i rizicima liječenja.

#### Protokol praćenja u vrijeme supresije puberteta s GnRH analozima

Svaka 3 mjeseca - antropometrijska mjerenja, laboratorijske analize: FSH,LH,estradiol/testosteron

Jednom godišnje - renalna i bubrežna funkcija, lipidogram, glukoza, HbAlc, denzitometrija, koštana zrelost -rtg lijeve šake

#### Protokol indukcije puberteta

Indukcija ženskog puberteta s tabletama 17-beta estradiola, doza se povećava svakih 6 mjeseci (5ug/kg/dan, 10ug/kg/dan, 15ug/kg/dan, 20ug/kg/dan)

Adultna doza 2mg/dan

Indukcija muškog puberteta i.m. injekcijama testosteronskih estera, povećava se doza svakih 6 mjeseci (25mg/m2 svaka 2 tjedna, 50mg/m2 svaka 2 tjedna, 75mg/m2 svaka 2 tjedna, 100 mg/m2 svaka 2 tjedna)

#### Protokol praćenja u vrijeme indukcije puberteta

Svaka 3 mjeseca - antropometrijska mjerenja, laboratorijske analize: FSH, LH, estradiol/testosteron

Jednom godišnje - renalna i bubrežna funkcija, lipidogram, glukoza, HbA1c, denzitometrija, koštana zrelost-rtg lijeve šake

Preporuča se provođenje terapije s GnRH analozima se sve dok se ne učini gonadektomija.

## Reproduktivno zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba

Transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama opcije za ostvarivanje reprodukcije ne smiju biti zanijekane (Coleman i sur., 2012).

Hrvatski Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji (NN 86/12) u čl. 34. kaže: „Pohranjivanje spolnih stanica dozvoljava se muškarcima i ženama (ali i maloljetnim osobama) kojima prema spoznajama medicinske znanosti prijeti da će postati neplodni.“

Stoga svim transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama koje će ući u proces endokrinološke i kirurške tranzicije valja prethodno ponuditi mogućnost da pohrane svoju spermu, jajne stanice ili embrije prema Zakonu o MPO.

### Ginekološka skrb

#### FtM osobe u tranziciji spola

Nužna  je redovita ginekološka skrb za sve FtM osobe u tranziciji spola prije rekonstruktivnog kirurškog zahvata. Posebno je važno osigurati pouzdanu kontracepciju neoperiranim osobama koje uzimaju testosteron zbog njegova utjecaja na plod (Coleman i sur., 2012).

Nakon operacije tip i sadržaj ginekološke skrbi se preporučuje prema opsegu kirurškog zahvata. Budući da se većina FtM osoba u tranziciji spola nikada ne podvrgne vaginektomiji, ginekološki se pregled osobama koje nisu vaginektomirane savjetuje najmanje jednom u 3 godine, bez obzira na to što su histerektomirane i ovariektomirane.

#### MtF osobe u tranziciji spola

MtF osobama ginekološki pregled prije operacije nije potreban osim u vezi sa savjetovanjem o pohrani sjemena ako to ne učini drugi liječnik.

Nakon operacije ginekološki je pregled potreban (i poželjan u smislu  potvrde pripadanja željenom spolu) barem 1-2 godine nakon operacije. Ginekolog/inja ne smije zanemariti nadzor prostate u takvih osoba, barem provjerom PSA ili urološkim pregledom (Grujić Koračin, 2013).

# Literatura

Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry. 2015;30(6):807-815.

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

Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. Front Neuroendocrinol 2011;32(2):214-226. doi: 10.1016/j.yfrne.2011.02.007

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

Basson R, Prior JC. Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. U: D. Denny (ur.), Current concepts in transgender identity(str. 277–296). New York, NY: Garland, 1998.

Begić D. Transseksualnost kao interdisciplinarni fenomen. U: Jokić-Begić N, Begić D. Suvremeni pristup transseksualnosti. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.

Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R. Prediction of regrets in postoperative transsexuals. Can J Psychiatry 1989;34:43-5.

Bockting WO, Coleman E. Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. U: R. Ettner, S. Monstrey i A. Eyler (ur.), Principles of transgender medicine and surgery (str. 185-208). New York, NY: The Haworth Press, 2007.

Bockting WO, Goldberg J. Multidisciplinary guidelines for transgender care. Binghamton, NY: Haworth Medical, 2006.

Bockting WO, Knudson G, Goldberg JM. Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. International Journal of Transgenderism 2006;9(3-4):35-82. doi:10.1300/J485v09n03\_03

Bockting WO. From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. Siecus Report 1999;28(1):3.

Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. Sexologies 2008;17(4):211-224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001

Bolin A. Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. U: G. Herdt (ur.), Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history (str. 447-486). New York, NY: Zone Books, 1994.

Brill SA, Pepper R. The transgender child: A handbook for families and professionals. Berkeley, CA: Cleis Press, 2008.

Cattrall FR, Healy DL. Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2004;*18*(5):803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Chivers ML, Bailey JM. Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. Archives of sexual behavior, 2000;29(3):259-278.

Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. Journal of Psychosomatic Research 1999;46(4):315-333.

Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.

Cohen-Kettenis PT. Gender identity disorders. U: C. Gillberg, R. Harrington i H. C. Steinhausen (ur.), A clinician’s handbook of child and adolescent psychiatry (str. 695-725). New York, NY: Cambridge University Press, 2006.

Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen‐Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Ehrbar R, Ettner R, Eyler E, Garofalo R, Karasic DH, Lev AI, Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS, Tangpricha V, van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S,Wylie KR, Zucker K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. International Journal of Transgenderism 2012;13:165‐232.doi:10.1080/15532739.2011.700873

Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav Genet 2002;32(4):251-257.

Coussinoux ST, Smith GJ, Bourdel MC, Cordier B, Brémont C, Poirier MF, Haddou M, Olié JP. Tests de personnalité et identification sexuée chez des transsexuels masculins. L'Encéphale 2005;31(1): 24-30.

D’Augelli AR. Stress and adaptation among families of lesbian, gay, and bisexual youth: Research challenges. Journal of GLBT Family Studies 2005;1(2):115-135.

Dahl M, Feldman JL, Goldberg JM, Jaberi A. Physical aspects of transgender endocrine therapy. International Journal of Transgenderism 2006;9(3):111–134. doi:10.1300/J485v09n03\_06

De Cuypere G, Gijs L. Care for adults with gender dysphoria. U: Kreulels BPC, Steensma TD, de Vries ALC. (ur). Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development (pp. 231-254). Springer US, 2014.

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

de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA. Clinical management of gender dysphoria in adolescents. International Journal of Transgenderism 2006;9(3-4): 83-94. doi:10.1300/J485v09n03\_04

 de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Advance online publication. 2011. doi:10.1111/j.1469–7610.2011.02426.x

de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen‐ Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender gender reassignment. Pediatrics 2014;134(4):696-704.

de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. Journal of Autism and Developmental Disorders 2010;40(8):930-936. doi:10.1007/s10803–010–0935–9

 de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. The Journal of Sexual Medicine. Advance online publication. 2010. doi:10.1111/j.1743–6109.2010.01943.x

Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. Archives of sexual behavior 2014;43(8):1535-1545.

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

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington, DC: American PsychiatricPublishing, 2013.

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4. izdanje (DSM-IV). Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.

Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry 2012;24(6):568-577.

Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Developmental Psychology 2008;44(1):34-45. doi:10.1037/0012–1649.44.1.34

Erickson-Schroth L. Update on the Biology of Transgender Identity. Journal of Gay & Lesbian Mental Health 2013;17(2):150-174.

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

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

Feldman J, Safer J. Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the Standardsof care. International Journal of Transgenderism2009; *11*(3):146–182. doi:10.1080/15532730903383757

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

Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh MAY, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2001;40(4):409-418.

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

Gijs L, van der Putten-Bierman E, De Cuypere G. Psychiatric Comorbidity in Adults with Gender Identity Problems. U: Kreulels BPC, Steensma TD, de Vries ALC. (ur). Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development (str. 255-276). Springer US, 2014.

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

Grossman AH, D’Augelli AR, Howell TJ, Hubbard S. Parent’s reactions to transgender youth’s gender-nonconforming expression and identity. Journal of Gay & Lesbian Social Services 2006;18(1):3-16. doi:10.1300/J041v18n01\_02

Grossman AH, D’Augelli AR. Transgender youth and life‐threatening behaviors. Suicide and Life-Threatening Behavior 2007;37(5):527-537.

Grujić Koračin J. Interdisciplinarni pristup transseksualnosti – ginekološko iskustvo. Gynaecol Perinatol 2013;22(4):182-190.

Hare L, Bernard P, Sanchez F, Baird P, Vilain E, Kennedy T, Harley V. Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. Biological Psychiatry 2009;65(1):93-96.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack, NP, . . . Montori VM. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism2009; *94*(9):3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345

Herman-Jeglińska A, Grabowska A, Dulko S. Masculinity, femininity, and transsexualism. Archives of Sexual Behavior 2002;31(6):527-534.

Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, Cohen-Kettenis PT, Haraldsen IR, De Cuypere G. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. The British Journal of Psychiatry 2014;204(2):151-156.

Hill DB, Menvielle E, Sica KM, Johnson A. An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. Journal of Sex and Marital Therapy 2010;36(1):6-23. doi:10.1080/00926230903375560

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

Jokić-Begić N, Babić Čikaš A, Jurin T, Lučev E, Markanović D, Ručević S. Transseksualnost: život u krivom tijelu? Liječnički Vjesnik 2008;130:237-247.

Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Jurin T. Psychosocial adjustment to sex reassignment surgery: a qualitative examination and personal experiences of six transsexual persons in Croatia. Scientific World Journal 2014;Mar 25:960745. doi: 10.1155/2014/960745. eCollection.

Jokić-Begić N. Psihološki aspekti transseksualnosti. U: Jokić-Begić N, Begić D. Suvremeni pristup transseksualnosti. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.

Kruijver FPM, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. Male-to-Female Transsexuals Have Female Neuron Numbers in a Limbic Nucleus. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2000;85(5):2034-2041.

Lauri Korajlija A, Jokić-Begić N, Jurin T. (Ne)znanje je (ne)moć – stručna pomoć transspolnim osobama. Zbornik radova 22. dani Ramira i Zorana Bujasa, Zagreb, 2015.

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

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

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

Lombardi E. Enhancing transgender health care. American Journal of Public Health 2001;91(6):869-872.

Maguen S, Shipherd JC, Harris HN. Providing culturally sensitive care for transgender patients. Cognitive and Behavioral Practice 2005;12(4):479-490.

Malpas J. Between Pink and Blue: A Multi‐Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families. Family Process, 2011;50(4):453-470.

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

Meyer IH. Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. American Journal of Public Health 2003;93(2):262-265.

Meyer, IH. Minority stress and mental health in gay men. Journal of health and social behavior 1995;38-56.

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

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

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

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

Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clinical Endocrinology 2010;72(2):214-231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x

Newfield E, Hart S, Dibble S, Kohler L. Female-to-male transgender quality of life. Quality of Life Research 2006; 15;1447-1457.

Nieschlag E, Behre HM, Bouchard P, Corrales JJ, Jones TH, Stalla GK, . . . Wu FCW. Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. Human Reproduction Update 2004;10(5):409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035

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

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

Prior JC, Vigna YM, Watson D, Diewold P, Robinow O. 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 1986;1:1–7.

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

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

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

Richards C, Arcelus J, Barrett J, Bouman WP, Lenihan P, Lorimer S, Murjan S, Seal, L. Trans is not a disorder–but should still receive funding. Sexual and Relationship Therapy 2015;30(3):309-313.

Riggs DW, Ansara GY, Treharne GJ. An Evidence‐Based Model for Understanding the Mental Health Experiences of Transgender Australians. Australian Psychologist 2015;50(1):32-39.

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

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, . . . Johnson KC. 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 2002;288(3):321–333.

Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. Psychological Medicine 2005;35(1):89-99. doi:10.1017/S0033291704002776

Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, Vance SR. Children and Adolescents With Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. Pediatrics 2012;129(3):418-425.

Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender transitioning before puberty? Archives of Sexual Behavior 2011;40(4):649-650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

Tangpricha V, Ducharme SH, Barber TW, Chipkin SR. Endocrinologic treatment of gender identity disorders. Endocrine Practice 2003*;9*(1):12–21.

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

Veale JF. The prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2008;42(10):887-889.

Vujović S, Popović S, Sbutega‐Milošević G, Đorđević M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: A Twenty‐Year Follow‐Up Study. The journal of sexual medicine 2009;6(4):1018-1023.

 Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2008;47(12):1413-1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Wallien MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2007;46(10):1307-1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

White T, Ettner R. Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. European child & adolescent psychiatry 2007;16(4):215-221.

Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji. NN 86/12

Zucker KJ, Bradley SJ, Sanikhani M. Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: Some hypotheses. Journal of Abnormal Child Psychology 1997;25(3):217-227.

Zucker KJ. I’m half-boy, half-girl. Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. U: Spitzer RL, First MB, Williams JBW, Gibbons M.(ur.) DSM-IV-TR casebook, volume 2 (str. 321-334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2006.

# Prilog 1. Primjeri informiranih pristanaka za hormonalno liječenje

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ime i prezime podnositelja zahtjeva )**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( adresa )**

**ustanova**

**Predmet: Informirani pristanak na terapiju estrogenima/ antiandrogenima kod tranzicije iz muškog prema ženskom spolu**

Ovaj dokument je namijenjen osobama koje žele hormonalnu terapiju u svrhu postizanja tranzicije iz muškog prema ženskom spolu.

Hormonalno liječenje je dio složenog postupka tranzicije iz muškog u ženski spol. Započinjanje procesa se indicira psihijatrijskim i psihološkim pregledom, kojim se dijagnosticira poremećaj rodnog identiteta ( F 64 po klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije, X revizija ). Uz preporuku psihijatra i psihologa, ukoliko nema kontraindikacija za primjenu estrogena i antiandrogena, započinje se hormonalno se liječenje, koje se koristi tijekom najmanje godinu dana pred eventualnu odluku o eventualnom operativnom zahvatu na dojkama, odnosno spolnim organima.

Uspješno hormonalno liječenje ne mora nužno biti popraćeno korektivnom operativnim zahvatom.

Hormonalno liječenje uključuje primjenu antiandrogena ( lijekova kojima je svrha smanjiti proizvodnju muških spolnih hormona ), te estrogena ( ženskih spolnih hormona ).

Primjena obje kategorije lijekova može imati trajne i prolazne posljedice.

U trajne posljedice spada povećanje dojki, smanjenje plodnosti, te promjene u ponašanju koje su uvjetovane hormonalnom terapijom.

Povećanje dojki je proces koji traje nekoliko godina, razmjer procesa povećanja dojki nije moguće predvidjeti unaprijed. U slučaju prestanka uzimanja estrogena, doći će do smanjenja dojki, no vjerojatno ne na ishodišnje stanje.

Promjene u ponašanju uključuju smanjenje spolne želje, ali i moguć razvoj depresije.

Uslijed hormonalne terapije dolazi i do trajnih posljedica po funkciju muških spolnih žlijezda, koje mogu uključivati smanjenje veličine testisa, smanjenje proizvodnje testosterona, smanjenje broja, čvrstoće i dužine trajanja erekcija, pad proizvodnje spermatozoida do potpunog izostanka proizvodnje muških spolnih stanica što za posljedicu ima neplodnost. Ove posljedice mogu biti trajne. S druge strane, ovaj vid hormonalnog liječenja nije kontracepcija i ne može se predvidjeti da li će doći do potpunog prestanka proizvodnje spermatozoida u testisima.

Netrajne posljedice su – smanjenje težine akni, usporavanje ili prestanak gubitka kose po muškom tipu, omekšanje kože, smanjivanje tjelesne dlakavosti, te preraspodjela masnog tkiva u tijelu prema ženskom tipu, te pad razine crvenih krvnih stanica i slabije podnošenje fizičkih napora, kao i promjena mirisa tijela.

Opisane nuspojave hormonalnog liječenja uključuju tomboembolijske incidente, moždani udar, te smrtni ishod, pogotovo kod osoba koje puše i starije su od 35 godina. U moguće nuspojave spada i povišenje krvnog tlaka, oštećenje jetre, migrena, mučnina i povraćanje, te razvoj karcinoma koji su ovisni o ženskim spolnim hormonima ( karcinom dojke ).

Podaci za koronarnu srčanu bolest nisu jednoznačni.

Hormonalna terapija može dovesti do poboljšanja profila masnoća u krvi ( porasta razine HDL kolesterola i pada LDL kolesterola ), te djeluje preventivno na pojavu karcinoma prostate, premda se savjetuje godišnji pregled prostate kod osoba iznad 50. godine života.

Zbog navedenih razloga, hormonalno liječenje mora biti individualno određeno i praćeno, a prema potrebi i prekinuto iz medicinskih razloga.

Prema trenutno važećim propisima, nije predviđeno financiranje ovog vida hormonalne terapije iz sredstava HZZO-a.

Na meni razumljiv način upoznat/a sam od strane liječnika dr. ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specijalista endokrinologa o načinu provođenja hormonalnog liječenja.

Izjavljujem da sam imao/imala vremena razmisliti o svojoj odluci prije potpisivanja ovog dokumetna.

Izjavljujem da mi je dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ omogućio postavljanje pitanja u vezi sa svime gore navedenim, da je odgovorio na moja piranja, te da mi je posvetio dovoljno vremena kako bismo zajednički razmotrili sve aspekte hormonalnog liječenja u postupku tranzicije iz muškog prema ženskom spolu. Razumio sam sva objašnjena koja mi je liječnik dao.

Izjavljujem da sam primio primjerak ovog pristanka koji ujedno predstavlja i zahtjev za hormonalno liječenje u postupku tranzicije iz muškog prema ženskom spolu.

U , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ime i prezime podnositelja/ice zathjeva ) ( ime i prezime liječnika )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( potpis podnositelja/ice zahtjeva ) ( potpis liječnika)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ime i prezime podnositelja zahtjeva )**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( adresa )**

**Ustanova**

**Predmet: Informirani pristanak na terapiju testosteronom kod tranzicije iz ženskog prema muškom spolu**

Ovaj dokument je namijenjen osobama koje žele hormonalnu terapiju u svrhu postizanja tranzicije iz ženskog prema muškom spolu.

Hormonalno liječenje uključuje primjenu testosterona ( muških spolnih hormona ).

Hormonalno liječenje je dio složenog postupka tranzicije iz ženskog u muški spol. Započinjanje procesa se indicira psihijatrijskim i psihološkim pregledom, kojim se dijagnosticira poremećaj rodnog indentiteta ( F 64 po klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije, X revizija ). Uz preporuku psihijatra i psihologa, a ukoliko nema kontraindikacija za primjenu testosterona, započinje se hormonalno liječenje, koje se koristi tijekom najmanje godinu dana pred eventualnu odluku o eventualnom operativnom zahvatu na dojkama, odnosno spolnim organima.

Uspješno hormonalno liječenje ne mora nužno biti popraćeno korektivnom operativnim zahvatom.

Sama primjena testosterona može imati trajne i prolazne posljedice.

U trajne posljedice spada ispadanje kose, uključujući i ćelavost, povećanje dlakavosti lica, produbljivanje glasa, povećanje tjelesne dlakavosti, povećanje klitorisa. Vremenski period koji je potreban za nastanak ovih promjena se kreće od nekoliko mjeseci, pa do više od 5 godina.

Netrajne posljedice su povećanje mišićne mase, preraspodjela masnog tkiva po muškom tipu, povećanje broja crvenih krvnih stanica, pojačanje spolnog nagona, izražene promjene u ponašanju ( uključujući veću agresivnost ), pojava akni koje mogu zahtijevati specijalističko liječenje, promjene u menstrualnom ciklusu, uključujući i izostanak ovulacije, odnosno neplodnost. Poremećaj menstrualnog ciklusa uzrokovan testosteronskom terapijom ne isključuje mogućnost trudnoće. S druge strane, smanjenje plodnosti može zaostati kao problem i u slučaju trajnog prekida liječenja testosteronom.

Osim opisanog učinka, moguće su i nuspojave liječenja.

Opisane nuspojave hormonalnog liječenja uključuju veći rizik od razvoja karcinoma endometrija maternice, dojki, oštećenja jetre, šećerne bolesti, porasta razine LDL kolesterola u krvi i pada razine HDL kolesterola, kao i koronarne srčane bolesti.

Zbog navedenih razloga, hormonalno liječenje mora biti individualno određeno i praćeno, a prema potrebi i prekinuto iz medicinskih razloga.

Navedeno liječenje je moguće prekinuti u bilo kojem trenutku.

Prema trenutno važećim propisima, nije predviđeno financiranje ovog vida hormonalne terapije iz sredstava HZZO-a.

Na meni razumljiv način upoznat/a sam od strane liječnika dr. ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specijalista endokrinologa o načinu provođenja hormonalnog liječenja.

Izjavljujem da sam imao/imala vremena razmisliti o svojoj odluci prije potpisivanja ovog dokumetna.

Izjavljujem da mi je dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ omogućio postavljanje pitanja u vezi sa svime gore navedenim, da je odgovorio na moja piranja, te da mi je posvetio dovoljno vremena kako bismo zajednički razmotrili sve aspekte hormonalnog liječenja u postupku tranzicije iz ženskog prema muškom spolu. Razumio sam sva objašnjena koja mi je liječnik dao.

Izjavljujem da sam primio primjerak ovog pristanka koji ujedno predstavlja i zahtjev za hormonalno liječenje u postupku tranzicije iz ženskog prema muškom spolu.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ime i prezime podnositelja/ice zathjeva ) ( ime i prezime liječnika )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( potpis podnositelja/ice zahtjeva ) ( potpis liječnika)

KLASA:

URBROJ:

Zagreb,

Ministar

prim. Siniša Varga, dr. med. dent.

1. U literaturi se nalaze različiti nazivi za ovo stanje, primjerice: transrodnost, transseksualnost, transspolnost, poremećaj rodnog identiteta. Nazivi su pratili povijesno-kulturalni odnos prema ovom fenomenu. U DSM-5 se koristi pojam *rodna disforija*, pa će u daljnjem tekstu biti korišten taj termin kada se govori o dijagnostičkom entitetu, te pojam *transpolnost* koji označava osobe koji imaju snažnu potrebu za usklađivanjem svog tijela rodnom identitetu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Uz dopuštenje, prilagođeno prema Hembree i sur. (2009). Copyright 2009, The Endocrine Society. [↑](#footnote-ref-2)
3. Procjene na temelju objavljenih i neobjavljenih kliničkih istraživanja. [↑](#footnote-ref-3)
4. Izrazito ovisi o dobi i nasljednim faktorima; učinak može biti minimalan. [↑](#footnote-ref-4)
5. Izrazito ovisi o učestalosti vježbanja. [↑](#footnote-ref-5)
6. Uz dopuštenje, prilagođeno prema Hembree i sur. (2009). Copyright 2009. The Endocrine Society. [↑](#footnote-ref-6)
7. Procjene na temelju objavljenih i neobjavljenih kliničkih istraživanja. [↑](#footnote-ref-7)
8. Izrazito ovisi o učestalosti vježbanja. [↑](#footnote-ref-8)
9. Potpuno uklanjanje muških facijalnih i tjelesnih dlaka zahtijeva elektrolizu, laserski tretman ili oboje. [↑](#footnote-ref-9)
10. Rizik je veći kod oralnoga uzimanja estrogena nego kod transdermalnoga uzimanja. [↑](#footnote-ref-10)
11. Dodatni rizični faktor je i dob. [↑](#footnote-ref-11)
12. Dodatni rizični faktor je i dob. [↑](#footnote-ref-12)
13. Rizik je veći kod oralne primjene estrogena nego kod transdermalnoga uzimanja. [↑](#footnote-ref-13)
14. U njih su uključeni bipolarni, shizoafektivni i ostali poremećaji koji mogu imati manične ili psihotične simptome. Čini se da je ovaj nepoželjni efekt povezan s višim dozama ili suprafiziološkim razinama testosterona. [↑](#footnote-ref-14)