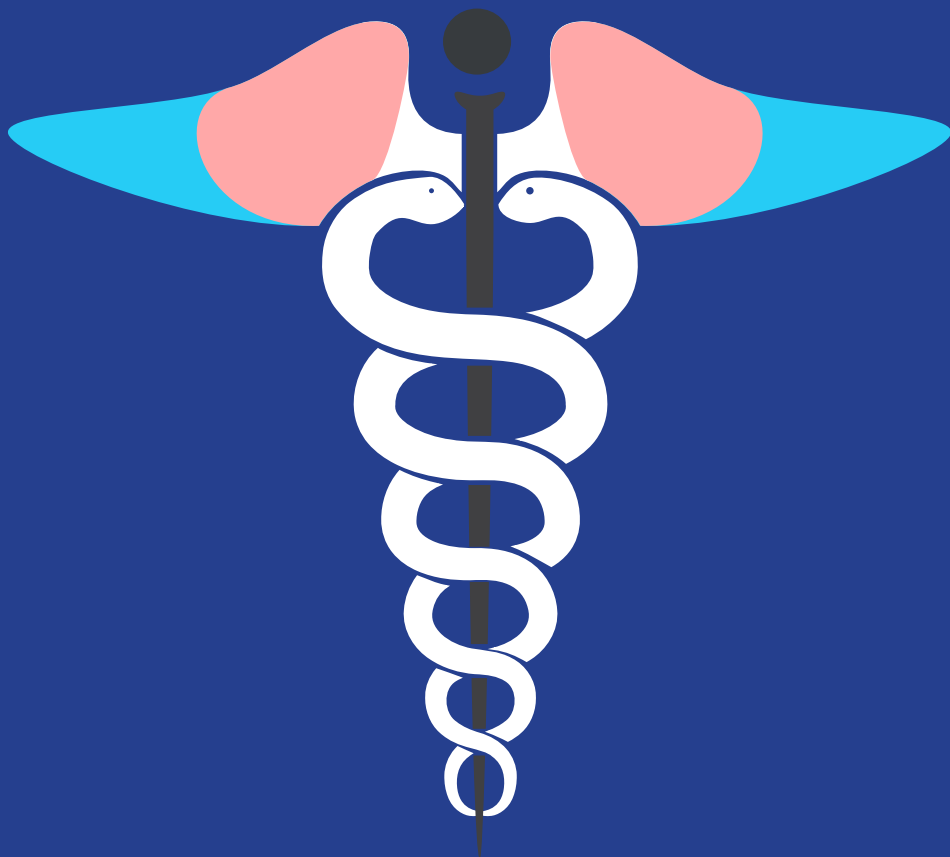


MEDICINSKI ASPEKTI PRILAGODBE SPOLA

Priručnik za medicinske stručnjake_inje i zdravstvene radnike_ce
o pružanju usluga i podrške trans osobama u procesu tranzicije



MEDICINSKI ASPEKTI PRILAGODBE SPOLA

Priručnik za medicinske stručnjake_inje i zdravstvene radnike_ce o
pružanju usluga i podrške trans osobama u procesu tranzicije

Sarajevo, 2018. godine

Edicija *Ljudska prava* Sarajevskog otvorenog centra
Publikacija broj 65

Naslov: Medicinski aspekti prilagodbe spola:
Priručnik za medicinske stručnjake_inje i
zdravstvene radnike_ce o pružanju usluga i
podrške trans osobama u procesu tranzicije

Autori_ce: Asmira Topal, Jovan Ulićević, Liam Isić, Iva
Žegura, Tea Dakić, Velimir Altabas, Srećko Budi

Urednica: Delila Hasanbegović

Lektura i korektura: Klaudija Mlakić Vuković

Dizajn i prelom: Lejla Huremović

Izdavač: Sarajevski otvoreni centar, www.soc.ba

Za izdavača: Emina Bošnjak



© Sarajevski otvoreni centar / autori_ce

Nekomercijalno umnožavanje, fotokopiranje ili bilo koji drugi oblik reprodukcije cijele publikacije ili njenih dijelova poželjno je, uz prethodno pismeno informisanje izdavača na e-mail: office@soc.ba. Sadržaj ove publikacije je isključiva odgovornost njenih autora_ica.

Ova publikacija je nastala u sklopu projekta „Positive Action Programme for MSM & Transgender People“ kojeg podržava ViiV Healthcare UK Ltd.

MEDICINSKI ASPEKTI PRILAGODBE SPOLA

Priručnik za medicinske stručnjake_inje i zdravstvene radnike_ce o
pružanju usluga i podrške trans osobama u procesu tranzicije

Sarajevo, 2018. godine

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

342.726-055.3(035)

MEDICINSKI aspekti prilagodbe spola : Priručnik za medicinske stručnjake_
inje i zdravstvene radnike_ ce o pružanju usluga i podrške trans osobama u procesu
tranzicije / [Asmira Topal ... [et al.]. - Sarajevo : Sarajevski otvoreni centar, 2018.
- 164 str. ; 24 cm. - (Edicija Ljudska prava ; knj. 65)

O autorima/cama: str. 158-162. - Bibliografija uz svaki rad.

ISBN 978-9958-536-60-1

1. Topal, Asmira

COBISS.BH-ID 26179078

SADRŽAJ

Uvod	7
Spisak skraćenica	10
I POTREBE TRANS OSOBA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU Asmira Topal	11
II SMJERNICE ZA AFIRMATIVNO POSTUPANJE S TRANSRODNIH OSOBAMA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU Jovan Ulićević	21
III ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRANSRODNIH OSOBA U BOSNI I HERCEGOVINI: PROBLEMI, ZAKONSKE PREPREKE I ZAHTJEVI Liam Isić	33
IV PROCES TRANZICIJE RODNO NENORMATIVNIH, TRANSRODNIH I TRANSPOLNIH OSOBA – PERSPEKTIVA KLINIČKE PSIHOLOGIJE Iva Žegura	48
V PROCES TRANZICIJE RODNO NENORMATIVNIH, TRANSRODNIH I TRANSPOLNIH OSOBA – PERSPEKTIVA PSIHIJATRIJE Tea Dakić	70
VI ENDOKRINOLOŠKA DIJAGNOSTIKA I TERAPIJA TRANSRODNIH OSOBA Velimir Altabas	106
VII KIRURŠKI POSTUPCI PRILAGODBE SPOLA Srećko Budi	141
Rječnik LGBTI pojmova	152
O autorima_cama	158
O Sarajevskom otvorenom centru	163

Uvod

U Bosni i Hercegovini su priznavanje, uživanje, pristup pravima i zaštita ljudskih prava transrodnih osoba na izrazito niskom nivou. Uprkos postojećem kvalitetnom pravnom okviru, ljudska prava transrodnih osoba svakodnevno se krše, pogotovo u domenu pristupa zdravstvenoj zaštiti i adekvatnim zdravstvenim uslugama koje su im potrebne.

Zakon o zabrani diskriminacije BiH je dopunjen i izmijenjen 2016. godine, u dijelu osnova na kojima je zabranjena diskriminacija te je i rodni identitet, pored seksualne orijentacije i spolnih karakteristika, izričito postavljen kao jedna od zaštićenih osnova, ali kako se ovaj zakon ne poštuje u praksi, transrodne osobe izložene su sistemskoj diskriminaciji i socijalnoj ekskluziji.

Transrodnim osobama u BiH nije omogućen pristup zdravstvenim uslugama u skladu sa životom u njihovom rodnom identitetu: oznaku spola u ličnim dokumentima i jedinstveni matični broj mogu promijeniti tek nakon izvršene „potpune“ medicinske prilagodbe spola, a u BiH im takva prilagodba spola nije omogućena. Činjenica da se endokrinološka terapija i hirurški zahvati prilagodbe spola moraju obavljati u inostranstvu i da troškove snose same transrodne osobe, jer ih bh. medicinske ustanove ne rade, a zvanični sistem zdravstvenog osiguranja te troškove ne pokriva, dodatno otežava i produžuje proces tranzicije i povećava finansijske troškove osobe.

Naime, razlozi za onemogućavanje trans-specifične, dostupne, inkluzivne zdravstvene zaštite, tj. zdravstvenih usluga prilagođavanja spola rodnom identitetu, uključuju nepostojanje specijalizovanih klinika, medicinskih stručnjaka_inja koji_e se bave ovim pitanjem u okviru postojećih javnih zdravstvenih ustanova te nizak stepen edukacije ljekara_ki u zdravstvenom sistemu o pružanju adekvatne zdravstvene zaštite rodno nenormativnim, transrodnim i transpolnim osobama koja u potpunosti poštuje dostojanstvo, privatnost, tjelesni integritet i samoodređenje.

Upravo ovaj priručnik koji objavljuje Sarajevski otvoreni centar tematizira medicinske aspekte prilagodbe spola, s ciljem edukacije medicinskih stručnjaka_inja i zdravstvenih radnika_ca u Bosni i Hercegovini o adekvat-

nom, trans-specifičnom pružanju usluga i podrške osobama u procesu tranzicije. Takođe, priručnik je korak kojim želimo nastaviti zagovaranje prema upravnim jedinicama BiH (Federacija BiH, Republika Srpska, Brčko distrikt) da uspostave timove i obuče stručnjake_inje koji_e bi mogli_e pratiti proces i voditi medicinske procedure prilagodbe spola u BiH, te da zavodima za zdravstveno osiguranje postane dužnost da troškove ovih procedura pokrivaju iz zdravstvenog osiguranja.

Priručnik koji je pred vama nastao je udruženim nastojanjima i radom medicinskih stručnjaka_inja, doktora_ica medicine iz Hrvatske i Crne Gore, a koji_e se u svom radu bave procesom medicinske tranzicije trans osoba, te aktivista_kinja za ljudska prava trans osoba iz Hrvatske, Crne Gore i Bosne i Hercegovine.

Priručnik sadrži dva dijela: tzv. aktivističke tekstove zagovaratelja_ki ljudskih prava trans osoba, kao i stručne medicinske tekstove psihologinje, psihijatrice, endokrinologa i hirurga o medicinskim aspektima prilagodbe spola.

Aktivistički tekstovi (koje su pisali_e Asmira Topal, Jovan Ulićević i Liam Isić) tematiziraju probleme i potrebe transrodnih osoba u pogledu medicinske skrbi u procesu tranzicije te daju smjernice i uputstva za afirmativan rad s trans osobama.

Tekstovi medicinskih stručnjaka_inja (koje su pisali_e Iva Žegura, Tea Dakić, Velimir Altabas i Srećko Budi) prije svega pojmovno prikazuju kategorije vezane za rodni identitet te sam proces medicinske prilagodbe spola kroz specijalističke faze koje se prolaze u djelimičnoj/potpunoj prilagodbi spola. Autori_ce ovih tekstova rade u Hrvatskoj i Crnoj Gori, gdje su ove zdravstvene usluge dostupne u javnom zdravstvenom sistemu.

Ovdje je bitno napomenuti da tekstovi priručnika pozdravljaju nedavnu reviziju *Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11)*, koju izdaje Svjetska zdravstvena organizacija, a kojom se transrodnost uklanja iz oblasti mentalnih poremećaja i prenosi u oblast spolnog i reproduktivnog zdravlja, uz novu dijagnozu „rodna inkongruencija“. Ovakva klasifikacija, kako navode autori_ce, predstavlja revolucionarnu promjenu kada je u pitanju tretman transrodnih osoba u zdravstvu, te postavlja temelje za poštujući tretman i kreiranje najboljih standarda u pružanju kako trans-specifične, tako i opšte zdravstvene zaštite transrodnim osobama. Ova promjena će stupiti na

snagu u januaru 2022. godine te omogućiti transrodnim osobama pristup zdravstvenoj zaštiti uz pokrivanje troškova procesa prilagođavanja spola, uz znatno manju diskriminaciju, stigmatu i prepreke koje donosi dijagnoza mentalnog poremećaja.

Nadamo se da će ovaj priručnik otvoriti vrata senzibilizacije i edukacije medicinskih stručnjaka_inja, zdravstvenih radnika_ca, kao i šire zainteresirane javnosti u BiH, ali i regiji, o trans identitetima, potrebama i problemima trans osoba, pružanju usluga i podrške trans osobama u procesu tranzicije, k poboljšanju kvalitete života i unapređenju pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Delila Hasanbegović, urednica

Spisak skraćenica

APA	American Psychiatric Association/Američka psihijatrijska asocijacija
APA	American Psychological Association/Američka psihološka asocijacija
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje
EFPA	European Federation of Psychologists' Associations/ Evropska federacija psiholoških asocijacija
EPATH	European Professional Association for Transgender Health/ Evropska asocijacija stručnjaka/inja za trans zdravlje
HIV	Human immunodeficiency virus
FtM	female to male – žensko-u-muško (transrodni/transpolni muškarci ili transmuškarci)
MtF	male to female – muško-u-žensko (transrodne/transpolne žene ili transžene)
MKB/ICD	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema/ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
SOC	Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People/ Standardi njege zdravlja transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju
SR	Sex Reassignment/prilagodba spola
SZO/WHO	Svjetska zdravstvena organizacija/World Health Organisation
TGEU	Transgender Europe
TIRV	trans, inter i rodno varijantne osobe
TRANS	transrodne, transpolne i rodno nenormativne osobe
WPATH	World Professional Association for Transgender Health/ Svjetska asocijacija stručnjaka/inja za trans zdravlje

POTREBE TRANS OSOBA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Asmira Topal
Trans Aid Hrvatska -
Udruga za promicanje i zaštitu prava trans, inter i rodno varijantnih osoba

Uvod

Prvenstveno je potrebno naglasiti da **ne treba svim trans osobama jednaka zdravstvena skrb, što je često pogrešna pretpostavka medicinske struke**. Primjerice, neke trans osobe se odluče na hormonsku terapiju, ali ne i na operativne zahvate, ili obratno, odluče obaviti pojedine operativne zahvate, ali ne počnu s hormonskom terapijom. **Potrebno je voditi se informiranim pristankom te omogućiti osobi da sama za sebe odluči koji oblici skrbi su joj potrebni**.

Medicinska tranzicija značajan je korak za pojedine trans osobe, a za mnoge je i od životne važnosti. Stoga je bitno **svim trans osobama omogućiti pristupačnu i dostojanstvenu zdravstvenu skrb baziranu na informiranom pristanku i individualiziranom pristupu**. Veliki broj trans osoba živi u tajnosti, iz straha od nasilja i stigmatizacije, i nikome ne kaže za svoj rodni identitet. Osobe koje su otvoreno trans ili se za njih pretpostavlja da su trans često su marginalizirane u društvu, te zbog stigme s kojom se svakodnevno susreću teško pronalaze posao. Stoga se preporučuje da medicinska tranzicija za trans osobe bude subvencionirana osnovnim zdravstvenim osiguranjem.

U nastavku teksta bit će opisane potrebe trans osoba u medicinskom sustavu kroz potrebne zahvate i tretmane, kao i preporuke za pružanje adekvatne medicinske skrbi trans osobama.

Hormonska terapija [1]

Hormonska terapija je važan korak u procesu fizičke i psihološke tranzicije pojedinih trans osoba. Potrebno je naglasiti da **ona može, ali i ne mora prethoditi operativnim zahvatima prilagođavanja spola, te da ne žele sve trans osobe hormonsku terapiju.**

Tretman je individualan jer se lične potrebe i zdravstvene karakteristike razlikuju od osobe do osobe. Dakle, **tretman ovisi o ciljevima pojedinca_ ke, odnosu rizika i koristi, prisutnosti drugih medicinskih stanja, kao i socijalnih i ekonomskih uvjeta.** Terapija se, sukladno tome, prilagođava promjenama u zdravstvenom stanju, dobi i sličnim faktorima. Bitno je redovito obavljati preglede kod endokrinologa_inje, koji_a treba svakom_j pacijentu_ici pristupiti individualizirano i profesionalno. Ovo uključuje i skrb za osobe kojima je potrebna hormonska terapija do kraja života, kao i one kojima je potrebna na određeni period (do postizanja potrebnih promjena sekundarnih spolnih karakteristika), što može uključivati i uzimanje nižih doza hormona radi sporijih promjena.

Hormonska terapija za trans žene i druge feminine i rodno nebina-rne osobe obično uključuje estrogen i/ili blokatore testosterona. U takvu terapiju se ponekad uključuje i progesteron. Kod osoba čija tijela reaguju na estrogen, ova terapija može rezultirati rastom grudi, smanjenjem libida i erekcije, preraspodjelom masnog tkiva, smanjenjem snage gornjeg dijela tijela, mekšanjem kože, smanjenjem maljavosti, usporavanjem ili prestankom gubitka kose, smanjenjem plodnosti i veličine testisa. Većina navedenih promjena je povratna u slučaju prestanka uzimanja hormona, kod osoba koje imaju testise i čija tijela reaguju na testosteron, ili koje odluče uzimati hormonsku terapiju testosteronom (iz zdravstvenih ili ličnih razloga).

Hormonska terapija za trans muškarce i druge maskuline i rodno nebinarne osobe obično uključuje testosteron. Kod osoba čija tijela reaguju na testosteron, ova terapija može rezultirati rastom brade i ostalih dlaka na tijelu, povećanjem klitorisa, razvojem ćelavosti, povećanjem libida, raspodjelom masnog tkiva, produbljenjem glasa, prestankom mjesečnica, te je moguć razvoj akni. Neke od navedenih promjena su povratne u sluča-

ju prestanka uzimanja hormona, kod osoba koje imaju jajnike i čija tijela reaguju na estrogen, ili koje odluče uzimati hormonsku terapiju estrogenom (iz zdravstvenih ili ličnih razloga).

Važno je spomenuti i da hormonska terapija može dovesti do smanjenja plodnosti, stoga je potrebno o tome informirati osobe koje pristupaju terapiji te im predstaviti mogućnosti čuvanja sperme ili zamrzavanja jajnih ćelija i/ili embrija.

Postoje podaci o tome da je hormonska terapija najsigurnija uz pravilno nadgledanje rizičnih faktora, zato se medicinskom osoblju preporučuje da redovno prati literaturu i pruža usluge u skladu s najnovijim praksama. [2]

Operativni zahvati [1]

Za neke trans osobe od velike je važnosti da kirurškim putem usklade svoje tijelo sa svojim rodnim identitetom, što ima značajan uticaj na njihov osjećaj dobrostanja i intimni život. Međutim, važno je napomenuti da za mnoge osobe ovakve promjene predstavljaju i pitanje sigurnosti u društvu koje nasilno reaguje na nenormativna tijela, te pitanje pristupa obrazovanju, zaposlenju ili smještaju. Također, potrebno je naglasiti da **rodni identitet osobe ne ovisi o odluci o pristupanju ili nepristupanju operativnim zahvatima niti ta odluka mijenja rodni identitet osobe na bilo koji način**. Na primjer, jednoj trans ženi može biti potreban operativni zahvat prilagodbe genitalija, drugoj operativni zahvat feminizacije lica, a trećoj nije potreban niti jedan operativni zahvat. Sve tri su i dalje jednako validne u svojim identitetima kao žene. Nužno je **poštivati univerzalno ljudsko pravo odlučivanja o vlastitom tijelu** te ne zahtijevati od trans osoba podvrgavanje operativnim zahvatima, kao ni postavljati nepotrebne prepreke, niti dovoditi u pitanje rodni identitet osobe na osnovu odluka o vlastitom tijelu. **Vršenje pritiska na osobu da se podvrgne zahvatima koje ne želi te koji nisu medicinski neophodni predstavlja kršenje ljudskih i zakonskih prava te osobe**. Ovakva kršenja ljudskih prava i zakona se često opravdavaju mišljenjem zdravstvenih radnika_ca da je važnije da se osoba uklopi u društveno prihvaćene rodne i tjelesne norme nego da se zaštiti njeno zdravlje i tjelesni integritet.

Nažalost, jedan od općih kriterija za trans osobe za obavljanje operativnih zahvata je još uvijek postojana i dokumentirana rodna disforija, što podrazumijeva i višekratne posjete psihologu_inji i psihijatru_ici, bez obzira na to je li osobi potrebna podrška te struke ili nije. Također, jedan od općih kriterija je sposobnost osobe da donese potpuno informiranu odluku na osnovu koje može dati pristanak za provođenje operativnih zahvata. Nužno je da medicinsko osoblje detaljno informira osobu o svim učincima i rizicima zahvata, kao i o postoperativnom periodu oporavka. Osoba koja pristupa operativnim zahvatima trebala bi biti punoljetna, a ukoliko nije, slijede se upute Standarda skrbi koje se odnose na maloljetnike_ce. Ukoliko se osoba suočava s nekim zdravstvenim problemima, oni moraju biti tretirani na odgovarajući način prije pristupanja operativnim zahvatima.

Za osobe koje pristupaju operativnom zahvatu prilagodbe genitalija, jedan od kriterija koji se preporučuje, ali nije nužan, jeste hormonska terapija u trajanju od minimalno 12 mjeseci. Ukoliko osoba iz određenih razloga ne može ili ne želi hormonsku terapiju, svakako i dalje može pristupiti operativnom zahvatu prilagodbe genitalija koji je fizički izvediv.

Operativni zahvati za trans žene i druge feminine i rodno nebinarne osobe

- Operativni zahvati za trans žene i druge feminine i rodno nebinarne osobe mogu uključivati:
- Operativne zahvate na **grudima** – augmentacijska mamoplastika (implantati/lipofiling)
- Operativne zahvate na **genitalijama** – npr. penektomija, orhidektomija, vaginoplastika, klitoroplastika, vulvoplastika
- **Druge** operativne zahvate – npr. feminizacija lica, liposukcija, lipofiling, modifikacija glasnica, smanjivanje Adamove jabučice, povećanje stražnjice (implantati/lipofiling), obnavljanje kose i drugi zahvati.

Operativni zahvati za trans muškarce i druge maskuline i rodno nebinarne osobe

- Operativni zahvati za trans muškarce i druge maskuline i rodno nebinarne osobe mogu uključivati:
- Operativne zahvate na **grudima** – mastektomija i rekonstrukcija prsa
- Operativne zahvate na **genitalijama** – npr. histerektomija, ovarijektomija, vaginektomija, uretropolitika, metoidioplastika, faloplastika, skrotoplastika
- **Druge** operativne zahvate – npr. liposukcija, lipofiling, modifikacija glasnica i drugi zahvati.

Kad je riječ o operativnim zahvatima, potrebno je naglasiti da **ne postoji univerzalni obrazac prema kojem se pristupa ovom dijelu medicinske tranzicije. Individualna je odluka svakog_e pojedinca_ke da li će i kojim zahvatima pristupiti, te je njihovo ljudsko pravo da sami_e donesu tu odluku uz podršku medicinske struke.** Na primjer, kada su u pitanju genitalni zahvati, neke osobe se odluče samo na izvlačenje klitoris ili na

uklanjanje maternice, jajnika i jajovoda, dok se neke osobe odluče prvo na metoidioplastiku pa kasnije na faloplastiku. Pojedini navedeni zahvati mogu se raditi odjednom ili u više navrata, ali ih je nužno napraviti u dogovoru s osobom koja pristupa zahvatima. Često osobama kojima je nužna mastektomija nisu potrebne genitalne operacije, te se ovi zahvati ne smiju tretirati kao dio paketa, već **treba svakoj osobi pružiti individualiziranu njegu u skladu s njenim potrebama unutar medicinskih mogućnosti.**

Veoma je važno osobi koja pristupa operativnim zahvatima dati detaljne upute za **postoperativnu njegu i redovno pratiti njeno zdravstveno stanje.** Postoperativna njega uključuje ne samo redovite medicinske preglede već i po potrebi psihološku podršku.

Psihološka podrška [1]

Većina trans osoba je marginalizirana u društvu po mnogim pitanjima, kao što su socijalni status (neprihvatanje i diskriminacija na svakodnevnoj razini od okoline), te ekonomski status (nemogućnost pristupa obrazovanju i zaposlenju zbog neprihvatanja i diskriminacije obrazovnog sustava i tržišta rada). Neprihvatanje okoline, posebice obitelji i prijatelja_ica, može dovesti do izoliranosti te razvoja različitih oblika depresije i anksioznosti. Sve navedeno uveliko otežava trans osobama da ostvare svoj status kao punopravni_e članovi_ice društva.

Nužno je trans osobama koje zatraže psihološku podršku pružiti psihološko i socijalno savjetovanje, te imati na umu da se radi o osobama koje su vjerojatno dugoročno bile izložene stigmatizaciji i/ili nasilju. Psihološka podrška za trans osobe je savjetodavni proces koji za cilj ima informirati osobu i ponuditi joj potrebnu podršku te joj pomoći u donošenju informiranih odluka kojima će ostvariti bolju kvalitetu života. Tijekom procesa svakako je potrebno posvetiti se svim temama važnim za osobu, voditi se individualiziranim pristupom i imati na umu da mnogi aspekti života osobe nisu vezani za njenu transrodnost. Zadatak stručnjaka_inja za mentalno zdravlje je pružiti psihološku podršku trans osobama ako su je zatražile u pronalaženju potrebnih informacija, npr. o raznolikosti rodni identiteta i izražavanja, o različitim opcijama za afirmaciju rodnog identiteta, te o resursima za obitelji i prijatelje_ice trans osoba. Kada god je to moguće, potrebno je trans osobi pružiti informacije o udrugama i/ili grupama koje vode druge trans osobe te, ukoliko osoba to želi, povezati je s njima.

Važno je naglasiti da je mnogim trans osobama psihološka podrška potrebna ne zbog samog rodnog identiteta, već zbog stigmatizacije, nasilja i diskriminacije, uključujući i oduzimanje ljudskog prava na samoodređenje i tjelesni integritet. Zbog toga je izrazito važno još jednom napomenuti da je psihološka podrška za trans osobe proces pružanja podrške i savjeta za poboljšanje kvalitete života, te da ona nikako ne uključuje „provjeru“ ili „potvrdu“ rodnog identiteta osobe niti njeno uklapanje ili želju za uklapanjem u rodne i tjelesne norme.

Preporuke za pružanje adekvatne skrbi trans osobama [3]

Promjenama koje su uvedene tijekom nedavne revizije Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11), i koje stupaju na snagu 2022. godine, transrodnost je maknuta iz oblasti mentalnih poremećaja i premještena u oblast spolnog i reproduktivnog zdravlja uz novu dijagnozu pod nazivom rodna inkongruencija. Time je **nužno da se svim odraslim osobama i adolescentima_kinjama kojima su potrebne neke fizičke intervencije radi afirmacije rodnog identiteta omogući direktna skrb stručnjaka_inje kojem_oj se obrati** (npr. endokrinolog_inja, kirurg_inja, itd.). Pristup fizičkim intervencijama ne smije biti uvjetovan mišljenjima ili nalazima psihologa_inje, odnosno psihijatrica_e. Psihološku i psihijatrijsku skrb treba omogućiti svim osobama koje imaju potrebu za time.

Pristup svim uslugama, skrbi i pravima treba biti temeljen na principima tjelesnog integriteta, samoodređenja i informiranog pristanka, uz individualizirani pristup baziran na specifičnim potrebama i okolnostima svake osobe. Naime, nijedna osoba ni u kojem slučaju ne smije biti prisiljena ili nagovarana na podvrgavanje medicinskim postupcima, uključujući kiruršku prilagodbu genitalija ili reproduktivnih organa, sterilizaciju ili hormonsku terapiju. To posebice ne smije biti rađeno prije nego je osoba u stanju dati slobodan, informirani pristanak, niti smije biti uvjet za druge postupke – od pružanja psihosocijalne podrške, do ostale medicinske skrbi, do pravnog priznanja roda. **Zdravstvena skrb koja nije povezana s tjelesnim promjenama/tranzicijom, uključujući preventivnu i obiteljsku medicinu, spolno i reproduktivno zdravlje i mentalno zdravlje, treba se pružiti bez diskriminacije temeljene na spolnim karakteristikama, rodnom identitetu, rodnom izražavanju, seksualnoj orijentaciji ili na bilo kojoj drugoj osnovi.** Nužno je koristiti najviše svjetske standarde u području zdravlja – konzultirajući se sa stručnjactvom za ljudska prava trans osoba (lokalne i međunarodne organizacije za zaštitu prava na tjelesni integritet i samoodređenje, koje se fokusiraju na trans i/ili interspolne osobe, poput Trans*BiH, Trans Mreža Balkan, Trans Aid, OII-Europe, TGEU i GATE) i međunarodnim strukovnim organizacijama poput WPATH/EPATH.

Potrebno je **provoditi istraživačke projekte u suradnji s trans zajednica-**

ma i prikupljati podatke o njihovim demografskim karakteristikama i zdravstvenim potrebama. Nužno je da se **podigne javna svijest i potakne stručno usavršavanje o problemima s kojima se suočavaju trans osobe.**

Pružatelji_ce zdravstvene skrbi, uključujući klinike, bolnice i zdravstveno osoblje, trebaju surađivati s trans zajednicama kako bi zajedno **razvili_e i sustavno implementirali_e** edukacije o kulturnoj kompetenciji. Edukacije bi trebale sadržavati informacije o ostalom pripadništvu raznovrsne populacije trans pacijenata_ica; od kojih su mnoge interspolne osobe; osobe manjinskih seksualnih orijentacija (npr. aseksualne osobe, gej osobe, panseksualne osobe, lezbijke, biseksualne osobe); pripadnici_e rasnih i etničkih manjinskih grupa; religiozne osobe; i osobe s invaliditetom. Edukacije pružateljima_cama zdravstvene skrbi pomažu da prepoznaju specifična i zajednička iskustva ovih populacija te ih se osposobljava da bolje razumiju individualne potrebe pacijenata_ica. Također, one osnažuju pružatelje_ice zdravstvene skrbi u zagovaranju prava trans osoba unutar zdravstvenog sustava, posebno dok se snalaze sa zdravstvenim osiguranjem, nacionalnim zdravstvenim sustavima i mrežama upućivanja specijalistima_kinjama.

Zdravstvene potrebe i pristup pravnom priznanju roda trebaju se razmatrati odvojeno i ne smiju uzajamno ovisiti unutar zakonskog sustava.

Potrebno je osigurati **zaštitu prava na privatnost** (npr. da se ne vodi registar trans osoba, da se ne traže bilo kakvi podaci koji nisu neophodni za ostvarenje usluge, skrbi, prava, i sl.).

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. World Association for Transgender Health (2011). Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender and gender non-normative persons, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. Doi: 10.1080/15532739.2011.70873. (<https://www.wpath.org/publications/soc>)
2. Weinand, Jamie D., Safer Joshua D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, Volume 2, Issue 2
3. Kajtezović, A., Topal, A., Čolović, N., Hodžić, A., Široka, O., Tomašić, P., Žujo, R. (2017). *Preporuke za unapređenje prava trans, inter i rodno varijantnih osoba*. Trans Aid - Udruga za promicanje i zaštitu prava trans, inter i rodno varijantnih osoba

SMJERNICE ZA AFIRMATIVNO POSTUPANJE S TRANSRODNIH OSOBAMA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU

Jovan Džoli Ulićević
Trans Mreža Balkan

Medice, cura te ipsum!

Uprkos brojnim pokušajima da se dođe do realnih procjena o udjelu broja transrodnih osoba u opštoj populaciji, statistička istraživanja nailaze na brojne poteškoće [1]. Jedna od glavnih poteškoća u ovom pogledu je kulturna različitost među zemljama koja definiše rodne norme, te samim tim i izražavanje različitih rodni identiteta. Ove specifičnosti dovode do različitog odnošenja prema transrodnim osobama, od izrazitog osuđivanja svih osoba koje izlaze van okvira rodni uloga i normi u određenim društvima, do prihvatanja, ili čak i uzdizanja rodni identiteta i izražavanja koja su izvan „muških“ i „ženskih“ prostora u drugim kulturama. Ona istraživanja koja su proučavala prevalenciju transrodnosti obično su se fokusirala na prilično usku podgrupu unutar trans zajednice – transpolne osobe koje su zatražile zdravstvenu zaštitu zbog pristupanja procesu prilagođavanja pola. Vrijednosti dobijene u deset istraživanja sprovedenih u osam zemalja ukazuju da se prevalencija kreće od 1:11900 do 1:45000 za trans žene, te 1:30400 do 1:200000 za trans muškarce [2]. Novija istraživanja u SAD-u koja obuhvaćaju širu trans populaciju pokazuju da je udio transrodnih osoba u društvu ipak veći: 0.5% do 0.6% populacije u SAD-u se identificira kao trans [3] [4].

Brojke iz istraživanja treba uzeti kao minimalne procjene, naročito iz razloga što se često odnose na transrodne osobe koje su ispunile kriterijume za pristup zdravstvenoj zaštiti, pri čemu ovi kriterijumi često znaju biti rigorozni, patologizirajući, te osobu izlažu stigmati i diskriminaciji. Dodatno, **zdravstvena zaštita koja je trans-specifična, odnosno uključuje zdravstvene usluge prilagođavanja pola rodnom identitetu, u velikom broju slučajeva je nedostupna. Razlozi za to uključuju mali broj speci-**

jalizovanih klinika koje se bave ovim pitanjem, visoke finansijske izdatke u slučaju dostupnih tretmana i nizak stepen edukacije ljekara/ki u državnim zdravstvenim sistemima o pružanju adekvatne zdravstvene zaštite trans osobama koja u potpunosti poštuje dostojanstvo, integritet i samoodređenje. Na kraju, većina istraživanja sprovedenih u ovom pravcu referiraju na klasifikaciju transrodnosti kao mentalnog poremećaja poznatijeg pod šifrom *F.64. Transsexualismus* i termin *rodna disforija* impliciraju da sve transrodne osobe osjećaju izrazit nesklad između svog rodnog identiteta i pola pripisanog pri rođenju. To isključuje cijeli spektar rodnih identiteta van pomenutih pojmova, ali i nameće dodatni obruč stigme oko trans osoba prilikom pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Upravo iz ovog razloga, **nedavna revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11)**, koju izdaje Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), **miče transrodnost iz oblasti mentalnih poremećaja i prenosi u oblast polnog i reproduktivnog zdravlja**, uz novu dijagnozu „**rodna inkongruencija**“, čime predstavlja revolucionarnu promjenu kad je u pitanju tretman transrodnih osoba u zdravstvu, te postavlja temelje za poštujući tretman i kreiranje najboljih standarda u pružanju kako trans-specifične, tako i opšte zdravstvene zaštite transrodnim osobama. Ova promjena će stupiti na snagu u januaru 2022. godine, te tako **omogućiti transrodnim osobama pristup zdravstvenoj zaštiti uz pokrivanje troškova procesa prilagođavanja pola, uz znatno manju diskriminaciju, stigmatu i prepreke koje donosi dijagnoza mentalnog poremećaja**. ICD-11 i dalje tretira **rodnu raznolikost kod djece** kao poremećaj, zadržavajući i dijagnozu „**rodne inkongruencije u djetinjstvu**“. Međutim, navedena dijagnoza je široko kritikovana kao medicinski neopravdana [5] [6] [7] [8] [9], s obzirom na to da rodni identitet i rodno izražavanje kod djece spadaju u okvir društvenih normi, a ne medicinskih, te se nikakvi medicinski postupci ne odnose na djecu prije puberteta. Iako se rodni identitet i tjelesne/polne karakteristike često tretiraju kao jedno te isto, ili ne postoji jasno razumijevanje o razlikama između njih, kako u društvu tako i u medicinskoj praksi, u oba slučaja su relevantna **ljudska prava na zaštitu tjelesnog integriteta, privatnosti i samoodređenje**. Iz toga razloga, važno je naglasiti da su ICD-11 standardi koji se odnose na interpolnu djecu u potpunosti protivni međunarodnim i EU odredbama o ljudskim pravima i pravima djeteta, specifično po pitanju zaštite tjelesnog integriteta i vršenja medicinskih intervencija

koje nisu zdravstveno opravdane bez mogućnosti informisanog pristanka osobe. Nerijetko se takvi estetski zahvati vrše na novorođenčadi bez znanja roditelja, ili uz vršenje pritiska na roditelje da pristanu na te komplikirane i veoma rizične estetske zahvate na njihovom djetetu iz društvenih, a ne medicinskih razloga. Često su rezultat doživotne fizičke i psihološke traume kod interpolnih osoba, a sve u svrhu pritiska da se njihova tijela uklope u društvene rodne i polne norme, bez obzira na posljedice [10]. Također, odredbe ICD-11 za interpolnu djecu se kose sa standardima same SZO [11] [12].

Uprkos činjenici da transrodne osobe čine integralni dio cjelokupne medicinske prakse, te da se javljaju u svim rasnim, etničkim, ekonomskim, geografskim, kulturološkim i starosnim kategorijama, ljekari/ke tokom svog školovanja dobijaju neadekvatno i nepotpuno obrazovanje o širokom spektru rodni identiteta i rodni izražavanja, te većina njih ne posjeduje neophodno znanje i vještine u savjetovanju i načinima komunikacije, upućivanja, tretmana i poštovanja ljudskih prava transrodnih osoba u svojoj praksi. **U velikoj mjeri zdravstvene potrebe transrodnih osoba ne razlikuju se od potreba cisrodnih osoba, ali svakako pokazuju određene specifičnosti, naročito u pogledu pristupa kompleksnom procesu prilagođavanja pola svom rodnom identitetu, ali i jednostavno psihološkog savjetovanja u cilju boljeg razumijevanja svog rodni identiteta, kao i nošenja s raznim oblicima diskriminacije i/ili nasilja.**

Različita istraživanja su pokazala da trans osobe često imaju znatno lošiji kvalitet zdravlja i opšteg blagostanja u odnosu na cisrodne osobe, upravo zbog nemogućnosti pristupanja adekvatnoj zdravstvenoj zaštiti. Istraživanje o trans-specifičnoj zdravstvenoj zaštiti, koje je sproveo Transgender Europe (TGEU) u 5 zemalja, pokazalo je da preko 50% trans osoba odlaže traženje zdravstvene zaštite zbog straha od otkrivanja svog rodni identiteta – zbog straha od predrasuda zdravstvenih radnika/ca, ili usljed nedovoljnog povjerenja u zdravstvene radnike/ce [13]. Najčešće se ovi problemi javljaju u oblasti psihijatrije, urologije, ginekologije i dermatologije [14].

Kada se transrodne osobe jave s potrebom za zdravstvenom zaštitom, često naiđu na diskriminaciju, odbijanje, čuđenje, ismijavanje, te druge oblike stigmatizacije, ili čak pokušaje „liječenja“, odnosno mijenjanja

rodnog identiteta. Također, prema podacima Trans Mreže Balkan, mnoge transrodne osobe u regiji se susreću s neprimjerenim pitanjima, izjavama i ponašanjem zdravstvenih radnika/ca, u obliku emocionalnog, fizičkog i seksualnog zlostavljanja. To uključuje neprimjerena pitanja o seksualnim praksama; zahtijevanje slika nagih osoba bez ikakvog medicinskog opravdanja, te u nekim slučajevima javno pokazivanje tih fotografija bez pristanka osobe; izvođenje medicinskih zahvata koje je osoba izričito odbila te koji nisu medicinski neophodni ni opravdani, i to dok je osoba pod anestezijom; dovođenje osobe u opasnost javnim širenjem informacije da je osoba trans (npr. medicinsko osoblje više na trans osobu u punoj čekaonici); odbijanje potrebnih usluga zbog trans statusa (npr. odbijanje pružanje ginekološkog pregleda trans maskulinim osobama koje imaju maternicu, jajnike, vaginu i dođu s potrebnom uputnicom na pregled); neprimjerno dodirivanje i komentiranje izgleda trans osoba od osoblja. Osim što je ovakvo ponašanje zdravstvenih radnika/ca neprofesionalno i neprimjerno, također krši mnogobrojne zakone koji se tiču zaštite pacijenata/kinja i privatnosti, krši odredbe protiv diskriminacije i međunarodno priznata ljudska prava. Nadalje, istraživanje pokazuje da samo 4 od 10 nebinarnih osoba potraži psihološku pomoć ili zdravstvenu zaštitu. Ovo, takođe, važi za trans osobe s niskim stepenom obrazovanja, pripadnike/ce etničkih ili seksualnih manjina, trans osobe s invaliditetom, kao i mlađe osobe. Zabrinjavajuća je činjenica da su trans osobe, zbog visoke izloženosti diskriminaciji i nasilju, izuzetno ranjiva grupa kada su u pitanju suicidalne ideacije, što je prezentovano u brojnim studijama [15] [16] [17].

Iskustva zdravstvenih radnika/ca govore da 4 – 5 od 10 zdravstvenih radnika/ca ne posjeduje nikakvo znanje o trans problematici, te da većina njih ne koristi izabrano ime ili zamjenice svojih trans pacijenata/kinja. Od svih istraživanih zemalja, interesantno je da trans osobe u Srbiji najčešće odlaze odlazak kod ljekara/ki, uprkos činjenici da u Beogradu postoji tim koji se dugi niz godina bavi pružanjem zdravstvenih usluga u procesu prilagođavanja pola. Pristup trans-specifičnoj zdravstvenoj zaštiti u Srbiji podrazumijeva zadovoljavanje rigoroznih kriterijuma kao što su odlazak kod psihijatra/ice u trajanju od minimalno godinu dana, kao i volja osobe da pristupi i hormonskoj terapiji i operativnim zahvatima bez obzira na to da li zaista želi i/ili treba te zahvate i terapiju. Takođe, zdravstvena zaštita za trans-specifično zdravlje nije dostupna osobama mlađim od 18

godina, kao ni nebinarnim osobama. S jedne strane, ostvaren je određeni napredak u povećavanju stepena individualiziranog i fleksibilnog pristupa trans-specifičnom zdravstvu, umjesto generalizovanog modela koji je homogeno tretirao trans osobe s različitim potrebama. Međutim, **rigidni kriterijumi i pozicioniranje stručnjaka/inja kao donosioca/teljki odluka o mogućnosti pristupa procesu prilagođavanja pola, doveli su do izrazitog nepovjerenja u sistem zdravstvene zaštite, i time znatno smanjili broj trans osoba koje traže zdravstvenu zaštitu i obraćaju se zdravstvenim radnicima/cama za savjetovanje ili zdravstvene usluge.**

Iskustvo jednog trans muškarca iz Srbije preneseno u okviru Trans Healthcare projekta koji je sprovela mreža TGEU (Transgender Europe): „Išao sam kod doktora sa ciljem da dobijem dozvolu za promjenu pola, ali sam imao osjećaj da nisu zainteresovani da mi pomognu – nisu mi pružili adekvatnu psihološku podršku, zapravo, i dalje mi griješe rod u obraćanju, a svaka sesija se svodi na njihove pokušaje da mi daju lijekove protiv depresije i anksioznosti, iako sam im rekao da je uzrok tih problema zapravo nemogućnost da pristupim tretmanu koji čekam toliko dugo.“

Kako bi se navedeni problemi s kojima se transrodne osobe susreću u zdravstvenom sistemu izbjegli, **neophodno je da ljekari/ke budu medicinski i kulturološki kompetentni/e u odnosu sa svojim transrodnim pacijentima/kinjama.** Samo na taj način, oni/e koji/e pružaju medicinske usluge moći će da dobiju adekvatne podatke iz socijalne i lične anamneze pacijenta/kinje, te će biti u mogućnosti da pruže adekvatnu njegu najviših standarda, koja je garantovana zakonima o zdravstvenoj zaštiti svake države.

U tom cilju, zdravstvena zaštita transrodnih osoba mora biti pristupačna, bazirana na individualnom i fleksibilnom pristupu, kao i informisanom pristanku, te inkluzivna u odnosu na sve rodne identitete, rodno izražavanje i polne karakteristike, kao i trans osobe koje pripadaju različitim etničkim, rasnim, klasnim, starosnim i drugim grupama, uvijek uzimajući interseksionalan pristup.

U cilju postizanja adekvatne zdravstvene zaštite, Svjetska asocijacija stručnjaka/inja za trans zdravlje (WPATH) izdaje Standarde njege (Standards of

Care – SOC), te je 2011. izašlo 7. izdanje [18], a 8. izdanje je trenutno u izradi. Ovim standardima se pružaju smjernice zdravstvenim radnicima/cama za rad s trans osobama koje traže zdravstvenu zaštitu vezanu za proces prilagođavanja pola, bazirajući cijeli proces na informisanom pristanaku. Principi Standarda njege su sljedeći:

- *Pokažite poštovanje prema pacijentima/kinjama s nenormativnim rodnim identitetima (nemojte patologizirati razlike u rodnom identitetu ili izražavanju)*
- *Pružajte njegu (ili pacijente/kinje uputite informisanim kolegama/ginicama) na način koji afirmiše pacijentov/kinjin rodni identitet i ublažava stres rodne disforije, ako je ona prisutna*
- *Informišite se o potrebama transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba kada je u pitanju zdravstvena zaštita, uključujući prednosti i rizike različitih opcija tretmana rodne disforije*
- *Odabranu metodu tretmana prilagodite specifičnim potrebama pacijenta/kinje u odnosu na njihovo željeno rodno izražavanje i potrebu za rasterećenjem od rodne disforije*
- *Omogućite pristup prikladnoj njezi*
- *Zatražite od pacijenata/kinja njihov informisani pristanak prije početka tretmana*
- *Pružajte njegu kontinuirano*
- *Budite spremni podržavati svoje pacijente/kinje i zalagati se za njih u njihovim porodicama i okolini (u školama, na radnim mjestima i u drugim sredinama) [18].*

Dobra, inkluzivna praksa uzima u obzir pojedinačne potrebe i različita tijela, i treba da dovede do priznavanja i poštovanja raznolikosti u populaciji pacijenata/kinja, razumijevanja problema s kojima se suočavaju različite skupine pacijenata/kinja i odgovora na njihove specifične zdravstvene potrebe, kao i pružanja pristupačne i odgovarajuće usluge i daljeg upućivanja, ukoliko je potrebno.

U nastavku teksta su date smjernice za kreiranje dobre, inkluzivne prakse u radu s transrodnim osobama [14].¹

1. Preispitajte svoje stavove i potencijalno postojanje transfobije u radu

Transfobija, često nesvjesna i nenamjerna, rezultira direktnom ili indirektnom diskriminacijom transrodnih osoba i pružanjem neadekvatne ili neoptimalne zdravstvene njege, te može dovesti do potpunog isključenja trans pacijenata/kinja iz korišćenja zdravstvenih usluga. Transfobija među zdravstvenim radnicima/cama može proizilaziti iz uvjerenja da se svi/e pacijenti/kinje identifikuju u skladu s polom pripisanim na rođenju; patologizacije, stereotipizacije i stigmatizacije trans pacijenata/kinja; nedostatka empatije s trans pacijentima/kinjama; neuspjeha da se prihvati suprotstavljanje, nadilaženje ili izlaženje iz nametnutih rodni uloga i normi; internalizovanih patrijarhalnih i rodno normativnih stavova. Svi ljekari/ke moraju biti svjesni/e svojih predrasuda i potencijalne transfobije, te negativnog uticaja na odnos ljekar/ka – pacijent/kinja, ali i spremnosti osobe da otkrije relevantne lične podatke i zdravstvene probleme i potrebe. Stoga bi svi/e zdravstveni/e radnici/e trebali/e imati introspektivan pristup svom radu s transrodnim osobama, kako bi se osiguralo da pružaju zdravstvenu zaštitu na empatičan i profesionalan način, oslobođen od predrasuda s kojima se trans osobe često susreću.

2. Budite informisani o trans identitetima, terminologiji i značajnim trans temama

Kako bi na adekvatan način pristupili/e trans pacijentima/kinjama, neophodno je da ljekari/ke budu upoznati/e s raznolikošću rodni identiteta i adekvatnom terminologijom. Terminologija je uslovljena kulturom i vremenom, a razvija se vrlo brzo. Važno je izražavati se s poštovanjem na različitim mjestima i u različitim prilikama, ali i među različitim ljudima. Koristite imena i zamjenice koje i osoba koristi, a ukoliko imate nedoumice, pitajte je. Na primjer, trans osobe često koriste lično ime koje se razlikuje od imena u ličnim dokumentima, pa zato

1 Smjernice su urađene na osnovu prvog priručnika za medicinske radnike/ce za rad sa LGBT osobama na prostorima bivše Jugoslavije, te prilagođene od strane autora za kreiranje smjernica za rad sa transrodnim osobama.

uvijek pitajte koje ime želi da koristite prilikom obraćanja, te da li želi da skrenete pažnju i ostalim zdravstvenim radnicima/cama na vašem odjeljenju/ustanovi da koriste isto ime.

3. Budite upoznati sa zdravstvenim potrebama trans osoba i preprekama s kojima se mogu suočiti u njihovom ostvarivanju

U cilju pružanja adekvatne zdravstvene zaštite, potrebno je da ljekari/ke budu informisani/e o dostupnim tretmanima u procesu prilagođavanja pola, potencijalnim rizicima u odnosu na pacijentovo/kinjino zdravstveno stanje, različitim oblicima diskriminacije i/ili nasilja s kojima se trans osobe suočavaju, potencijalnim rizicima u odnosu na životne okolnosti (npr. transrodne žene su izložene visokom stupnju nasilja, u društvu uopšte, ali i u zdravstvenim institucijama; trans osobe koje su pripadnici/e etničkih i rasnih manjina se nose s dodatnom diskriminacijom i preprekama u pristupu zdravstvu; seksualne radnice spadaju u rizičnu grupu kada su u pitanju polno prenosive infekcije; osobe koje koriste droge su u većem riziku od krvno prenosivih infekcija, itd.). Poznavanje i razumijevanje ovih problema ključno je u njihovom prevazilaženju u pružanju kvalitetne zdravstvene njege.

4. Izbjegavajte pretpostavke o rodu, seksualnosti, željama i potrebama, te bazirajte rad na individualnom pristupu

Osoba čije rodno izražavanje nije u skladu s ustaljenim društvenim shvatanjima ne mora se nužno definisati kao transrodna ili željeti da pristupi procesu prilagođavanja pola. Izbjegavajte pretpostavke koje su u vezi sa seksualnom orijentacijom transrodne osobe s kojom komunicirate, željom za hormonalnom terapijom ili medicinskim tretmanom, ali i drugim aspektima identiteta. Naročito je značajno ne vršiti pritisak na pacijenta/kinju da se uklopi u rodne norme, te im ne sugerisati određene intervencije, izgled i ponašanje kako bi izgledali/e više „maskulino“ ili „feminino“. Mnoge nebinarne osobe žele da pristupe nekim medicinskim intervencijama kako bi prilagodile svoje tijelo svom identitetu, stoga ne smijemo gledati proces tranzicije kao smjer od društveno definisanog „tipično muškog“ ka „tipično ženskom“ polu i obrnuto. Za neke osobe, tranzicija predstavlja prilagođavanje tijela svom muškom ili ženskom identitetu, dok za neke predstavlja prilagođavanje tijela svom nebinarnom identitetu, pa samim tim nije

fokusirana na tipično „muške“ ili „ženske“ karakteristike. Vaša praksa treba da je zasnovana na potrebama i najboljim interesima vaših pacijenata/kinja.

5. Pitajte relevantna pitanja

Neka pitanja zaista mogu biti relevantna. Međutim, rodni identitet trans pacijenta/kinje, kao i iskustvo vezano uz identitet, može, ali i ne mora imati neposredne važnosti za njihovo korišćenje zdravstvenih usluga u datom trenutku. Samim tim, nema potrebe za insistiranjem na ovim informacijama, kao na primjer postavljanje ličnih pitanja koja nisu vezana za zdravstveni problem zbog kojeg je osoba došla, i gledanje svih zdravstvenih potreba osobe kroz činjenicu da je trans (npr. osobu ne boli zub zbog rodnog identiteta, niti zbog njega ima upalu pluća). Svaki/a pacijent/kinja ima pravo da, iako nekad i na sopstvenu štetu, odluči koju će informaciju podijeliti sa svojim/om ljekarom/kom. Važno je da objasnite zbog čega je za vas, kao ljekara/ku, značajno da razumijete probleme koji su relevantni za njihovo zdravlje, kako biste pružili/e odgovarajući tretman. Naročito je važno imati na umu da, iako neke osobe rado dijele informacije o sebi, vaš/a pacijent/kinja nije tu da vas edukuje svojim iskustvom, već da pristupi zdravstvenoj usluzi.

6. Pružite podršku trans osobi tokom coming out-a

Ukoliko vam osoba kaže da je transrodna, ili da razmišlja o svom rodnom identitetu, potrebno je da odgovorite pozitivno i podržavajuće. Pomaganje, naročito mladim ljudima, činiće da se osjećaju sigurno i podržano, te će olakšati njihov proces samoprihvatanja i otvorenosti po pitanju svog identiteta. Ovo je izuzetno značajno uzevši u obzir nasilnu sredinu u kojoj se nalazimo često i koja odbacuje ili osuđuje osobe koje izlaze iz društveno nametnutih rodnih uloga. Može se desiti da osoba traži od vas podršku u razjašnjavanju svojih dilema vezanih za rodni identitet, stoga je u ovom trenutku važno da pokažete razumijevanje za situaciju u kojoj se vaš/a pacijent/kinja nalazi. Pokušajte izbjeći pretpostavku da osoba prolazi kroz fazu, da je previše mlad/a za dileme o svom identitetu, ili da je zbunjen/a. Korisno je da ponudite svoje znanje i kontakte s LGBTI organizacijama.

7. Insistirajte na čuvanju profesionalne tajne

Uvjerite trans osobu koja je zatražila zdravstvenu uslugu da su svi izneseni podaci povjerljivi i da ste tu da pružite uslugu, ne osuđujete i radite u njenom najboljem interesu. Ne zaboravite svoju zakletvu i svoje zakonske obaveze. Osigurajte da i ostalo medicinsko osoblje postupa na isti način.

8. Pokažite da je vaša praksa trans inkluzivna

Osigurajte da u vašim pitanjima u anamnezi, kao i svoj potrebnoj administraciji i informativnim lecima koristite rodno neutralan jezik, bez pretpostavljanja identiteta i iskustva. Omogućite vašim trans pacijentima/kinjama da se i prije razgovora s vama osjete dobrodošlim. Ovo možete izvesti tako što ćete u svojoj ordinaciji/ambulantni/čekaonici postaviti različite publikacije, postere i informativni materijal koji se tiču transrodnih osoba.

Odnos ljekar/ka - pacijent/kinja najvažnija je tačka u postizanju kvaliteta zdravstvene zaštite. Smjernice u ovom tekstu samo su neki od različitih načina za pružanje adekvatnog i poštujućeg tretmana transrodnim osobama koje traže vašu pomoć. Poštovanje navedenih smjernica, ali i stalno unapređenje nivoa znanja, svijesti i komunikacije s transrodnim pacijentima/kinjama je siguran put ka obezbjeđivanju zdravstvene zaštite visokog nivoa koja je dostupna, adekvatna i poštujuća za sve pacijente/kinje jednako.

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press
2. De Cuypere, G., Van Hemerlijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137-141. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
3. Flores, A.R., Herman, J.L., Gates, G.J., & Brown, T.N.T. (2016). *How Many Adults Identify as Transgender in the United States?* Los Angeles, CA: The Williams Institute
4. Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
5. European Parliament. (2015). *European Parliament resolution of 8 September 2015 on the situation of fundamental rights in the European Union (2013–2014)*
6. Winter, S. (2013). *Arguments against the proposed gender incongruence in childhood diagnosis. Report of the WPATH consensus process regarding transgender and transsexual related diagnoses in ICD-11*
7. Transgender Europe. (2014). *WHO publishes ICD-11 beta. A step in the right direction: WHO proposes to remove F64 “gender identity disorders” from the mental and behavioural disorders*
8. International Campaign Stop Trans Pathologisation. (2013). *Reflections from STP regarding the ICD revision process and publication of the DSM-5*
9. GATE Civil Society Expert Working Group. (2013). *Critique and alternative proposal to the “Gender Incongruence of Childhood” category in ICD-11*
10. Ghattas, D. Christian (2015). *Standing up for the human rights of intersex people – how can you help?* (PDF dokument je dostupan na web stranici OII Europe, <https://oiieurope.org>)
11. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement*
12. World Health Organisation. (2015). *Sexual health, human rights and the law*
13. Smiley, A., Burgwal, A. Orre, C., Summanen, E., Nieto, I.G., Vidić, J., Motmans, J., Kata, J., Gvianishvili, N., Hard, V., Kohler, R. (2017). *Overdiagnosed but Underserved: Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey*, TGEU.
14. dr Popović, M., dr Dakić, T., Čolaković, J. (2015). *Vodič dobre prakse za*

medicinske radnike/ce u radu sa LGBT osobama, NVO Juventas.

15. Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment: cohort study in Sweden. *PloS One*, 6(2), e16885. Doi: 10.1371/journal.pone.0016885
16. European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
17. Motmans, J., de Biolley, I., Debunne, S. (2010). *Being transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people*. Brussels: Institute for the equality of women and men.
18. World Association for Transgender Health (2011). Standards of Care for Health of Transsexual, Transgender and gender non-normative persons, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. Doi: 10.1080/15532739.2011.70873. (<https://www.wpath.org/publications/soc>)

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRANSRODNIH OSOBA U BOSNI I HERCEGOVINI: PROBLEMI, ZAKONSKE PREPREKE I ZAHTJEVI

Liam Isić
Sarajevski otvoreni centar

„Zdravlje nije sve, ali bez zdravlja sve je ništa.“ Arthur Schopenhauer

Uvod

Transrodne osobe su nedvojbeno najmarginaliziranija grupa unutar LGBTI populacije. Posljednjih godina velika medijska pozornost bila je usmjerena na raspravu o bračnim zajednicama između istospolnih partnera/ica, te se trans-specifična pitanja često nisu uzimala u obzir. Trenutno se u općem društvu mnogo više govori o transrodnim osobama, rodnim identitetima i pravu na samoodređenje, međutim, i dalje je prisutan veliki problem stigme i diskriminacije ove manjinske skupine društva. Postojanost transrodnih osoba u društvu je uklonjena iz svijesti većinskog dijela populacije, a posebno u zemljama u kojima prevladava konzervativno razmišljanje koje je naklonjeno patrijarhatu i ostalim religijsko-kulturološkim vrijednostima koje sve „društvene novitete“ predstavljaju štetnima za očuvanje tradicije i općeg morala.

Neprihvatanje transrodnih osoba u društvu rezultira mnogobrojnim problemima koji sprečavaju ovu skupinu društva da živi slobodno, dostojanstveno te da dobije potrebnu pravnu i zdravstvenu zaštitu od države. Neki od tih problema su: nedostatak pravne zaštite, siromaštvo, diskriminacija, nasilje, govor mržnje, nemogućnost pristupa zdravstvenoj zaštiti, neuređenost zakona koja sprečava transrodne osobe da mijenjaju oznaku spola i imena u svojim ličnim dokumentima u skladu s njihovim rodnim identitetom (i mnogi drugi problemi koji se vežu za onemogućen pristup fundamentalnim pravima).

Bosna i Hercegovina je država koja se i dalje oslanja na konzervativna raz-

mišljanja iz kojih proizilazi diskriminacija i netolerancija drugih i drugačijih, te ne postoje ili nisu regulisani zakoni koji se odnose na transrodne osobe, a samim tim se daje sloboda društvu da nastavi s dosadašnjom praksom stigmatiziranja onih za koje se smatra da nisu društveno prihvatljivi. Iako je 2016. g. izmijenjen i dopunjen Zakon o zabrani diskriminacije, čime je i rodni identitet, pored seksualne orijentacije i spolnih karakteristika, postavljen kao jedan od zaštićenih osnova, ovaj se zakon ne poštuje u praksi, i prava transrodnih osoba su i dalje neadekvatno zaštićena.

Zabrana diskriminacije nad transrodnim osobama ne proizilazi samo iz Zakona o zabrani diskriminacije BiH nego i iz međunarodnih standarda koje je BiH dužna poštovati, s obzirom na to da se Ustavom obavezala da će državljanima/kama osigurati najviši nivo međunarodno priznatih ljudskih prava i osnovnih sloboda. Samim tim, Europska konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda je dobila snagu ustavnih odredbi te ima prioritet naspram drugih zakona BiH. Također, potpisavši protokol uz samu Konvenciju, BiH je potvrdila da je Evropski sud za ljudska prava jedini tumač Konvencije te se obavezala provoditi njegove odluke. Uzimajući u obzir sve navedene informacije koje se odnose na Ustav, međunarodne standarde i ovlasti Evropskog suda, jasno je da entiteti, kantoni i Distrikt Brčko neadekvatnom zaštitom prava transrodnih osoba krše sam Ustav BiH.

Koji su problemi transrodnih osoba?

Problemi transrodnih osoba imaju neke sličnosti s problemima lezbejki, gej i biseksualnih osoba, ali postoji i mnoštvo problema karakterističnih samo za transrodne osobe. Osobito kritični problemi su vezani za pravna i medicinska pitanja.

Lični problemi

Vrlo je teško prihvatiti svoj rodni identitet ukoliko se on razlikuje od onog što je društveno prihvatljivo, stoga proces samoprihvatanja iziskuje dugotrajnu borbu sa samim sobom. Nakon prihvatanja svog ličnog rodnog identiteta, slijede mnogi problemi zbog društvene stigme koja stvara pritisak na pojedinca/ku, a neki od njih su:

- Sram, strah i internalizirana transfobija i homofobija
- Otkrivanje rodnog identiteta drugima osobama
- Nepovjerenje u državne institucije i ustanove
- Strah od neprihvatanja/odbacivanja od bliskih osoba
- Samostalna ograničenja koja se odnose na rodno izražavanje i ostale aspiracije.

Socijalni problemi

Kao i mnoge manjinske skupine, transrodne osobe su ograničene u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog suočavanja s diskriminacijom, nasiljem ili prijetnjama nasiljem. Neki od tih problema su:

- Onemogućen pristup uslugama koje nude klinike i bolnice
- Onemogućen pristup obrazovanju
- Zločini počinjeni iz mržnje
- Govor mržnje
- Strah od posljedica javnog istupanja
- Nezaposlenost
- Ponižavanje, ismijavanje, marginalizacija
- Onemogućavanje iznajmljivanja stanova.

Pravni problemi

Pravno uređenje zbog svoje kompleksnosti može predstavljati veliku prepreku za osobe koje se odluče na prilagodbu spola, a posebno za osobe koje ne žele potpunu prilagodbu spola. Neki od njih su:

- Oznaka spola u ličnim dokumentima
- Brak
- Razvod
- Usvajanje i skrbništvo nad djecom
- Nasljeđivanje i oporuke
- Status imigranata/kinja
- Diskriminacija pri zapošljavanju
- Pristup državnim i privatnim olakšicama
- Zaštita od zločina počinjenih iz mržnje
- Lični dokumenti (lične karte, vozačke dozvole, pasoši, izvodi iz matičnih knjiga, i drugo).

Problemi zdravstvene zaštite

Uz nemogućnost zapošljavanja, pristup zdravstvenoj zaštiti je nesumnjivo jedan od najkritičnijih problema s kojima se suočavaju transrodne osobe. Iako su pojedini uposlenici/e zdravstvenih ustanova zagovornici trans prava, mnogo je veći broj onih koji nisu, a zakonska neuređenost ovog pitanja podupire njihove stavove te samim tim uskraćuju mogućnost zdravstvene zaštite transrodnim osobama. Neki od problema koji se odnose na zdravstvenu zaštitu transrodnih osoba su:

- Uskraćivanje prava na zdravstvenu zaštitu
- Neadekvatan medicinski pristup
- Nemogućnost stjecanja stalne njege
- Nemogućnost nabavljanja ili pokrivanja troškova hormona
- Nemogućnost prilagodbe spola
- Nepoštovanje prava na samoodređenje
- Zdravstveni zavodi, bolnice i klinike isključuju pitanja prilagodbe spola.

Diskriminacija i prepreke u dobijanju zdravstvenih usluga predstavljaju svakodnevicu za transrodne osobe. Nerijetko se dešava da transrodne

osobe iskuse razne vrste neugodnosti u zdravstvenim ustanovama, odnosno zdravstveni/e radnici/e žele iskazati negodovanje naspram njih, te imaju diskriminatorne prakse koje uključuju vrijeđanje, omalovažavanje, ismijavanje... Doživljavanje diskriminacije unutar zdravstvenog sistema je začarani krug, u kojem, nakon što transrodne osobe dobiju dijagnozu rodne disforije, zdravstveni zavodi ne žele da pokriju troškove prilagodbe spola, kao ni troškove koji se odnose na zdravstvenu zaštitu nakon prilagodbe spola.

Zakonske prepreke na putu ka zdravstvenoj zaštiti u BiH

Transrodne osobe suočavaju se s mnogim preprekama u pristupu zdravstvenoj zaštiti, uključujući historijsku stigmatizaciju, strukturalne i financijske prepreke te nedostatak adekvatnog medicinskog osoblja koje bi pružilo potrebnu zdravstvenu zaštitu. Historijska stigmatizacija je rezultirala nepoštovanjem prava na samoodređenje, kao i nedovoljnom edukacijom medicinskih stručnjaka/inja, što je ostavilo dugoročne posljedice na educiranost i senzibiliziranost liječnika/ca u mnogim nerazvijenim državama. Štaviše, zdravstveni/e radnici/e u nerazvijenim državama priznaju nedostatak educiranosti u radu s transrodnim osobama te taj nedostatak koriste kao argument kojim opravdavaju razlog zbog kojeg transrodnim osobama nije pružena zdravstvena zaštita. Na taj način medicinsko osoblje pridonosi nemogućnosti pružanja odgovarajuće skrbi. Kako bi se povećala kvaliteta zdravstvene zaštite, sve prepreke koje postoje u ovom kontekstu moraju biti prepoznate i riješene.

U Bosni i Hercegovini, kao državi koja spada u listu nerazvijenih, **zdravstvena zaštita nije omogućena svima na isti način, pa tako ni transrodnim osobama. Zakonske regulative omogućavaju transrodnim osobama promjenu ličnih dokumenata, tačnije oznaku spola u istim, jedino u slučaju potpune prilagodbe spola, ali im prilagodba spola nije omogućena unutar države, niti su troškovi prilagodbe spola u drugim državama pokriveni iz fonda zdravstvenog osiguranja.**

Sarajevski otvoreni centar je 2018. g. uputio dopis državnim i privatnim klinikama, kao i zavodima zdravstvenog osiguranja, koji je sadržavao upit o pružanju zdravstvene zaštite transrodnim osobama i pokrivanju troškova procesa prilagodbe spola – troškovi psihološkog mišljenja, psihijatrijskog nalaza, hormonalne terapije i hirurške prilagodbe spola. Nekoliko zavoda zdravstvenog osiguranja je odgovorilo na poslani upit (ZZO Srednjobosanskog kantona, ZZO Hercegovačko-neretvanske županije/kantona, ZZO Zeničko-dobojskog kantona, Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja FBIH), te se na osnovu njihovih odgovora može zaključiti da **pitanje pojavnosti transrodnih osoba u bh. zdravstvu nije uzeto u razmatranje tako da nije ni pravno regulisano.**

Ono što su zavodi potvrdili u svojim odgovorima jeste da hirurška prilagodba spola u BiH nije ponuđena u okviru zdravstvenog osiguranja i da se hormoni koji su potrebni transrodnim osobama ne nalaze na esencijalnoj listi lijekova, odnosno troškovi hormona nisu pokriveni iz fonda zdravstvenog osiguranja. Odgovori na pitanje o psihološkim i psihijatrijskim uslugama ne sadrže kompletne informacije, odnosno zavodi tvrde da je transrodnim osobama omogućena psihološka i psihijatrijska pomoć u BiH, ali nisu naveli mogu li psihijatri/ice u bolnicama i kliničkim centrima u BiH izdavati dijagnoze F.64.0 (šifra rodne disforije). Po navodima zdravstvenih zavoda, transrodne osobe mogu uraditi nalaze koji su potrebni za endokrinološku procjenu prije početka uzimanja hormonalne terapije, ali s obzirom na to da državne i privatne klinike nisu odgovorile na upit, ne možemo znati koje nalaze je moguće uraditi na državnim klinikama, pa ni dobiti informaciju o tome da li bi zavod zdravstvenog osiguranja pokrio troškove nalaza koje nije moguće izvaditi na državnim klinikama, ali jeste na privatnim.

U oblasti zdravstva Bosna i Hercegovina je ratificirala određeni broj međunarodnih dokumenata, te se na taj način obavezala da obezbijedi jednak pristup zdravstvenoj zaštiti svima, bez diskriminacije na bilo kojem osnovu. BiH je 2008. g. ratificirala Evropsku socijalnu povelju, koja se odnosi na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno na obavezno uspostavljanje učinkovitog sistema socijalne zaštite, osiguranje prava iz zdravstvenog osiguranja i uspostavljanje dostupnog i efikasnog sistema primarne zdravstvene zaštite stanovništva, s posebnom pažnjom prema ugroženim grupama stanovništva. Ove obaveze proističu i iz Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava, tačnije utvrđeno je da svakom čovjeku mora biti omogućeno uživanje prava utvrđenih zakonom, pa tako i prava na zdravstvenu zaštitu, bez diskriminacije na bilo kojem osnovu kao što je spol, rasa, boja kože, jezik, vjera, političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno porijeklo, pripadnost nacionalnoj manjini, imovina, rođenje ili drugi status [1].

Član 3, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH [2]

„Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarivanja najvišeg mogućeg nivoa zdravlja u skladu sa odredbama ovog zakona i Zakona o zdravstvenom osiguranju, kao i propisa donesenih na osnovu

ovih zakona. Svaka osoba obavezna je brinuti se o svom zdravlju. Niko ne smije ugroziti zdravlje drugih ljudi. Svaka osoba obavezna je u hitnim slučajevima pružiti prvu pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi u skladu sa svojim znanjem i mogućnostima, te joj omogućiti pristup do najbliže zdravstvene ustanove.“

Član 26, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH [2]

„Svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvaruje uz poštivanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrijednosti, odnosno ima pravo na fizički i psihički integritet i na sigurnost njegove osobnosti, kao i na uvažavanje njegovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubjeđenja. Svako dijete od rođenja do navršениh 18 godina života ima pravo na najviši mogući standard zdravlja i zdravstvene zaštite. Strani državljanin ili osoba bez državljanstva ima pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa odredbama ovog zakona, međunarodnim sporazumima i drugim propisima koji reguliraju ovu oblast.“

Član 11, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske [3]

„(1) Zdravstvena zaštita građana sprovodi se na načelima jednakosti, dostupnosti, sveobuhvatnosti, kontinuiteta i koordinacije.
(2) Zdravstvena zaštita ostvaruje se bez diskriminacije po bilo kom osnovu.“

Član 12, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske [3]

„Jednakost u zdravstvenoj zaštiti podrazumijeva da građani sa istim zdravstvenim potrebama ostvaruju isti nivo zdravstvene zaštite, a građani sa različitim zdravstvenim potrebama ostvaruju različit nivo zdravstvene zaštite, u skladu s odredbama ovog zakona i drugih propisa koji regulišu ovu oblast.“

Član 13, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske [3]

„Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se obezbjeđivanjem zdravstvene zaštite građanima, koja je fizički, geografski i ekonomski dostupna.“
S obzirom na trenutačnu situaciju, očito je da zdravstveni sistem u Bosni i Hercegovini iziskuje potpunu reformu, kako bi došlo do usklađivanja s međunarodnim standardima. Jasno je da zdravstvena zaštita nije omogućena svima, te da svi/e državljani/ke Bosne i Hercegovine nemaju jednak

pristup zdravstvenoj zaštiti pa tako ni transrodne osobe. Susjedne države u svojim zakonodavstvima prepoznale su i pokušale riješiti ove probleme, te tako u Srbiji postoji medicinski tim koji vrši medicinske zahvate prilagodbe spola, a redovno zdravstveno osiguranje snosi 60% troškova ovog procesa. U Crnoj Gori taj postotak iznosi od 80% do 100%, a država pokriva i troškove tretmana urađenih u inostranstvu, jer tek obučavaju tim koji bi ovakve tretmane mogao raditi u Crnoj Gori.

Neprovođenje preporuke Institucije ombudsmena za ljudska prava u BiH

Institucija ombudsmena za ljudska prava Bosne i Hercegovine je 2016. g. predstavila *Specijalni izvještaj o pravima LGBTI osoba u Bosni i Hercegovini*, te izdala potrebne preporuke nadležnim institucijama o izmjenama i dopunama zakona koji se odnose na LGBTI osobe u BiH. Na osnovu člana 32. Zakona o ombudsmenu za ljudska prava Bosne i Hercegovine, ombudsman može dati preporuke tijelima vlasti u Bosni i Hercegovini u cilju usvajanja novih mjera. Ukoliko ombudsmen nakon toga ne dođe do rješenja u predmetu u kojem je po njegovom ili njenom mišljenju bilo moguće naći pozitivno rješenje, taj problem će biti uvršten u godišnji ili specijalni izvještaj, pominjući imena tijela vlasti u Bosni i Hercegovini ili službenika/ca koji/e su zauzeli/e takav stav. U dijelu Specijalnog izvještaja koji se odnosi na prava transrodnih osoba, Institucija ombudsmena je izdala preporuke Parlamentarnoj skupštini Bosne i Hercegovine, Skupštini Brčko distrikta Bosne i Hercegovine, entitetskim ministarstvima zdravstva, Odjelu za zdravstvo Vlade Brčko distrikta te kliničkim centrima i bolnicama u BiH.

Institucija ombudsmena je izdala preporuku Parlamentarnoj skupštini Bosne i Hercegovine da pristupi izmjenama Zakona o ravnopravnosti spolova i izričito definiira pojmove seksualne orijentacije i rodnog identiteta, kao što je učinjeno u Zakonu o zabrani diskriminacije BiH. Preporuka koja je upućena Skupštini Brčko distrikta Bosne i Hercegovine sadrži potrebu za izmjenama i dopunama Zakona o matičnim knjigama Brčko distrikta BiH i regulisanjem upisa promjene spola na način kako je to propisano zakonima o matičnim knjigama u Federaciji BiH i Republici Srpskoj. Isto tako, Institucija je preporukom upućenoj entitetskim ministarstvima zdravstva i Odjelu za zdravstvo Vlade Brčko distrikta ukazala na potrebu

razmatranja mogućnosti izmjena zakona o zdravstvenom osiguranju kojim će se predvidjeti djelimično ili potpuno pokrivanje troškova medicinskog procesa promjene spola i obaveznog zdravstvenog osiguranja. Institucija je također preporukom upućenoj kliničkim centrima i bolnicama u BiH podsjetila na potrebu za sistematskim i kontinuiranim educiranjem medicinskog osoblja koje bi moglo pratiti proces tranzicije transpolnih osoba i pružiti neophodnu medicinsku pomoć, kao i na potrebu za poduzimanjem mjera u cilju osiguravanja medicinskog kadra koji bi mogao vršiti kompletan medicinski proces promjene spola.

Sarajevski otvoreni centar je 2018. g. također uputio dopise institucijama i ustanovama na koje se preporuka Institucije odnosi, ali su zaprimljena samo dva odgovora – od Opće bolnice Konjic i Opće bolnice „Prim. dr. Abdulah Nakaš“. Opća bolnica Konjic u odgovoru navodi da trenutno ne raspolaže dobrovoljnim brojem medicinskog kadra koji bi mogao učestvovati u edukaciji i realizaciji preporuke Institucije ombudsmena za ljudska prava. Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“ u svom odgovoru tvrdi da ne posjeduje opremu i kadar te nije verifikovana za ovu vrstu operativnog zahvata koji spada u tercijarni nivo zaštite. Na osnovu ova dva odgovora i šutnje ostalih institucija/ustanova može se zaključiti da zdravstvene ustanove koriste neposjedovanje opreme i adekvatnog kadra kao argument kojim opravdavaju nemogućnost prilagodbe spola unutar BiH, što predstavlja legitiman razlog zašto se preporuka Institucije ombudsmena ne može realizirati.

Neposjedovanje opreme i kadra jeste razlog zbog kojeg prilagodbu spola trenutno nije moguće izvršiti, ali postoji mogućnost educiranja medicinskog osoblja ili pokrivanja troškova prilagodbe spola u drugim državama iz fonda zdravstvenog osiguranja, kao što to već rade neke od susjednih zemalja. BiH se obavezala ratificiranjem određenih međunarodnih dokumenata, kao što su Europska socijalna povelja i Evropska konvencija o zaštiti ljudskih prava, da će obezbijediti jednak pristup zdravstvenoj zaštiti svima, bez diskriminacije na bilo kojem osnovu. Međutim, jasno je da zdravstvena zaštita nije omogućena svima, te da takvim pristupom određenim grupama zdravstvene ustanove još više ugrožavaju njihov ionako ugrožen položaj u društvu. Možemo pretpostaviti da će se većina zdravstvenih ustanova u BiH, odnosno njho-

vo osoblje, odlučiti za stav koji ima Opća bolnica Konjic, a to je da trenutno ne raspolažu „dobrovoljnim“ brojem medicinskog kadra koji bi mogao učestvovati u edukaciji i realizaciji preporuke, ukoliko ta odluka bude njima prepuštena. S druge strane, država nije donijela zakon koji uređuje pitanje zdravstvene zaštite, odnosno osposobljavanja i educiranja medicinskog kadra i pokrivanja troškova prilagodbe spola iz fonda zdravstvenog osiguranja. Stoga i država krši sam Ustav BiH iako se njime obavezuje na poštovanje međunarodnih standarda, a posebice Europske konvencije o zaštiti ljudskih prava (čiji akti imaju prioritet nad svim ostalim zakonima). Naime, država ograničava prava i slobode predviđene kako međunarodnim standardima tako i samim Ustavom.

Prava transrodnih osoba su ljudska prava

Osnovna zaštita građanskih prava transrodnih osoba osigurava njihovu mogućnost da žive i rade kao produktivni/e članovi/ice društva. Iz pragmatične perspektive, socijalni gubitak koji nastane iz diskriminacije je mnogo veći od troškova uključivanja novih praksi. Diskriminatorna praksa gura transrodne osobe na margine nezaposlenosti i siromaštva, pa su samim tim često primorani/e baviti se i nekim nelegalnim poslovima kako bi preživjeli/e. Glavni argument zašto se prava ove ili bilo koje skupine društva trebaju zaštititi se temelji na poštovanju i dostojanstvu koje zaslužuju svi ljudi u svim aspektima života.

Sažetak zahtjeva koji se odnose na zdravstvenu zaštitu transrodnih osoba

Proces prilagodbe

Potrebno je osigurati redovnim zdravstvenim osiguranjem:

- Psihološko savjetovanje – izdavanje psihološkog mišljenja i uputnice za psihijatriju
- Psihijatrijsko savjetovanje – izdavanje dijagnoze i uputnice za endokrinologa
- Endokrinološko savjetovanje – izdavanje recepata za hormonalnu terapiju
- Pristup hormonalnoj terapiji i svrstavanje hormonalne terapije na esencijalnu listu lijekova
- Hirurške zahvate – histerektomija (odstranjivanje maternice), ovariektomija (odstranjivanje jajnika i jajovoda), odstranjivanje vagine, oblikovanje mokraćne cijevi, metoidioplastika ili faloplastika, oblikovanje mošnica, ugradnja proteze testisa, oblikovanje penisa, penektomija (odstranjivanje penisa), orhiektomija (odstranjivanje testisa), vaginoplastika (oblikovanje vagine), klitoroplastika (oblikovanje klitorisa) i vulvoplastika (oblikovanje spoljašnjih ženskih spolnih organa), mastektomija (odstranjivanje grudi) i augmentacijska mamoplastika (implantati/lipofiling).

Pokrivanje troškova prilagodbe spola i edukacija medicinskog tima

- Potrebno je pokrivati troškove prilagodbe spola iz fonda zdravstvenog osiguranja (omogućen pristup psihološkom savjetovanju, psihijatrijskom savjetovanju, endokrinološkim konsultacijama, vađenju nalaza, hormonalnoj terapiji i hirurškim zahvatima).
- Ukoliko adekvatna zaštita nije moguća u Bosni i Hercegovini, treba omogućiti pokrivanje troškova prilagodbe spola iz fonda zdravstvenog osiguranja u drugim zemljama.
- Potrebno je educirati medicinski tim koji bi pružio adekvatnu zaštitu transrodnim osobama.

Poštovanje prava na samoodređenje

Samoodređenje je pravo svake osobe da se identificira i definira te mijenja svoj identitet bez obzira radi li se o spolu, rodu, spolnom i rodnom identitetu, seksualnoj orijentaciji i cjelokupnoj seksualnosti, nacionalnosti, etničkoj pripadnosti, bilo u vezi vlastitog tijela ili društvenog statusa, dokle god to pravo ne krši prava drugih osoba.

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. Mujkić, E. (2011). *Sistem zdravstva u Bosni i Hercegovini: stanje i pravci moguće reforme*, Fondacija Centar za javno pravo. Dostupno na: <http://www.pfsa.unsa.ba/pf/wp-content/uploads/2015/01/Sistem-zdravstva-u-Bih.stanje-i-pravci-mogu%C3%A6-reforme.pdf>
2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Federacije BiH (*Službene novine Federacije BiH*, broj 41/10, 4.8.2010.)
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske (*Službeni glasnik Republike Srpske*, br. 106/2009 i 44/2015)

IV

PROCES TRANZICIJE RODNO NENORMATIVNIH, TRANSRODNIH I TRANSPOLNIH OSOBA – PERSPEKTIVA KLINIČKE PSIHOLOGIJE

mr. spec. Iva Žegura, klinička psihologinja
Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

Uvod/društvene i političke prilike

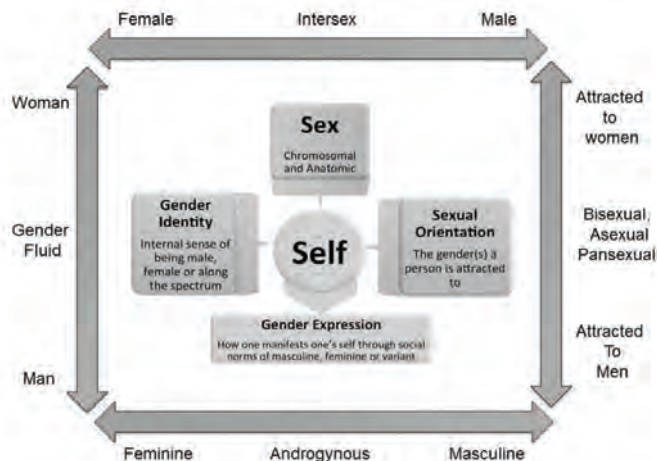
U proteklih dvadesetak godina društvene i političke promjene dovele su do poboljšanja položaja seksualnih manjina te rodno nekonformnih, transrodnih i transpolnih osoba u zemljama Evropske unije pa tako i u Hrvatskoj, ali i u široj regiji (Žegura, 2015; Žegura i Arbanas, 2016; Žegura i Vrbat, 2016). Ministarstvo zdravlja je 2014. g. donijelo Pravilnik o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu (NN, 132/2014). Također, Ministarstvo unutarnjih poslova donijelo je Zakon o državnim maticama koji omogućuje pravnu izmjenu činjenične oznake spola u osobnim dokumentima (NN, 76/2013).

Pojmovne odrednice rodnog identiteta i seksualne orijentacije

Često se rodni identitet mijenja sa seksualnom orijentacijom i zato je, prije svega, važno definirati ove pojmove. Seksualna orijentacija koristi se da bismo opisali obrasce seksualne i emocionalne privlačnosti (D'Augelli, 1994; Žegura, 2006). Kako bismo ovo lakše opisali, samo za ilustraciju, pretpostavimo rodnu/spolnu binarnost (što nikako nije slučaj u realnosti niti za biološke odrednice spola, niti za biopsihosocijalne odrednice roda), odnosno da osobe vrlo jasno možemo kategorizirati na muškarce i žene prema biološkom spolu, odnosno muškom i ženskom rodnom identitetu. U tom slučaju bi homoseksualna orijentacija, tj. gej ili lezbijska seksualna orijentacija označavala seksualnu i/ili emocionalnu orijentaciju pojedinca/ke prema osobama istog spola i/ili roda (Žegura, 2014). Biseksualnost bi opisivala one osobe koje privlače osobe oba spola i/ili roda. Povrh toga, postoje pojmovi kao što su muškarci koji imaju seks s muškarcima, queer, i „oni/e koji/e vole isti rod“, a što su sve pojmovi i fraze koje koriste osobe koje privlače osobe istog spola i/ili imaju seks s osobama istog spola. Osobe koriste ove različite pojmove kako bi se jasno odvojile od kulture gejeva i lezbijki, a koje odražavaju norme, vrijednosti i standarde privilegija najčešće bjelačkog stanovništva, gejeva ili lezbijki. Iz toga razloga se ustalio pojam **seksualne manjine** kao nadređeni pojam svih osoba koje su u istospolnim i/ili istorodnim emocionalnim i/ili seksualnim odnosima (DeBrod i sur., 2017).

Slika 1: Koncepti spola i roda

izvor: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/transgender-facts/>



Rodni identitet odnosi se na to kako osoba definira, poima vlastiti rod te na njezino iskustvo povezano s vlastitim rodom (npr. žena, muškarac, transrodne osoba) (Žegura, 2017). **Rodna nenormativnost** je pojam koji najinkluzivnije odražava osobe koje ne žive i ne percipiraju svijet na način koji forsira rodni identitet isključivo u dvije binarne kategorije (DeBrod i sur., 2017). Dakle, **rodni identitet se odnosi na osobni koncept – konstrukt roda koji može biti u skladu s društveno propisanim definicijama ili ih može negirati, nadilaziti i mijenjati; odnosi se na vlastitu identifikaciju u društvenom kontekstu roda – spola.** **Transrodna osoba** je osoba čiji identitet ili rodna prezentacija nije u skladu sa spolno uvjetovanim tradicionalnim rodnim ulogama, odnosno čiji rod pripisan temeljem izgleda spolovila pri rođenju ne odgovara i rodu kako se osoba doživljava (Žegura, 2017). **Transpolne osobe** su one osobe koje su uključene u proces rodne tranzicije i prilagodbe spola te koje su učinile potpunu prilagodbu spola, a samim time i rodnu tranziciju. Neke transrodne i transpolne osobe su rodno binarne, a druge pokazuju čitav dijapazon rodnih identiteta. **Rodna disforija** odnosi se na trajni distres i nezadovoljstvo zbog osjećaja osobe da ne pripada svome biološkom spolu, rodu koji joj je pripisan temeljem biološkog spola, a prema tome i rodnoj ulozi koja se vezuje uz njegov/njezin biološki spol određen izgledom genitalija po rođenju (Žegura, 2017). **Interspolnost** se odnosi na biološku nedefiniranost spola kao isključivo muškog ili ženskog.

Svatko od nas ima rodni identitet. Rodni identitet odnosi se na naš unutarnji vlastiti osjećaj o tome da smo muško ili žensko. Kod većine osoba, ova osnovna svjesnost o tome da su muškarac ili žena odgovara fizičkome tijelu, odnosno činjenici spola koja je osobi dodijeljena temeljem izgleda njezinih genitalija odmah po rođenju. Kada se dijete rodi, liječnici/e i okolina odlučuju je li žensko ili muško na osnovu izgleda djetetovih genitalija. Većina djece praktički spontano prihvaća vlastiti rodni identitet u periodu kada počinju biti svjesna svoga spola i svoga roda te nisu njime preokupirana. Ali, za djecu i odrasle koji/e su transrodni/e, osnovni osjećaj bivanja muškarcem ili ženom – njihov rodni identitet – ne odgovara njihovome tijelu. Prema tome, transrodna osoba može imati muško tijelo, ali se osjećati kao žena i identificirati ženom te govorimo o **M2F – transrodnim/transpolnim ženama ili trans ženama** (Žegura, 2017). Transrodna osoba

može imati žensko tijelo, ali se osjećati da je u stvari muškarac te govorimo o **F2M transrodnim/transpolnim muškarcima** ili **trans muškarcima** (Žegura, 2017). Ovdje nije riječ o drugim medicinskim stanjima – inter-spolnim stanjima kod kojih se zbog urođenih anomalija, koje uključuju kromosomalne, morfološke, genitalne i/ili gonadalne anomalije, može isto tako javiti osjećaj osobe da ne pripada spolu koji joj je dodijeljen rođenjem tako da su izvršene kirurške korekcije, ili jednostavno izgled vanjskog spolovila ne odgovara primjerice kromosomskom spolu pa se uslijed toga osoba osjeća kao „zatočena“ u krivome tijelu. Prema nizozemskim podacima **prevalencija rodne disforije** iznosi 1 na 11900 kod muškaraca (M2F) te 1 na 30400 kod žena (F2M) (Aitker, Steensma, Blanchard i sur., 2015; Zucker, 2017). Ovi podaci su još uvijek nepotpuni, prije svega zbog toga što **u razvijenijim društvima osobe češće traže pomoć vezano za rodnu disforiju te postoje specijalizirani centri i ustanove koje se bave zaštitom zdravlja transrodnih osoba**, dok to nije slučaj u tradicionalnijim i siromašnijim društvima. Stoga, procjenjuje se da je učestalost transrodnosti u općoj populaciji vjerojatno nešto viša od podataka kojima trenutno raspolažemo (WPATH, 2012). Ukoliko transrodnost ne shvatimo kao binarnu pojavu, već uzmemo u obzir cijeli spektar rodnih identiteta i rodnog izražavanja te uključimo i osobe koje se identificiraju kao questioning ili gender-bander ili rodno nenormativne, rodno fluidne, tada zapravo teško možemo odrediti točnu incidenciju transrodnosti.

Od 2013. godine, s izdanjem DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) koristi se pojam „rodna disforija“ kao zasebna kategorija, krovni pojam koji opisuje osjećaj osobe da ne pripada rodu koji joj je dodijeljen po rođenju temeljem izgleda njezinih genitalija, tj. biološkom spolu osobe. Rodna disforija zamijenila je prethodni pojam „poremećaj rodnog identiteta“ iz 1994. godine te su stručnjaci i znanstvenici time željeli naglasiti **jednaku vrijednost svakog rodnog identiteta osobe**, odnosno **depatologizirati transrodne identitete** (Cohen-Kettenis, 2006; Byne, Karasic, Coleman i sur., 2018). Još stariji pojam, koji se može pronaći u stručnoj literaturi, jeste „transseksualizam“ (Buzov, 2016) koji je snažno konotiran uz potpunu rodnu tranziciju i obavezno činenje kirurške prilagodbe spola, patologizaciju transrodnosti te je danas napušten. Ovisno o dobi, kod osobe s **jakom i trajnom suprotnom rodnom identifikacijom i trajnom nelagodnom zbog svojeg biološkog spola** ili s **osjećajem nepr-**

ipadanja rodnoj ulozi pripisanoj tom spolu utvrđuje se dijagnostičkim postupcima postojanje rodne disforije u djetinjstvu ili adolescenciji ili pak odrasloj dobi (Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2003). Odmah valja napomenuti kako se **pojam „dijagnoza“ koristi ne zato da bi se transrodnost, odnosno transpolnost, liječile i „mijenjale“, već da bi se transrodnim osobama omogućilo korištenje zdravstvenih usluga i to na takav način da ih se uključi u proces prilagodbe spola ili, bolje rečeno, proces upotpunjavanja spola** (Jokić-Begić i sur., 2016). **Iz ovog razloga, Svjetska zdravstvena organizacija u novoj je 11. verziji Međunarodne klasifikacije bolesti izbacila transrodnost iz poglavlja „Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih“ i dijagnostičke kategorije „Poremećaji spolnog identiteta“.** Na taj je način učinjen veliki pomak prema depatologizaciji transrodnosti koji se sada smatra stanjem povezanim sa seksualnim zdravljem (WHO, 2018).

Postoje „Standardi skrbi za poremećaje rodnog identiteta, 7. verzija“, prevedeni na hrvatski jezik, koji su dostupni na stranicama Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (World Professional Association for Transgender Health – WPATH) (WPATH, 2012). U tijeku je izrada 8. verzije Standarda skrbi koja će pratiti suvremene spoznaje o rodnoj varijabilnosti i pojavnosti različitih rodno nenormativnih identiteta te sadržavati **preporuke stručnjacima/kinjama u području medicine, mentalnog zdravlja, socijalnih politika, prava i ostalih profesija uključenih u skrb o transrodnim osobama kako da prilagode svoj rad individualno svakoj transrodnoj osobi i poštuju pravo na samoodređenje i ekspresiju osobnog rodnog identiteta.**

Djeca i adolescenti/ce i transrodnost

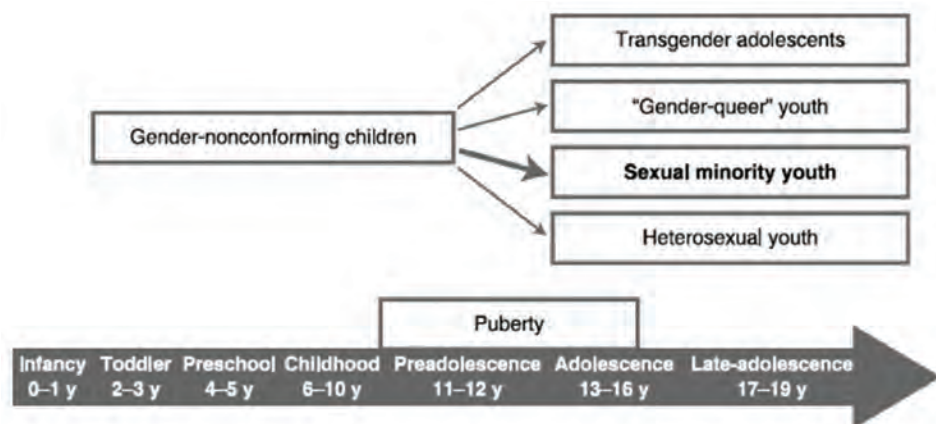
Djeca i adolescenti/ce mogu biti transrodni/e, upravo kao i odrasle osobe. Zapravo, mali postotak sve djece jest transrodno. Djeca razumiju rodne razlike od najranije dobi te se transrodno dijete vrlo snažno identificira sa suprotnim rodnom, najčešće od druge ili treće godine života, upravo onda kada se razvija svijest djeteta o rodnom identitetu (Cohen-Kettenis, i Pfäflin, 2010; Devor, 2004). Iz razloga što s djecom, adolescentima/cama pa čak i odraslim osobama ne raspravljamo o transrodnosti te je općenito u našem društvu tema seksualnosti i rodnosti tabuizirana, osobe koje su transrodne, a ponajprije djeca, nemaju informacije niti znanja o tome što su ona, te se bore s osjećajem da su „rođena u krivome tijelu“, da s njima „nešto ne valja“, da su „drugačija od ostalih djevojčica i/ili dječaka svoje dobi“. Roditelji i okolina, također, tipično reagiraju prema transrodnoj djeci na način da njihovo ponašanje i ekspresiju rodnog identiteta kažnjavaju, ograničavaju i na svoju djecu gledaju kao na „oštećenu“, „bolesnu“. U stvarnosti i sa stručnog stajališta s ovom djecom je sve u potpunom redu i ona su djeca kao i ostala djeca koja ne osjećaju disforiju glede rodnog identiteta. **No, zato što vrlo mali broj osoba razumije da je prirodno za jedan dio populacije da bude transrodna, obitelj, okolina i stručnjaci/kinje ne znaju da osoba može imati muške genitalije i još uvijek biti ženom ili imati ženske genitalije i osjećati se muškarcem.** Transrodna djeca koja izraze svoj „pravi“ rodni identitet mogu postati izrazito nesretna i depresivna kada ih odrasli nakon njihovog razotkrivanja nastoje spriječiti u tome da budu onakvi/e kakvima se osjećaju (Žegura, 2013). **Bivanje transrodnim nije jedini i isključivi uzrok distresa transrodnih osoba. Umjesto toga, to što ih se ne razumije te osjećaj da s njima nešto nije u redu uzrokuje glavnu patnju transrodnih osoba.** Najveću emocionalnu patnju stvara im pritisak da promijene svoj suštinski doživljaj onoga što uistinu jesu, a to je istinski rodni identitet. Iz toga razloga je jako važna uključenost kliničkog psihologa u proces rodne tranzicije te rad kako s transrodnim osobama (maloljetnim i punoljetnim), ali i s njihovim roditeljima, obiteljima, socijalnom zajednicom (vrtići, škole, fakulteti, radno mjesto, susjedstvo).

Mnogi su roditelji uvjereni da je nešto što su oni učinili ili su propustili učiniti tijekom odgoja i brige o djetetu prouzrokovalo transrodnost njihova djeteta. Ovo nije točno. Ništa što roditelj ili netko drugi čini ne može

promijeniti djetetov rodni identitet. Bivanje transrodnom osobom nije uzrokovano razvodom, zanemarivanjem, zaštićivanjem, omogućavanjem dječacima da izraze emocije ili djevojčicama da se igraju Lego kockicama i „kauboja i Indijanaca“, željom da se rodi dijete suprotnog spola, korištenjem hormonalnih preparata kako bi se pospješila mogućnost koncepcije, preveliko ili nedovoljno poticanje djece da se uključe u sportske aktivnosti, ili neka druga roditeljska razmišljanja ili uvjerenja, ponašanja, očekivanja ili iskustva jednostavno nisu uzrok transrodnosti djece. Još uvijek nije u potpunosti jasno iz kojega su razloga neke osobe transrodne. Ali, **znanstvene spoznaje pokazuju da su se transrodna djeca rodila kao takva te da je riječ o biološki uzrokovanim različitostima** (Swaab, 2004; Gooren, 2006; Swaab, Castellanos-Cruz & Bao, 2016; Byne, Karasic, Coleman i sur., 2018). Čak i prije nego što djeca mogu verbalizirati svoj doživljaj, osjećaje i svjesnost o svome rodu, počinju govoriti svojoj okolini o tome tko su oni/e kroz svoju igru i izbore odjeće, stilova frizure i igračaka.

Slika 2: Djeca i adolescenti/ce koji/e se rodno ne konformiraju

izvor: Leibowitz S, Telingator C. Assessing gender identity concerns in children and adolescents: Evaluation, treatments, and outcomes. *Current Psychiatry Reports* 2012; 14:111-120



Transrodna djeca i odrasle osobe oduvijek su postojale kroz povijest i u različitim kulturama. U našem društvu, do nedavno, tek je nekoliko roditelja otvoreno govorilo o tome da imaju djecu s „problemima“ povezanim s rodnim identitetom. Isto tako, malo je stručnjaka/inja razumjelo ili željelo razumjeti osobe s rodnom disforijom te im pristupiti i raditi s njima i njihovim obiteljima stručno i bez predrasuda prema naputcima krovnih

udruga i etičkim principima struke (APA, 2011; APA, 2012; APA, 2013; BPS, 2012a; WPATH, 2012; EFPA, 2005). U prošlosti, roditelji transrodne djece nastojali su prisiliti svoju djecu da se priklone njihovim očekivanjima o tome što je „prikladno“ ponašanje za muškarce i žene. Od rane dobi, težili su da se njihova djeca ponašaju sukladno svome biološkome rodu, odnosno da se uklope među svoje vršnjake te u socijalne norme. Transrodna djeca su – putem ovakvih težnji i postupaka prisile da negiraju i promijene svoju pravu prirodu – bila teško traumatizirana od svojih roditelja i neupućenih stručnih osoba na području mentalnog zdravlja i medicine (Edwards-Leeper, 2017). **Stručnjaci/kinje od svojih su profesionalnih organizacija pozvani/e poštivati etički kodeks struke te suzdržavati se od praksi koje se temelje na njihovim uvjerenjima i mogu naškoditi mentalnome zdravlju transrodnih osoba i seksualnih manjina**, kao što je reparativna ili tzv. konverzivna terapija (BPS, 2012b; Anton, 2010), **a koje imaju za cilj „izlječiti“ transrodne i homoseksualne osobe.**

Važnost podrške za transrodnu djecu i adolescente/ice te njihove obitelji

Tijekom vremena, zdravstveni/e djelatnici/e te djelatnici/e na području mentalnog zdravlja, u prvome redu klinički psiholozi/ginje, naučili/e su kako na najbolji način poduprijeti transrodnu djecu i njihove obitelji. Pristupi roditelja transrodnoj djeci su se promijenili, te sve više roditelja i liječnika/ca, psihologa/inja i socijalnih radnika/ca razumije kako pomoći transrodnoj djeci koja zbog svog statusa imaju nešto drugačije potrebe tijekom rasta i razvoja od djece koja se ne susreću s izazovom transrodnosti (Žegura, 2015). Danas je itekako poznato da sva djeca trebaju ljubav, osjećaj sigurnosti i podrške kako od svojih obitelji tako i od ostalih. Istraživanja pokazuju što roditelji i stručne osobe na području mentalnog zdravlja mogu učiniti kada se susretnu s transrodnosti kod djece. Najvažnija stvar koju roditelji mogu učiniti kako bi omogućili dobrobit svoga djeteta te umanjili rizik od traumatizacije i distresa jest da vole svoju transrodnu djecu i da ih prihvate. To znači da im omoguće da žive na načine koji ih čine sretnima – baš kao što bi učinili i s bilo kojim drugim djetetom. Na primjer, dopustite transrodnoj djeci da se odijevaju u odjeću u kojoj se osjećaju najudobnije te da nose frizuru (kratku ili dugu) s kojom se osjećaju najlagodnije. Također, dopustite im da se igraju igračkama koje

vole. Paralelno s time, valja osigurati djeci i adolescentima/cama sigurnu sredinu u kojoj će moći izraziti vlastiti rodni identitet.

Podržavati transrodni identitet i ponašanje svoga djeteta nije lako. Ali, **istraživanja pokazuju da putem prihvaćanja i pokazivanja da volite dijete onakvo kakvo ono jest, možete im pomoći da vode sretniji, zdraviji život** te literarno, u punom smislu, možete spasiti njihov život. U obiteljima u kojima roditelji stvaraju veliki pritisak na svoju transrodnu djecu da se priklone očekivanim ponašanjima za njihov rod koje postavljaju sredina i kultura u kojoj žive, mlade osobe pet su puta češće izvještavale o simptomima depresije, skoro četiri puta češće pokušavaju suicid i koriste alkohol i druga sredstva ovisnosti, te su pod dvostruko većim rizikom da se zaraze virusom HIV-a u usporedbi s mladima koje roditelji ne prisiljavaju da se konformiraju društvenim normama glede rodnog identiteta, odnosno rodne uloge (Starks i Millar, 2017).

Većina osoba ima svijest o svome rodnome identitetu između druge i četvrte godine starosti. Ako dijete pokazuje transrodni identitet od ranog djetinjstva, malo je vjerojatno da će promijeniti svoje mišljenje s godinama. Njihova svijest o samima sebi će se samo produbiti i povećati. Na primjer, dvanaestogodišnje dijete koje konzistentno izjavljuje da je djevojčica od svoje treće godine najvjerojatnije će ostati transrodno cijeli svoj život.

Valja napomenuti da jedan dio djece, koja u najranijoj dobi pokazuju rodnu disforiju, kasnije odrasta u rodno disforične adolescente/ice, no kod određenog postotka ove djece radi se o tome da su zapravo homoseksualna, što se kasnije pokaže najčešće početkom adolescencije. U odnosu na ranija istraživanja i specifični povijesni i etički kontekst u kojemu su ona rađena (Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman & Cohen-Kettenis, 2013; Steensma & Cohen-Kettenis, 2018), danas valja hipotezu „odustajanja“ od transrodnog identiteta kod skoro 80% djece koja pokazuju rodnu disforiju shvatiti uz nužnu distancu. Treba se voditi najnovijim znanstvenim spoznajama u ovome području, kako preporučuje i WPATH (2012), te premisom dobrostanja trans i rodno nekonformne djece i adolescenata/ica (Winters, Temple Newhook, Pyne, Feder, Jamieson... & Tosh, 2018). **Stoga valja otvoreno razgovarati s djecom koja iznose rodno disforične osjećaje i ponašanja, biti im podrška, kretati pažljivo i odmjereno u irev-**

erzibilne procese prilagodbe spola te početkom adolescencije otvoreno razgovarati o temama seksualne orijentacije. Naravno, onaj dio rodno disforične djece koja odrastu i postanu rodno disforični/e adolescenti/ce isto tako uz rodnu disforiju mogu biti i različite seksualne orijentacije, a one su sve jednakovrijedne i valja ih sve prihvatiti kao takve te pomoći adolescentu/ici da se takvim prihvati i pronađe svoje mjesto u društvu. Uz socijalnu sredinu, obitelj, prijatelje/ice i vršnjake/inje koji/e adolescentu/ici pružaju socijalnu podršku, preporučuje se **omogućiti pristup i profesionalnoj psihološkoj podršci.** **Stručnjaci/kinje su pozvani/e da razumiju kako sva djeca i adolescenti/ce, kao i transrodne odrasle osobe, variraju u intenzitetu rodne disforije koju osjećaju, jer transrodne osobe koje imaju dostupnu medicinsku skrb, podršku stručnjaka/inja u području mentalnog zdravlja te ponajviše svojih obitelji i socijalne sredine pokazuju vrlo mali intenzitet rodne disforije.**

Pristupi transrodnim osobama u okviru kliničke psihologije

Pri Klinici za rodni identitet VU Medicinskog centra u Amsterdamu razvijen je tzv. „nizozemski pristup“ skrbi rodno disforičnih osoba koji se prije svega odnosi na skrb djece i adolescenata/ica te se preporučuje kao svojevrsni standard za proces rodne tranzicije, hormonalne i kirurške prilagodbe spola, a temelji se na Standardima skrbi za rodno disforične osobe (deVries i sur., 2011). Klinički pristup **djeci koja ulaze u pubertet do dvanaeste godine** različit je od pristupa **adolescentima/cama od dvanaeste godine starosti nadalje**. Kod djece, dijagnostički postupci usmjereni su na razjašnjavanje svih faktora koji mogu sudjelovati u razvoju rodne disforije, no rodna disforija nije aktivno obuhvaćena tretmanom. Preporuka je da se pažljivo prati kako se razvija rodna disforija u prvim fazama puberteta, a ne da se previše rano otpočne s procesom tranzicije. Djecu i njihove roditelje podržava se u prilagođavanju i razvijanju tolerancije na neizvjesnost ishoda. Rodno disforični/e adolescenti/ce prolaze, također, složenu diferencijalno dijagnostičku multidisciplinarnu obradu, no, suprotno djeci koja ulaze u pubertet, mogu se uključiti u proces tranzicije pod striktnim uvjetima koje propisuju Standardi skrbi za rodno disforične osobe WPATH (2012). Postoje **posebno razvijeni intervjui i psihodijagnostički testovi** namijenjeni djeci i adolescentima/cama te odraslima. Oni su usmjereni na procjenu kognitivnog statusa, socijalizacije, emocija i ličnosti, kao i razvoja transrodnog identiteta, intenziteta rodne disforije i slično. Kako se psihologijskom obradom dobiva uvid u cjelokupno funkcioniranje osoba, njihove jake i slabe strane te razvijenost pojedinih vještina, tako klinički/a psiholog/inja dalje može uputiti transrodnou osobu na savjetovanje i psihoterapiju da bi se otklonili eventualni problemi koji mogu utjecati na uspješnost tranzicije. Svakom problematičnom aspektu funkcioniranja adolescenata/ica ili okolnosti u kojima žive valja posvetiti posebnu pažnju, što nije nužno i kontraindikacija medicinskim intervencijama. Pristupom koji uzima u obzir svaki aspekt psihološkog funkcioniranja adolescenta/ice i nije jedino usmjeren na isključivanje rodne disforije, nastoji se **opskrbiti adolescente/ice nužnim resursima i vještinama za optimalni psihološki razvoj te ostvarivanje dobre kvalitete života i prilagodbe tijekom i nakon tranzicije do željenog spola**.

Što se tiče **prikladnosti za medicinske intervencije rodno disforičnih ad-**

olescenata/ica, zadnje stajalište jeste da adolescenti/ce mogu biti prikladni/e za hormone supresore puberteta nakon Tannerove faze 2 ili 3. Kriterij za „rani“ početak prilagodbe spola (sex reassignment – SR) jeste za adolescente/ice od 16. do 18. te prema njemu: a) rodna disforija treba biti prisutna od ranog djetinjstva, b) pojačavanje rodne disforije nastupa početkom puberteta, c) isključenost, odnosno stavljanje pod kontrolu somatskih ili psihičkih rizika i/ili bolesti, d) dobro poznavanje procesa promjene spola i učinka pojedinih tretmana, e) postoji podržavajuća obitelj i šira socijalna mreža (deVries i sur., 2011). Naime, **važno je da rodna disforija bude dobro dijagnosticirana kako bi se adolescenti/ce uključili/e u proces promjene spola**. Tretman nakon 16. godine života nije idealan zbog: a) frustracije tijekom čekanja da se tijelo razvije, b) fizičkog izgleda koji se mijenja u neželjenom smjeru (npr. glas). Što se tiče ranijih dobnih skupina (12 – 16 god.), od 2000. godine daju se GNRH analogni hormoni (Triptorelin/Decapeptyl) za odgodu puberteta (Cohen-Kettenis i Pfäfflin, 2010). Ovo je potpuno reverzibilan proces te zapravo ne označava „promjenu“ spola, već se time djetetu pred početak puberteta i u ranoj adolescenciji omogućuje dodatno vrijeme za razjašnjavanje i vaganje odluke oko ulaska u proces rodne tranzicije i prilagodbe spola. Stručnom timu ovaj period koristi kao produljena dijagnostička faza u kojoj se potvrđuje dijagnoza rodne disforije. Odgodom puberteta omogućava se prevencija razvojnih zastoja te optimalizacija psihološkog zdravlja i dobrostanja, a to sve doprinosi da adolescent/ica uspješnije prođe kao osoba suprotnog spola kada počne uzimati hormone suprotnog spola te nakon operacije promjene spola. Kada adolescent/ica počne uzimati hormone suprotnog spola, ulazi u fazu koja je uslijed **učinaka hormona** djelomično reverzibilna. Kod **trans muškaraca** (F2M) testosteron izaziva: povećanje tjelesne dlakavosti i maljavosti na licu (brada i brkovi), produblјivanje glasa, muški obrazac ćelavosti, povećanje klitorisa, preraspodjelu tjelesnih masti (povećanje mišićne mase te smanјivanja grudi, bokova, bedara i stražnjice), prestanak menstruacije, povećani libido, promjene u seksualnom ponašanju, povećanje tjelesne mase/veća snaga gornjeg dijela tijela, pojačano znojenje/promjena mirisa tijela, povećanje tjelesne mase/zadržavanje tjelesnih tekućina, veću vidljivost vena/grublju kožu, akne, emocionalne promjene.

Kod M2F osoba, odnosno **trans žena** uzimanje estrogena dovodi do: razvoja grudi, preraspodjele masnih nakupina tijela (stvaranje tzv. „ženskih

oblina“ i debljanje), omekšavanja kože, omekšavanja dlaka na licu (brade i brkova), prorjeđivanja dlakavosti, gubitka erekcije, atrofije testisa, smanjenja snage gornjeg dijela tijela, usporavanja ili smanjivanja ćelavosti na tjemenu.

Sami **operativni zahvati prilagodbe spola** ireverzibilni su procesi. Što se tiče kirurških opcija za **F2M** osobe one se odnose na: 1. mastektomiju (odstranjenje grudi) nakon koje je potrebno nastaviti kliničke preglede i samopreglede na tkivu koje je ostalo, 2. histerektomiju/ooforektomiju, 3. rekonstrukciju genitalija (faloplastika – reizgradnja penisa ili metoidioplastika – uvećanje klitorisa kirurškim putem, odnosno stvaranje tzv. mikropenisa). Za **M2F** operativni zahvati sačinjavaju stvaranje vagine i klitorisa od tkiva penisa te estetske zahvate kao što su povećanje grudi, smanjivanje Adamove jabučice, oblikovanje kostiju lica, smanjivanje prstiju ruku i nogu. Isto tako, M2F osobe često se prije operacije te tijekom uzimanja hormona suprotnog spola podvrgnu kozmetičkim zahvatima kao što je lasersko odstranjivanje brade i brkova te ostalih dlaka na tijelu, ukoliko je to potrebno.

Brojne osobe koje su odrasle s rodnom disforijom pokazuju mnogo manje izražena otvorena ponašanja tipična suprotnom rodu, rjeđe izvješćuju o sukobima s roditeljima te pritisku svojih vršnjaka/inja da se konformiraju. Postoje dokazi da se oko tri četvrtine dječaka koji su u djetinjstvu pokazivali povijest rodne disforije početkom ranog odraslog doba mogu identificirati kao homoseksualni ili biseksualni te da je njihov osjećaj da su rođeni u krivom spolu mnogo manje izražen. Međutim, mnoge mlade odrasle osobe nastavljaju doživljavati rodnu disforiju; mogu pokušati na različite načine da se riješe svoje sveprisutne i sve snažnije anksioznosti glede roda. Možda se čak pokušaju oženiti/vjenčati i imati djecu, nadajući se da će im to pomoći, ili jednostavno samo pokušati sakriti svoje osjećaje od drugih. Neki/e zatraže pomoć kliničkog/e psihologa/inje ili psihijatra/ice i to tipično sa zahtjevom da se uključe u proces rodne tranzicije i prilagodbe spola. Nažalost, kao i neki/e adolescenti/ce, tako i neke odrasle rodno disforične osobe pokušaju i suicid ili razviju različite oblike ovisnosti te se prepuštaju rizičnim oblicima ponašanja (ekstremni sportovi) ili pak rizičnim oblicima seksualnog ponašanja (riskirajući da obole od spolno prenosivih bolesti), kako bi umanjile doživljaj rodne disforije. Iz ovog razloga se **transrodne osobe upućuju kliničkim psiholozima/ginja-**

ma koji/e čine glavnu okosnicu multidisciplinarnog tima i njihova uloga nije da budu „čuvari/ce“ puta prema tranziciji, već profesionalni/e saveznici/e koji/e će individualiziranim pristupom najbolje pružiti podršku transrodnim osobama na njihovome putu. U razdoblju djetinjstva i adolescencije susreti s kliničkim/om psihologom/injom su intenzivniji i kontinuirani do momenta aplikacije hormona suprotnog spola. Nastavljaju se zbog pripreme osobe ukoliko se odluči za neke od kirurških intervencija. Kod odraslih osoba, obično se radi o 2 ili 3 susreta. Mnoge transrodne osobe nastavljaju odlaziti kliničkom/oj psihologu/inji i kada dostignu željenu razinu tranzicije jer uviđaju benefit od psihološke podrške u drugim važnim životnim odlukama, npr. u partnerskim odnosima, vezano za seksualno zdravlje i reproduktivna prava, promjenu i izbor nove profesionalne karijere, preseljenje, žalovanje i sl. Vrlo često javljaju se i s upitom da njihovi partneri/ce budu uključeni u partnersko savjetovanje ili psihološki tretman ili se pak javljaju motivirani za obiteljsku terapiju kada dolaze s članovima svojih obitelji (roditelji, braće i sestra, bake i djedovi). Etički je neopravdano primoravanje transrodnih osoba na određeno razdoblje u kojemu moraju biti uključene u proces psihoterapije, ukoliko ona nije indicirana i osobe je ne žele.

Transrodnost nije tema samo mlađe populacije. **Starija odrasla dob** može biti vrlo teška za osobe s rodnom disforijom koje se nisu ohrabrile te su sve do svoje starosti skrivale svoj transrodni identitet (Žegura, 2013). Godine tijekom kojih su osobe pokušale nadići duboko ukorijenjenu želju da učine rodnu tranziciju dovele su do razine psihološkog distresa te uslijed rodne disforije kod nekih može dovesti do depresije pa i suicida. Mnoge rodno disforične osobe preurede i odluče promijeniti svoj životni stil sada kada su napokon sigurne da mogu riskirati neprihvatanje okoline, jer su napokon ekonomski osigurane. Tako se neke od transrodnih osoba tek u svojoj starijoj odrasloj dobi odluče potražiti stručnu pomoć, dok drugi/e nastoje umanjiti osjećaj rodne disforije na taj način da se sve češće preoblače u odjeću suprotnog roda, najčešće kada su sami/e.

Stručni tim koji radi s rodno disforičnim adolescentima/cama i odraslim osobama trebao bi se sastojati od kliničkog/e psihologa/inje i psihijatra/ice koji/e obavljaju dijagnostički, ali i savjetodavni i terapijski rad. Prije početka uključivanja u proces rodne tranzicije i/ili prilagodbe spola potrebne

su **2 do 5 individualnih seansi prije svega s kliničkim/om psihologom/injom i psihijatrom/icom**, a kada postoje i neki drugi psihološki problemi kod transrodne osobe ili neki okolinski nepovoljni faktori **i više susreta (Žegura, 2013)**. Također, svaka transrodna osoba koja se odluči na ulazak u proces rodne tranzicije te hormonalne i/ili kirurške prilagodbe spola treba obaviti pregled kod endokrinologa/inje, hematologa/inje, genetičara/ke, urologa/inje ginekologa/inje, interniste/kinje te kirurg/inje. Kod adolescenata/ica je važno da o cijelome procesu bude upoznat i nadležni centar za socijalni rad, kao i liječnik/ca primarne zdravstvene zaštite.

Početna dijagnostička faza odnosi se na dijagnostički rad koji obuhvaća diferencijalnu psihodijagnostičku obradu putem standardiziranih upitnika i intervju s rodno disforičnom osobom, ali i s njezinim roditeljima (ukoliko je riječ o malodobnoj osobi) (Žegura, 2017). Kod odraslih osoba bilo bi dobro da na razgovor i po podršku dođe i partner/ica rodno disforične osobe ili neka druga osoba koja će biti uz nju tijekom procesa promjene spola. Rodno disforične osobe se informira o procesu rodne tranzicije i prilagodbe spola, medicinskim zahvatima, djelovanju hormona, mogućim reakcijama okoline, prednostima od dovršavanja procesa spola, ali i mogućim rizicima. Nadalje, psiholog/inja i psihijatar/ica se informiraju o razvojnem tijeku osobe koja se želi uključiti u proces promjene spola (je li teže bolovala, u kakvoj je obiteljskoj sredini rasla, koliko je okolina podržavajuća, kada je prvi puta bila svjesna da je „zarobljena u krivom tijelu“, kako je počela pokazivati rodno različita ponašanja od svoga biološkog spola, kako je okolina reagirala na ta ponašanja, kako osoba funkcionira u obitelji, u vrtiću, školi, fakultetu, na radnome mjestu). Psihijatar/ica i psiholog/inja nastoje steći uvid i u sfere funkcioniranja rodno disforičnih osoba koje se odnose na aktivnosti poput hobija, sportova, kreativnih potencijala i vidova izražavanja. Je li teže bolovala? Je li ikada pokazivala znakove neke psihičke bolesti i je li joj ikada postavljena dijagnoza psihičke bolesti? Kakva su iskustva rodno disforične osobe što se tiče kontakata s drugim osobama od prijateljstava do simpatija, ljubavnih veza te seksualnih iskustava?

Mnoge teme koje transrodne osobe donose na seanse odnose se na njihovu zbunjenost. Na primjer, traže kiruršku prilagodbu spola, ali su ambivalentne oko samih medicinskih zahvata. Izražavaju snažnu želju za pri-

lagodbom spola tijekom početne faze (najčešće dolaze s pretpostavkama da će jedino uz potpunu tranziciju moći promijeniti i pravnu činjenicu roda u osobnim dokumentima i ime, što naravno nije točno), ali se kasnije kada dobiju potpune informacije predomisle i ostaju zadovoljne razinom hormonalne tranzicije i pravnim priznavanjem života u željenom rodnom identitetu. Nemaju jasne želje za kirurškom prilagodbom spola, ali su prilično konfuzne glede osjeća vezanih za svoj spol/rod. Neki/e izražavaju svoju zabrinutost zbog svoga roda/spola sekundarno u odnosu na prvobitno stanje (npr. spektar autističnog ponašanja ili socijalnu fobiju). Neki/e imaju tešku socio-ekonomsku situaciju ili obiteljske probleme (npr. teška bolest nekog člana obitelji ili slaba podrška obitelji). **Svakoj transrodnoj osobi valja pristupiti profesionalno i etički, razumjeti njezine individualne potrebe i probleme i prema tome je i podržati u njezinoj tranziciji.**

S roditeljima rodno disforične djece i adolescenata/ica obrađuju se: **1. opće teme:** trudnoća i period nakon poroda, odnos s braćom i sestrama, stilovi odgoja/slaganje roditelja, pubertet; **2. rodna pitanja u obitelji/odnos između roditelja;** **3. promjena spola;** **4. razvoj odnosa s djetetom (i majke i oca):** prije nego li je dijete počelo pokazivati ponašanje tipično za suprotni rod, nakon što je dijete počelo pokazivati ponašanje tipično za suprotni rod; **5. posljedice rodne varijantnosti:** sram/krivnja kod roditelja, zlostavljanje adolescenata/ica ukoliko postoje indicije za to, konflikti u obitelji/između roditelja/između roditelja i djeteta, obitelji i njihovih prijatelja/ica; **6. seksualnost adolescenata/ica:** jesu li u nekoga zaljubljeni/e, žele li se vjenčati, negativna seksualna iskustva; **7. eventualno postojanje homoseksualnosti ili rodne disforije u obitelji.**

Zaključna razmatranja i preporuke

Preporučuju se redovite kontrole kod psihologa/inje, ali i ostalih liječnika/ca specijalista/kinja u timu koji se bavi procesom rodne tranzicije i/ili kirurške prilagodbe spola, a koje nalažu Standardi skrbi (WPATH, 2012). Isto vrijedi i za brigu o zdravlju i mentalnom zdravlju heteroseksualnih cisrodnih osoba – važno je da redovito odlaze na sistematske preglede te čine one pretrage koje su potrebne s obzirom na eventualne nasljedne rizike pojedinim oboljenjima ili vezano za vlastiti zdravstveni status. Često zaboravimo da svake godine vozimo automobil na tehnički pregled i servis, a oklijevamo isto učiniti kada je u pitanju naše vlastito zdravlje! Važno je istaknuti kako su svi ovi standardi i procedure procesa rodne tranzicije i prilagodbe spola nužne kako bi se osigurala optimalna zdravstvena zaštita osobe. **Premda se transrodnim osobama ove procedure nekada čine napornima i zahtjevnima, ometajućima na putu do ostvarenja njihovog krajnjeg cilja, a to je trenutak kada će dobiti potvrdu tima da mogu promijeniti ime i oznaku roda i/ili otpočeti s hormonima i/ili učiniti operaciju prilagodbe spola, važno je da se ispoštuju upravo zbog optimiziranja uspješnosti procesa tranzicije te umanjivanja rizika (Žegura, 2013).** Stručnjaci/kinje u području mentalnog zdravlja više nisu „čuvari/ce vratari/ke“ u procesu tranzicije, već informirani/e i kompetentni/e saveznici/e tijekom puta rodne tranzicije!

Prema „nizozemskom modelu“, jedna od mogućih aktivnosti kliničkih psihologa/inja, psihijatara/ica i socijalnih radnika/ca koji/e rade s rodno disforičnom djecom, adolescentima/cama i njihovim roditeljima jeste, ukoliko je potrebno, otići u vrtić, školu te informirati odgajatelje/ice, nastavnike/ce, djecu i njihove roditelje o transrodnosti, kako bi transrodno dijete što bolje bilo prihvaćeno u svojoj sredini. Isto tako, postoji mogućnost da stručna osoba koja radi s transrodnom odraslom osobom ode na fakultet ili na radno mjesto kako bi se i odraslim osobama s rodnom disforijom osigurala što je moguće više informirana i prihvaćajuća atmosfera glede rodne disforije.

Roditelji i članovi obitelji transrodne djece trebaju informacije i podršku kako bi odgojili dijete na način koji većina njihove okoline najčešće ne razumije. Međutim, najvažnija spoznaja je ta da nisu u potpunosti sami. Tisuće obitelji je u sličnoj situaciji i suočavaju se sa sličnim izazovima.

Mnogobrojni su izvori informacija i podrške, neki od njih odnose se na baze podataka, članke i brošure dostupne na Internetu. Postoje i web-stranice na kojima se druže rodno disforične osobe koje tek razmišljaju o uključivanju u proces rodne tranzicije ili kirurške prilagodbe spola, one koje su to učinile i njihovi roditelji, prijatelji/ce ali i one koje sadrže osnovne informacije o rodnoj disforiji i procesu promjene spola. Literatura je na našem jeziku poprilično siromašna, no mnoge informacije mogu dati i različite nevladine udruge koje se bave pitanjima rodnih i seksualnih manjina (LORI, Kontra, Iskorak, Sarajevski otvoreni centar, Trans Aid, Trans Mreža Balkan). Također, iako u Hrvatskoj i drugim susjednim zemljama (izuzev Srbije i Slovenije) ne postoje formirani cjeloviti stručni timovi, pri klinikama i bolnicama postoje klinički/e psiholozi/ginje, psihijatri/ce, endokrinolozi/ginje, socijalni/e radnici/e, hematolozi/ginje, genetičari/ke koji/e su educirani/e i afirmativni/e što se tiče rada s rodno disforičnim osobama.

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., VanderLaan, D.P., Wood, H., Zucker, K.J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine* 12(3): 756-63. Doi: 10.1111/jsm.12817.
2. American Psychological Association- APA (2011). *Policy Statements and Resolutions*. The Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns; and the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns Office, Washington, DC: Author. Retrieved from: <http://www.apa.org/about/policy/booklet.pdf>
3. American Psychological Association- APA: Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, Vol 67(1), 10-42.
4. American Psychiatric Association- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
5. Anton, B.S. (2010). Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts. Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2009: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives and minutes of the meetings of the Board of Directors. *American Psychologist*, 65: 385–475. doi:10.1037/a0019553
6. Bieschke, K. J., Perez, R. M. & DeBord, K. A. (Eds.). (2007). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd Edition). Portland: American Psychological Association.
7. Bigner, J. J. & Wetchler, J. L. (Eds.). (2012). *Handbook of LGBT- affirmative couple and family therapy*. New York: Routledge.
8. British Psychological Society (2012a). *Guidelines and Literature Review for Psychologists Working Therapeutically with Sexual and Gender Minority Clients*. Retrieved from: www.bps.org.uk/content/guidelines-and-literature-reviewpsychologists-working-therapeutically-sexual-and-gender-min
9. British Psychological Society (2012b). Position Statement Therapies Attempting to Change Sexual Orientation. Retrieved from: https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/thearpies_attempt.pdf
10. Buzov, I. (2016). *Transseksualizam* [Transsexuality]. Zagreb: Medicinska naklada.
11. Byne, W., Karasic, D.H., Coleman, E., Evan Eyler, A., Kidd, J.D., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Pleak, R.R. & Pula, J. (2018). Gender Dysphoria in

- Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists. *Transgender Health* 3(1), 57-73. Doi: 10.1089/trgh.2017.0053.
12. Cohen-Kettenis, P. (2006). Gender identity disorders. In *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, edited by Christopher Gillberg, 695-725. New York, NY: Cambridge University Press.
 13. Cohen-Kettenis, P. & Pfäfflin, F. (2003). Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence. Thousand Oaks: SAGE.
 14. Cohen-Kettenis, P. & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior* 39: 499-513.
 15. D'Augelli, A. R. (1994). Identity development and sexual orientation: Toward a model of lesbian, gay, and bisexual development. In E. J. Trickett, R. J. Watts & D. Birman (Eds.), *Human diversity: Perspectives on people in context* (pp. 312-333). San Francisco: Jossey-Bass.
 16. Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8(3-4), 41-67. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v08n01_05
 17. Edwards-Leeper, L. (2017). Affirmative Care of TGNC Children and Adolescents. In A. A. Singh & L. L. Dickey (Eds), *Affirmative Counseling and Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming Clients* (41-68). Washington: American Psychological Association.
 18. EFPA (2005). Meta-Code of Ethics. European Federation of Psychologists' Associations.
 19. Gooren, L (2006). The biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 50(4): 589-601. doi:10.1016/j.yhbeh.2006.06.011
 20. Jokić-Begić, N., Altabas, V., Antičević, V., Arbanas, G., Begić, D., Budi, S., ... Žegura, I. (2016). Croatia needs a gender incongruence diagnosis for pre-pubertal children. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1877-1878.
 21. *Pravilnik o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu* [The ordinance about medical documentation collection and determination of conditions and presumptions for sex change and life in other gender identity]. *Narodne novine*, br. 96/1993 i 76/2013.
 22. Starks, T.J. & Millar, B.M (2017). Special Issues in Psychotherapy With Sexual Minority and Transgender and Gender Nonconforming Adolescents. In K.A. DeBord, A.R. Fisher, K.J. Bieschke & R.M. Perez (Eds.), *Handbook of Sexual Orientation and Gender Diversity in Counseling and Psychotherapy* (239-262). Washington: American Psychological Association.
 23. Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P., Beekman, A.J. & Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of*

- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. doi:10.1016/j.jaac.2013.03.016
24. Steensma, T.D. & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and “desistence” theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism*. Advance online publication. doi:10.1080/15532739.2018.1468292
 25. Swaab, D.F. (2004). "Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation". *Gynecological Endocrinology*; 19(6): 301–12. doi: 10.1080/09513590400018231
 26. Swaab, D.F., Castellanos-Cruz, L. & Bao, A.M. (2016). The Human Brain and Gender: Sexual Differentiation of Our Brains. In: Schreiber, G. (Ed.). *Transsexuality in Theology and Neuroscience. Findings, Controversies, and Perspectives*. Berlin and Boston: Walter de Gruyter, pp. 23-42.
 27. de Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A., Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*; 8(8): 2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x. Epub 2010 Jul 14
 28. WHO (2018). The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD 11). World Health Organization.
 29. Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S. & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018), *International Journal of Transgenderism*, 19:2, 246-250, DOI: 10.1080/15532739.2018.1471767
 30. *WPATH (2012). Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Version 7.*
 31. Zakon o državnim maticama [The law about state registers]. *Narodne novine, br. 96/93, 76/13.*
 32. Zucker, K. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health* 14(5): 404-411. doi: 10.1071/SH17067
 33. Žegura, I. (2006). Coming out: Razumjeti vs./ feat. Prihvatiti [Coming out: To Understand vs./feat. To Accept]. Zagreb: Naklada MD.
 34. Žegura, I. (2013). Transrodnost kod djece i adolescenata. Psihološki aspekti rada s rodno disforičnim osobama. Samopojmanje i coming out vezan za rodnu disforiju/ transseksualnost [Transgender children and adolescents. Psychological aspects of working with gender dysphoric persons. Self-concept and coming out concerning gender dysphoria/ transsexuality]. In *Transrodnost, Transseksualnost, Rodna nenormativnost- Put u prosTRAN-Stvo* [Transgenderism, Transsexuality, Gender Dysphoria- The path to TRANS], (pp. 20-40). Rijeka: LORI.

35. Žegura, I. (2014). Drugačiji oblici partnerskih zajednica- psihološki aspekti LGBT partnerstva i roditeljstva. In A. Brajša-Žganec, J. Lopžić & Z. Penezić (Eds.), *Psihološki aspekti suvremene obitelji, braka i partnerstva* [Psychological aspects of modern family, marriage and partnership] (297-239). Jastrebarsko: Naklada Slap i Hrvatsko psihološko društvo.
36. Žegura, I. (2015). The greatest first step in acknowledging rights of transgender persons in Croatia- case report. Poster presentation at 17. Congress of the European Society for Sexual Medicine. Copenhagen, Denmark (5.-7., February, 2015). Book of Abstracts; ESSM. *The Journal of Sexual Medicine Special Issue: Proceedings of the 17th Annual Congress of the European Society for Sexual Medicine, Copenhagen, Denmark, February 5–7, 12(S3), 188–271, May 2015.* <https://doi.org/10.1111/jsm.12872>
37. Žegura, I. & Arbanas, G. (2016). Mental health care of transsexual, transgender and gender nonconforming people in Croatian health system. *ABSTRACTS, Klinička psihologija* 9(1), 23. doi: 10.21465/2016-KP-OP-0012
38. Žegura, I. & Vrbat, I. (2016). Afirmativni dijagnostički i tretmanski rad kliničkih psihologa i psihologinja s osobama različitih seksualnih orijentacija i rodni identiteta kroz prizmu svjetskih standarda, smjernica i primjera iz prakse [Clinical psychologists affirmative assessment and psychotherapy of persons with different sexual orientations and gender identities through the prism of world standards, guidelines and examples of best practice]. In A. Pokrajac-Bulian, I. Miletić, J. Juretić & J., Lopžić (Eds.). *Knjiga sažetaka 24. godišnje konferencije hrvatskih psihologa- Znanstveno stručni skup: Psihologija u prevenciji poremećaja i očuvanju zdravlja* [Book of abstracts from the 24th conference of Croatian psychologists- Scientific expert meeting] (pp.379-380). Opatija: Hrvatsko psihološko društvo.
39. Žegura, I. (2017). Rodna disforija [Gender dysphoria]. In N. Mrduljaš-Đujić & I. Žegura, (Eds.), *Osnove seksualne medicine* [The principles of sexual medicine] (pp. 41-56). Split: Redak.



PROCES TRANZICIJE RODNO NENORMATIVNIH, TRANSRODNIH I TRANSPOLNIH OSOBA – PERSPEKTIVA PSIHIJARIJE

Tea Dakić, dr. med, MSc. bioetike
Klinika za psihijatriju Kliničkog centra Crne Gore

Uvod

Uprkos dugom nizu godina edukacije o pitanjima ljudskog tijela i uma, ljekari/ke, pa i specijalisti/kinje psihijatrije, tokom školovanja dobijaju neadekvatno i nepotpuno obrazovanje o temama širokog spektra rodnog identiteta i tek se skromno posvećuju pitanjima ljudske seksualnosti, te većina ne posjeduje adekvatne vještine neophodne u komunikaciji i savjetovanju u odnosu s transrodnim osobama [1]. Kako bi se transrodnim pacijentima/cama pružila adekvatna zdravstvena njega u okviru dobre inkluzivne prakse, zdravstveni/e radnici/e, a naročito stručnjaci/kinje u oblasti mentalnog zdravlja, moraju dati primjer u razbijanju postojećih predrasuda i pokazati visok nivo kako naučne, tako i kulturološke kompetencije i profesionalnosti.

Koncepti koji se odnose na rodni identitet

Brojne kontraverze i debate u istoriji psihopatologije i mentalnog zdravlja dovele su do evolucije koncepata i definicija koje se odnose na rodni identitet. Mnogi termini kojima su ranije opisivane transrodne osobe, naročito u oblasti mentalnog zdravlja, danas se smatraju prevaziđenim i uvredljivim [2]. Za 25 godina koliko je prošlo otkad je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) izdala desetu reviziju Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (u daljem tekstu: Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10) [3], istraživanja u ovoj oblasti značajno su doprinijela kako unapređenju saznanja o ovim oblastima, tako i velikim promjenama u društvenim stavovima, politikama, zakonima i standardima ljudskih prava [4].

Najnovija, jedanaesta, revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11)² napokon je pitanja rodnog identiteta isključila iz poglavlja o mentalnim poremećajima [5]. Rodna inkongruencija biće kodirana u poglavlju o **stanjima vezanim uz seksualno zdravlje**. Logička podloga ovakve odluke zasniva se na činjenici da dokazi govore u prilog tome da rodna varijantnost nije mentalni poremećaj i da takvo dosadašnje klasifikovanje uzrokuje veliku stigmatizaciju transrodnih osoba. Imajući, pak, u vidu da postoji značajna potreba za zdravstvenim uslugama u ovoj oblasti, **stanje rodne inkongruencije ostaje kodirano u MKB-11 na drugom mjestu, iz razloga lakše i bolje dostupnosti zdravstvene njege** [6].

Aktuelne nozološke kategorije

Deseta revizija Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)³ koja je aktuelno u upotrebi, a ustanovljena je 1993. godine, u okviru grupe V, poglavlja o Duševnim poremećajima i poremećajima ponašanja, u podgrupi – poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odrasle osobe (F60-69), koja obuhvata razna klinički značajna stanja i obrasce ponašanja koji teže perzistiranju i predstavljaju karakterističan životni stil i odnos osobe prema sebi i drugima, obrađuje i stanje pod **šifrom F64 – poremećaji polnog identiteta** [3]. Istorijski gledano, čini se

2 Zvanično je potvrđena 18. juna 2018. godine, a biće prezentovana na Skupštini Svjetske zdravstvene organizacije u maju 2019. godine.

3 Iako su savremena shvatanja u značajnom iskoraku u odnosu na MKB-10, u obavezi smo da i ovu klasifikaciju obradimo zbog važećih nozoloških kategorija.

da je svrstavanje rodni i polni identiteta u grupu koja se tiče mentalnih poremećaja bilo pitanje pukog spleta okolnosti, te prevashodno zasnovano na društvenim stavovima tog doba, a ne na naučnim dokazima. MKB-10 samo je nastavila trend ustanovljen u MKB-8 (1965) i MKB-9 (1975) u kojima su transrodnost i transpolnost bile klasifikovane u grupi mentalnih poremećaja, kao „seksualne devijacije“. S obzirom na to da su vodeći stavovi tog vremena potencirali da je u etiologiji transpolnosti „hormonski disbalans“, ostaje nejasno kako se onda stanja transrodnosti i transpolnosti nisu našla u grupi metaboličkih ili endokrinih poremećaja. Do danas nemamo jasan odgovor na **proizvoljnost ove klasifikacije i kategorisanje transpolnosti u grupi mentalnih poremećaja**; kako **nema naučno utemeljenih kriterijuma za procjenu „normalnog“ i „patološkog“ rodno i polno identiteta**, sve rasprave na ovu temu isključivo su u domenu teorijskih spekulacija [7].

U procesu revidiranja MKB-10, Svjetska zdravstvena organizacija je 2007. godine formirala ekspertsku međunarodnu savjetodavnu grupu, s ciljem da rukovodi zadacima u pripremi poglavlja o mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja u okviru MKB-11 [8]. Zbog raznovrsnosti dijagnostičkih kategorija u okviru ovog poglavlja, u daljem toku revizije formirane su zasebne radne grupe za svaku potkategoriju poglavlja, kako bi se što temeljnije razmotrili dostupni naučni dokazi i dali prijedlozi za izmjene i dopune postojeće MKB. U sklopu tih aktivnosti formirana je i radna grupa za klasifikaciju **seksualnih poremećaja i stanja vezanih uz seksualno zdravlje**, upravo s ciljem da se napravi **otklon od neutemeljenog psihopatologiziranja transrodnih osoba**, koje datira još iz konceptualizacije seksualnih devijacija iz četrdesetih godina prošlog vijeka. Višegodišnji rad ove radne grupe na pripremi MKB-11 zasniva se na **modelu koji će oslikavati savremenu medicinu zasnovanu na naučnim dokazima i do broj praksi, modelu koji je otvoreniji za potrebe, iskustva i ljudska prava transrodnih osoba i modelu koji će podržati veću dostupnost i bolji kvalitet zdravstvene njege** [4, 7, 9].

Transseksualnost (F64.0) je u MKB-10 definisana kao „želja da se živi i bude prihvaćen kao osoba suprotnog pola, a sopstveni pol se doživljava obično nelagodno ili neadekvatno. Osoba želi da promijeni pol pomoću hirurškog ili hormonskog tretmana“ [3]. Ovaj pojam se rekonceptualizuje u MKB-11, premješta u stanja povezana sa seksualnim zdravljem kao rodna inkongru-

encija kod adolescenata/ica i odraslih (HA 60) i definiše na sljedeći način [10]: „**Rodna inkongruencija kod adolescenata/ica i odraslih** karakteriše se naglašenom i trajnom inkongruencijom (nesaglasjem) između lično doživljenog roda i na rođenju pripisanog pola, i manifestuje se najmanje dvjema od sljedećih karakteristika:

- Snažna odbojnost ili nelagoda vezana uz svoje primarne ili sekundarne polne karakteristike (kod adolescenata/ica očekivane sekundarne polne karakteristike) zbog inkongruencije s doživljenim rodom;
- Snažna želja da se uklone neke ili sve svoje primarne i/ili sekundarne polne karakteristike (kod adolescenata/ica očekivane sekundarne polne karakteristike), zbog inkongruencije s doživljenim rodom;
- Snažna želja da se imaju primarne i/ili sekundarne polne karakteristike doživljenog roda.

Osoba doživljava snažnu potrebu da bude tretirana (da živi i bude prihvaćena) kao osoba doživljenog roda. Doživljena rodna inkongruencija mora da bude u kontinuitetu prisutna najmanje nekoliko mjeseci. Ova dijagnoza ne može se postaviti prije puberteta. Rodno varijantno ponašanje i rodne preferencije same po sebi nisu osnov za postavljanje ove dijagnoze.“

MKB-10 kategorija – poremećaj polnog identiteta u djetinjstvu (F64.2) opisuje se kao poremećaj koji se obično „javlja prvi put za vrijeme ranog djetinjstva (uvijek prije puberteta). Karakterišu ga stalno i intenzivno nezadovoljstvo svojim polom i želja (ili insistiranje) da se pripada suprotnom polu. Osoba je stalno preokupirana odjećom i poslovima suprotnog pola, uz negiranje svoga pola. Ova dijagnoza podrazumijeva težak poremećaj normalnog polnog identiteta, te samo bučno ponašanje kod djevojčica i dječaka nije dovoljno za postavljanje ove dijagnoze“ [3], takođe se u MKB-11 revidira, pojavljuje u oblasti – stanja povezana sa seksualnim zdravljem kao **rodna inkongruencija kod djece i odraslih** (HA 61) i definiše na sljedeći način [11]:

„**Rodna inkongruencija u djetinjstvu** karakteriše se naglašenom inkongruencijom (nesaglasjem) između lično doživljenog/izražavanog roda i na rođenju pripisanog pola kod prepubertetske djece. Uključuje:

- Snažnu želju da se bude drugačijeg roda od onog koji pripisani pol podrazumijeva;
- Dijete izraženo *ne voli* svoje polne anatomske karakteristike niti

očekivane sekundarne polne karakteristike i/ili ima snažnu želju za primarnim i/ili očekivanim sekundarnim polnim karakteristikama koje odgovaraju doživljenom rodu;

- Igre maštanja i fantazije, igračke i prijatelji/ce su tipični/e za doživljeni rod, prije nego za pripisani pol.

Ova inkongruencija mora da perzistira najmanje oko 2 godine. Rodno varijantno ponašanje i rodne preferencije same po sebi nisu osnov za postavljanje ove dijagnoze.“

MKB-10 kategorija – transvestitizam s dvostrukom ulogom (F64.1), koja predstavlja „Oblačenje odjeće suprotnog pola radi privremenog uživanja i osjećaja pripadnosti suprotnom polu a bez želje za stalnom promjenom pola i hirurškim putem. Ovakvo oblačenje nije praćeno i polnim uzbuđenjem.“ [3], briše se iz MKB-11 zbog nedostatka kliničke relevantnosti [4].

Osnovna razlika između predviđene MKB-11 i važeće, pete, revizije **Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje** (engl. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, u daljem tekstu: DSM-V), koji kreira i izdaje Američka psihijatrijska asocijacija, jeste u tome što DSM zadržava određene kategorije povezane s rodnim identitetom, kao dio klasifikacije mentalnih poremećaja⁴. **Rodna disforija**, kako je definisana u DSM-V [12], predstavlja opisni termin koji se odnosi na afektivno/kognitivno nezadovoljstvo osobe pripisanim rodom koji oslikava natalni pol. Kada se koristi kao dijagnostička kategorija, rodna disforija se preciznije definiše i specifično odnosi na **distres koji može pratiti inkongruenciju između doživljenog/izražavanog i pripisanog roda osobe**. Iako neće sve osobe osjećati distres kao rezultat ove inkongruencije, mnogi jesu zaista u distresu, naročito ukoliko su uskraćeni za medicinske intervencije u smislu hormonske/hirurške terapije [12]. **Američka psihijatrijska asocijacija (APA) smatra da je ovakva aktuelna klasifikacija više opisna i manje stigmatizujuća od ranije kategorije „poremećaja rodnog identiteta“ i da se fokusira na disforiju kao klinički problem, a ne na sam rodni identitet, dok u isto vrijeme omogućava dostupnost potrebnih medicinskih usluga.** APA posebno naglašava da **rodno nekonformiranje nije mentalni poremećaj i da je kritični element disforije prisustvo klinički značajnog**

⁴ Iako se DSM piše u Sjedinjenim Američkim Državama, gdje se najviše i upotrebljava (na našim prostorima je u upotrebi MKB), mnogi/e psihijatri/ce i psiholozi/ginje koriste ga kao priručnik i autoritativni vodič u dijagnostici mentalnih poremećaja, stoga se i ovdje ravnopravno razmatra.

distresa koji se dovodi u vezu s rodnim identitetom [13].

Kriterijumi za postavljanje dijagnoze rodne disforije kod adolescenata/ica i odraslih po DSM-V (382.85) su sljedeći [12]:

„A. Naglašena inkongruencija između lično doživljenog/izraženog i pripisanog roda, koja traje najmanje 6 mjeseci, i manifestuje se kroz najmanje dva od sljedećih kriterijuma:

1. Naglašena inkongruencija između doživljenog/izraženog roda i primarnih i/ili sekundarnih polnih karakteristika (ili kod mlađih adolescenata/ica, očekivanih sekundarnih polnih karakteristika);
2. Snažna želja da se uklone primarne i/ili sekundarne polne karakteristike zbog naglašene inkongruencije s lično doživljenim/izraženim rodom osobe (kod adolescenata/ica, želja da se prevenira razvoj očekivanih sekundarnih polnih karakteristika);
3. Snažna želja za primarnim i/ili sekundarnim polnim karakteristikama drugog roda;
4. Snažna želja da se bude drugog roda (ili nekog alternativnog roda različitog od onog pripisanog na rođenju);
5. Snažna želja da se tretira kao osoba drugog roda (ili nekog alternativnog roda različitog od onog pripisanog na rođenju);
6. Snažno uvjerenje da osoba ima osjećanja i reakcije tipične za drugi rod (ili rod različit od onog pripisanog na rođenju).

B. Ovo stanje se može povezati s klinički značajnim distresom i otežanim funkcionisanjem u društvu, na poslu ili u drugim značajnim oblastima.“

Kriterijumi za postavljanje dijagnoze rodne disforije kod djece po DSM-V (302.6) su sljedeći [12]:

„A. Naglašena inkongruencija između lično doživljenog/izraženog i pripisanog roda, koja traje najmanje 6 mjeseci, i manifestuje se kroz najmanje 6 od sljedećih kriterijuma (od kojih jedan mora biti A1):

1. Snažna želja da se bude drugog roda ili insistiranje da osoba jeste drugog roda (ili nekog alternativnog roda različitog od onog pripisanog na rođenju);
2. Kod dječaka (pripisanog muškog roda), snažna preferencija za oblačenjem u žensku garderobu; ili kod djevojčica (pripisanog ženskog roda), snažna preferencija za oblačenjem isključivo u tipično mušku garderobu i snažno protivljenje oblačenju tipično ženske garderobe;
3. Snažna preferencija da se u igrama maštanja ili fantazije bude u ulozi suprotnog roda;
4. Snažna preferencija za igračkama, igricama ili aktivnostima koje su ste-

- reotipno tipične za drugi rod;
5. Snažna preferencija za društvom drugog roda;
 6. Kod dječaka (pripisanog muškog roda), snažno odbacivanje tipično muških igračaka, igrice i aktivnosti, i izbjegavanje grubljih igara; ili kod djevojčica (pripisanog ženskog roda), snažno odbacivanje tipično ženskih igračaka, igrice i aktivnosti;
 7. Snažna odbojnost ka svojoj polnoj anatomiji;
 8. Snažna želja za primarnim i/ili sekundarnim polnim karakteristikama koje odgovaraju lično doživljenom rodu.

B. Ovo stanje se može povezati s klinički značajnim distresom i otežanim funkcionisanjem u školi, društvu, ili drugim značajnim oblastima.“

Tabela 1: Klasifikacija stanja koja se tiču rodnog identiteta u DSM-V, MKB-10 i MKB-11 [3, 4, 10, 11, 12]:

DSM-V	MKB-10	MKB-11	Komentari
Rodna disforija	Poremećaji polnog identiteta – F64 <u>Poglavlje:</u> Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja <u>Podgrupa:</u> F60-69 Poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odrasle osobe	Rodna inkongruencija <u>Poglavlje:</u> Stanja koja se odnose na seksualno zdravlje – 17	Premještena iz kategorije mentalnih poremećaja u kategoriju stanja vezanih za seksualno zdravlje jer dokazi jasno govore u prilog činjenici da ovo stanje nije mentalni poremećaj i da ranija klasifikacija doprinosi stigmatizaciji transrodnih osoba, te je zbog dostupnosti zdravstvene njege neophodno da bude kodirana u MKB-u na drugom mjestu. DSM, kako kroz naziv stanja tako i kroz kriterijume za dijagnozu, naglašava uznemirenost vezanu uz rodni identitet.

Rodna disforija kod adolescenata/ica i odraslih 302.85	Transseksualnost – F64.0	Rodna inkongruencija kod adolescenata/ica i odraslih – HA60	MKB-11: ispunjena 2 od 3 dijagnostička kriterijuma uz trajanje od najmanje nekoliko mjeseci; ne može se dijagnostikovati prije puberteta. DSM-V: ispunjena 2 od 6 dijagnostičkih kriterijuma, uz trajanje od najmanje 6 mjeseci; insistira se na klinički značajnom distresu ili otežanom društvenom, profesionalnom ili drugom za osobu značajnom funkcionisanju.
<i>Nije uključena</i>	Transvestitizam s dvostrukom ulogom – F64.1	<i>Izbrisana iz MKB-a</i>	Nije uključena u DSM-V niti u MKB-11 zbog toga što nema značaj kako u kliničkom smislu tako i za pitanja javnog zdravlja.
Rodna disforija kod djece – 302.6	Poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu – F64.2	Rodna inkongruencija kod djece – HA61	MKB: 3 kriterijuma, sva tri su neophodna za dijagnozu; trajanje od najmanje 2 godine. DSM: ispunjeno 6 od 8 dijagnostičkih kriterijuma uz trajanje od najmanje 6 mjeseci; insistira se na klinički značajnom distresu ili poteškoćama u funkcionisanju u društvu, školi ili u drugim značajnim oblastima.
Ostale specifične rodne disforije – 302.6	Ostali poremećaji rodnog identiteta – F64.8	<i>Izbrisana iz MKB-a</i>	Izbrisana iz MKB-11 kako bi se izbjegle zloupotrebe u slučajevima rodno varijantnih pacijenata/ica.
Nespecifikovana rodna disforija – 302.6	Poremećaj rodnog identiteta, nespecifikovan – F64.9	Rodna inkongruencija, nespecifikovana – HA6Z	Ostaje u MKB-11, kao rezidualna kategorija za sva „nespecifikovana“ stanja.

Za razliku od DSM-V klasifikacije, MKB-11 dijagnostički kriterijumi naglašavaju da **distres i disforija nisu neophodni za postavljanje dijagnoze rodne inkongruencije**. MKB-11 svakako prepoznaje da se, **zbog hostile društvene sredine i manjinskog stresa, rodno inkongruentne osobe mogu naći u povišenom riziku od anksioznosti i drugih psihijatrijskih simptoma, ali i riziku od socijalne izolacije, napuštanja škole i gubitka posla, narušenih ličnih odnosa, kao i povišenom riziku od nasilja i viktimizacije** [4].

Manjinski stres

Manjinski stres podrazumijeva jedinstvenu hroničnu stresnu poziciju karakterističnu za one koji/e se ne uklapaju u važeće opšteprihvaćene društvene norme. Kao i druge manjinske grupe, transrodne osobe i osobe koje se rodno ne konformiraju mogu trpjeti **hronični stres zbog izražene društvene stigmatizacije, marginalizacije, diskriminacije i viktimizacije** [14]. Ovako nepovoljne društvene okolnosti dovode do negativne percepcije selfa⁵, povišene prevalencije mentalnih poremećaja, ali i edukativne i ekonomske marginalizacije, uključujući i veću stopu nezaposlenosti među ovim osobama. Ove osobe mogu biti dodatno marginalizovane i u zdravstvenom sistemu, zbog nedostupnosti zdravstvenih usluga, ali i barijera poput nedovoljno obučenog ili nedovoljno iskusnog kadra u radu s ovom populacijom [12].

Model manjinskog stresa zasniva se na **doživljavanju stresa kako zbog „distalnih“ (spoljašnjih), tako i zbog „proksimalnih“ (subjektivnih) procesa**. Pod distalnim stresom podrazumijevaju se stvarna iskustva diskriminacije i nasilja (doživljena stigmatizacija), dok proksimalni stresni procesi zavise od individualne percepcije. Subjektivni procesi u ovom smislu uključuju internalizovanu homofobiju/transfobiju (termin koji se odnosi na stanje autostigmatizacije, u kojem osoba reflektuje negativne stavove društva prema transrodnosti ili homoseksualnosti koje je i sama usvojila te ih primjenjuje i na sebe), percipiranu stigmatizaciju (odnosi se na očekivanje da će osoba biti odbačena i diskriminisana, a koje dovodi do stanja konstantnog opreza što iziskuje veliku količinu energije i iscrpljuje osobu) i prikrivanje sopstvene seksualnosti ili rodnog identiteta [14].

Brojne studije govore u prilog ozbiljnih posljedica koje nepovoljne društvene okolnosti i stigmatizacija mogu imati na mentalno zdravlje transrodnih, transpolnih i rodno varijantnih osoba [14, 15]. Smatra se da je su upravo posljedice ovog dodatnog manjinskog stresa odgovorne za veću psihičku vulnerabilnost transrodnih osoba, te veću sklonost ka anksioznosti, depresiji i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci. Uz predrasude i diskriminaciju koju doživljavaju u društvu, opšta stigmatizacija može doprinijeti zlostavljanju i zanemarivanju i u intimnim vezama s

5 Slike o sebi.

porodicom i prijateljima/cama, što posljedično može izazvati psihološku uznemirenost. Važno je istaći da su ovi simptomi društveno indukovani i da ni u kom slučaju nisu karakteristični za transrodnost, transpolnost ili rodno nekonformiranje per se [15].

Uloga psihijatar/ica u zdravstvenoj njezi transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju

„Standardi zdravstvene njege transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju“ [15], koje kreira i izdaje Svjetska asocijacija stručnjaka/inja za trans zdravlje, sada u 7. verziji, najpoznatiji su i najrasprostranjenije korišten vodič dobre prakse u radu s transrodnim osobama, pa se i ovaj priručnik jednim dijelom vodi njime. Međutim, iako ovi standardi u mnogome olakšavaju transrodnim osobama pristup zdravstvenoj njezi, Svjetska asocijacija stručnjaka/inja za trans zdravlje, u skladu s DSM-V klasifikacijom, koristi termin rodna disforija kao dijagnostičku kategoriju i insistira na njoj u kriterijumima za pristup medicinskim uslugama tipa hormonske i hirurške terapije u procesu tranzicije. Međutim, rodno varijantne osobe i osobe koje se rodno ne konformiraju pokazuju veliku raznolikost i ne moraju nužno patiti od rodne disforije [15, 16]. Ukoliko osoba doživljava nesklad između lično doživljenog roda i na rođenju pripisanog pola, snažnu potrebu da bude tretirana (da živi i bude prihvaćena) kao osoba doživljenog roda, a pri tom se ne evidentira prisustvo toliko klinički značajnog distresa koji ometa funkcionisanje u društvu, na poslu ili u drugim značajnim oblastima (po DSM-V kriterijumima), to ne znači da osoba treba da bude uskraćena za usluge koje će joj omogućiti da svoju rodnu ulogu, izražavanje i kvalitet života unaprijedi, u skladu sa svojim osjećanjima i samoodređenjem. Iako Standardni zdravstvene njege predlažu „model informisanog pristanka“, koji omogućuje klijentima/cama veću dostupnost hormonske i hirurške terapije i nije nužno zasnovan na upućivanju od psihijatra/ice niti iziskuje procjenu psihičkog statusa pacijenta/ice [17], mišljenja smo da je neophodno ovakav sistem nadgraditi i uvesti nešto drugačiji model kao alternativu DSM dijagnostičkom modelu.

Imajući u vidu važeće klasifikacije transrodnih stanja, predviđene i potvrđene izmjene u dolazećoj MKB-11 klasifikaciji, potrebu da se transrodna stanja sagledaju van konteksta medicinske psihologizacije, ali i moguće negativne posljedice manjinskog stresa na transrodne osobe, standardne zahtjeve za procjenom psihičkog statusa i kompetentnosti pacijenata/ica za ireverzibilne medicinske intervencije, uz obavezu pružanja najvišeg dostupnog kvaliteta sveobuhvatne zdravstvene njege,

odlučili smo se za model koji kombinuje navedene struje. Model koji je u ovom odjeljku predstavljen razmatra postojanje rodne disforije, ali na njoj ne insistira, smatrajući dovoljnim stanje rodne inkongruencije i kompetentnosti pacijenta/ice da donosi informisane odluke, uz adekvatnu procjenu i prije svega podršku psihijatra/ice u ovom procesu.

Zadaci psihijatarar/ica u radu s transrodnim, transpolnim i osobama koje se rodno ne konformiraju

Razlozi za obraćanje transrodnih ili rodno varijantnih osoba psihijatru/ici mogu biti brojni, te se i zadaci psihijatarar/ica prilagođavaju potrebama pacijenta/ice. Nakon što se ustanove razlozi obraćanja pacijenta/ice, psihijatri/ce se mogu naći u ulozi dijagnostičara/ki i/ili procjenitelja/ki i onih koji/e upućuju pacijenta/icu na dalje medicinske intervencije feminizacije ili maskulinizacije; njihov zadatak može biti psihoterapijski, u vidu pomoći pacijentu/ici da istraži svoj rodni identitet i izražavanje istog, u vidu podrške pacijentu/ici u coming out-u ili podrške njegovim/njenim članovima porodice ili partneru/ici; mogu imati i ulogu u psihoterapijskom ili farmakoterapijskom pristupu rješavanja drugih problema mentalnog zdravlja nevezanih uz rod, ili pružiti bilo koju drugu profesionalnu uslugu iz opusa njihovog stručnog djelovanja [15].

Svaka pružena usluga treba da bude zasnovana na individualnoj procjeni pacijenta/ice i skrojena prema njegovim/njenim potrebama. Osoba čije rodno izražavanje nije u skladu s društveno ustaljenim shvatanjima, ne mora se nužno definisati kao transrodna ili željeti hormonsku terapiju ili hirurške intervencije u cilju prilagođavanja pola. Treba izbjegavati pretpostavke koje su u vezi sa seksualnom orijentacijom transrodne osobe s kojom komunicirate, njenom željom za hormonskom terapijom ili medicinskim tretmanom, ali i drugim aspektima njenog identiteta [1]. Pacijente/ice treba pitati koje ime i koje zamjenice koriste kada govore o sebi, te ta imena i zamjenice treba i koristiti u komunikaciji, nevezano uz to da li je pacijent/ica u procesu tranzicije, ili u kom je stadijumu tranzicije [18].

Zadaci psihijatarar/ica koji se tiču procjene, podrške i daljeg upućivanja transrodnih i transpolnih osoba

Procijeniti rodnu inkongruenciju i/ili rodnu disforiju

Uloga psihijatra/ice u procjeni rodne inkongruencije i/ili rodne disforije⁶ podrazumijeva sagledavanje rodnog identiteta pacijenta/ice u sklopu opšte biopsihosocijalne evaluacije [15].

Procjena u ovom smislu uključuje [15, 18, 19]:

- Evidentiranje postojeće rodne inkongruencije i/ili rodne disforije;
- Anamnezu rodne inkongruencije i/ili rodne disforije (istoriju i prilike u vezi s ovim stanjem: dob i okolnosti u kojima je osoba prvi put postala svjesna svoje različitosti od vršnjaka istog natalnog pola, negativni uticaj percepcije ove različitosti na samopouzdanje i samoprihvatanje, peripubertalni/pubertalni stres zbog iščekivanja/pojave neželjenih sekundarnih polnih karakteristika...);
- Evaluaciju uticaja manjinskog stresa na mentalno zdravlje (prethodna iskustva rodno zasnovane stigmatizacije, diskriminacije, marginalizacije, nasilja, zlostavljanja, zanemarivanja);
- Evaluaciju sadašnjih i dosadašnjih *coping* mehanizama, suportivnih i protektivnih faktora (individualnih faktora, podrške u porodici, među prijateljima/icama, grupama samopomoći, i sl.);
- Procjenu da rodna inkongruencija/disforija nije posljedica nekog drugog stanja ili da se ne može bolje opisati nekom drugom dijagnostičkom kategorijom;
- Utvrđivanje očekivanja pacijenta/ice od ove evaluacije, kao i utvrđivanje ciljeva i planova vezanih uz društvenu i/ili medicinsku tranziciju.

6 „Standardi zdravstvene njege transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju“ oslanjaju se na DSM-V dijagnostičke kriterijume i daju smjernice dobre prakse u skladu s ovim nozološkim entitetom. U svjetlu aktuelno potvrđene dolazeće MKB-11 klasifikacije, u ovom priručniku rodna disforija se neće smatrati neophodnim preduslovom za dalje upućivanje na hormonske i/ili hirurške intervencije u pravcu prilagođavanja pola. Takođe, jasno je da će kolege/ice ljekari/ke u svojim izvještajima još neko vrijeme biti prinuđeni/e da koriste MKB-10 klasifikaciju prilikom izdavanja nalaza, te im se preporučuje da osim dijagnoza neophodnih za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, u tekstu svih svojih nalaza izbjegavaju uvredljive i stigmatizujuće nazive stanja iz MKB-10 klasifikacije (npr. poremećaj rodnog identiteta), i da umjesto njih upotrebljavaju afirmišuće i nediskriminatorne termine poput rodne inkongruencije, kako nalaže MKB-11, ili, gdje je neophodno, i rodne disforije, u skladu s DSM-V.

Ovakva evaluacija može rezultirati u dodjeljivanju zvanične dijagnoze koja opisuje rodnu inkongruenciju/rodnu disforiju, nedodjeljivanju takve dijagnoze i/ili dodjeljivanju drugih dijagnoza koje adekvatno opisuju određene aspekte zdravlja i psihosocijalne prilagođenosti pacijenta/ice [15].

Kvalifikovani/e i kompetentni/e psihijatri/ce najpodobniji/e su da obave procjenu rodne inkongruencije/disforije. Ipak, važno je napomenuti da ovakvu procjenu, u slučaju da se kod pacijenta/ice ne evidentiraju koegzistirajući mentalni poremećaji, može dati i drugi/a u ovoj oblasti kompetentni/a zdravstveni/a radnik/ca, naročito ako je dio multidisciplinarnog tima, koji procjenjuje dostupnost feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije.

Pružiti informacije o različitim opcijama rodnog identiteta i rodnom izražavanju, kao i potencijalnim medicinskim intervencijama

Važan zadatak svih stručnjaka/inja u oblasti mentalnog zdravlja je i da edukuju pacijente/ice o raznolikosti rodnih identiteta i rodnog izražavanja, kao i različitih mogućnosti za tretiranje eventualne rodne disforije i prilagođavanje pola rodnom doživljaju/izražavanju. Psihijatar/ica može biti facilitator/ka u ovim procesima, u kojima pacijenti/ce istražuju različite opcije s ciljem da pronađu onu rodnu ulogu i njeno izražavanje koje im najviše prija, ili može da uputi pacijenta/icu drugim stručnjacima/kinjama koji/e mu/joj mogu pružiti takvu uslugu. Takvo istraživanje opcija rodnog izražavanja služi upoznavanju pacijenta/ice s kratkoročnim i dugoročnim implikacijama različitih promjena u rodnim ulogama⁷ i eventualnoj pripremi pacijenta/ice da, ukoliko je potrebno, donese validnu informisanu odluku o potencijalnim medicinskim intervencijama u procesu izražavanja roda i/ili prilagođavanja pola [15]. Kad su u pitanju oni/e pacijenti/ce koji/e ne žele da ulaze u proces prilagođavanja pola, važno je procijeniti aktuelne psihosocijalne izazove, ukoliko postoje, i zajedno s pacijentom/icom razmotriti na koji ih je način najbolje obraditi i rješavati (npr. psihoterapijom, grupnom terapijom, socijalnom podrškom, itd.) [18].

⁷ Pod ovim se podrazumijeva širok spektar implikacija, koje mogu biti psihološke, društvene, fizičke, seksualne, profesionalne, finansijske ili pak zakonske.

Psihijatar/ica mora biti upoznat/a s uslugama koje je u datom zdravstvenom sistemu moguće ostvariti, kao i načinima finansiranja tih usluga. Potrebno je informisati pacijenta/icu i o fleksibilnosti procesa tranzicije te različitim koracima koji mogu biti posve reverzibilni (npr. prilagođavanje zamjenica, imenica, načina oblačenja), **potom parcijalno reverzibilni** (npr. feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija) **i na koncu ireverzibilni** (npr. hirurške operacije prilagođavanja pola). Fleksibilnost ovog procesa je neminovna, imajući u vidu da neke osobe neće proći kroz sve ponuđene intervencije ili će izabrati da ih obavljaju drugim redoslijedom (npr. transrodni muškarac može izabrati da se podvrgne mastektomiji prije nego započne terapiju maskulinizirajućim hormonima) [15].

Procijeniti, dijagnostikovati i razmotriti terapijske mogućnosti za prateće probleme vezane uz mentalno zdravlje

Pacijenti/ce s rodnom inkongruencijom/rodnom disforijom mogu se boriti i s nekim iz širokog spektra mentalnih poremećaja, kao i svi/e drugi/e pacijenti/ce. Ovi poremećaji mogu, a ne moraju, biti vezani uz probleme rodne disforije ili se mogu javljati kao posljedica manjinskog stresa. Iako je jasno da eventualni poremećaji mentalnog zdravlja koje transrodna osoba može proživljavati nisu uzrokovani rodnom varijantnošću, uticaj ranije i aktuelne stigmatizacije ne smije se zanemariti u sklopu psihosocijalne evaluacije [18]. Potrebno je posebno obratiti pažnju na postojanje anksioznosti, depresije, samopovređivanja, opsesivno-kompulzivnih poremećaja, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, suicidalne ideacije, istoriju zlostavljanja i zanemarivanja, poremećaje u ishrani, psihotične poremećaje, kao i pervazivne razvojne poremećaje iz spektra autizma [20 – 24]. Ukoliko drugi/e članovi/ice multidisciplinarnog tima za transrodne osobe posumnjaju na eventualno postojanje ovih mentalnih poremećaja, dužni/e su pacijenta/icu uputiti psihijatru/ici radi detaljne procjene i adekvatnog tretmana. Ono što je važno procijeniti jeste da li je mentalni poremećaj adekvatno tretiran i da li ometa kompetentnost osobe da adekvatno donosi odluke ili sposobnost da se pridržava propisanih zahtjeva u toku željene terapije [22].

Neophodno je da psihijatri/ce profesionalno obave skrining za ove i druge mentalne poremećaje, i da ih, s obzirom na to da ovi poremećaji mogu

značajno komplikovati proces istraživanja rodnog identiteta i eventualne tranzicije, adekvatno obrade i uključe u opšti plan dalje terapije. Liječenje pratećih mentalnih poremećaja može u mnogome da osnaži kapacitete pacijenta/ice u procesu donošenja informisanih odluka, kao i da unaprijedi ukupni kvalitet njegovog/njenog života [15]. Tretman koegzistirajućih poremećaja iz domena mentalnog zdravlja može biti kako psihoterapijski, tako i farmakoterapijski, u skladu s važećim smjernicama za konkretna stanja.

Naglašavamo da prisustvo mentalnih poremećaja ne predstavlja nužno prepreku daljim promjenama u izražavanju rodnog identiteta, niti onemogućava dostupnost medicinskih tretmana kao što su maskulinizirajuća/feminizirajuća hormonska terapija ili hirurške intervencije, odnosno nije kontraindikacija za proces tranzicije. Svakako, važno je baviti se ovim poremećajima i tretirati ih, kako bi bili optimalno kontrolisani i stabilizovani [15].

Ukoliko je primjenjivo, procijeniti podobnost, pripremiti i uputiti na hormonsku terapiju⁸

Iako su raniji „Standardi njege“ propisivali da je neophodno dokumentovati da transrodna osoba određeni broj mjeseci „živi u rodnoj ulozi“ ili da je u obavezi da određen broj mjeseci bude uključena u psihoterapijski proces, da bi ispunila kriterijume za upućivanje na hormonsku terapiju, aktuelni stavovi ne postavljaju ovakva ograničenja [15, 25]. Neophodno je razumjeti da postoji veliki broj onih osoba koje godinama ili čak decenijama žive s rodnom inkongruencijom i/ili rodnom disforijom prije nego što se dovoljno osnaže (ili su tek sada dobile mogućnost) da se obrate stručnjaku/inji sa željom da pristupe procesu tranzicije/prilagođavanja pola. Drugi/e su, pak, promijenili/e i prilagodili/e svoje rodno izražavanje i već prilikom prvog susreta s psihijatrom/icom mogu se prezentovati u željenoj rodnoj ulozi, uz to da su možda i započeli/e hormonsku terapiju ili prošli/e kroz neke od hirurških procedura. Treći/e će za izražavanje svog rodnog identiteta možda radije sačekati nekoliko mjeseci ili čak godina na hormonskoj terapiji [26]. Pogrešno bi bilo pretpostaviti da postoji šablon i tipična prez-

⁸ Hormonsku terapiju može inicirati psihijatar/ica. Takođe, u slučaju da se kod pacijenta/ice ne nalaze koegzistirajući mentalni poremećaji, i drugi/e zdravstveni/e radnici/e koji/e su dio multidisciplinarnog tima, a kompetentni/e su da procijene prisustvo rodne disforije/inkongruencije, mogu uputiti pacijenta/icu na hormonsku terapiju.

entacija transrodnih osoba koje se javljaju za procedure prilagođavanja pola, stoga je i insistiranje na dokazivanju življenja u željenoj rodnoj ulozi postalo izlišno i nepotrebno. Sve ove različitosti moraju se prepoznati i individualne okolnosti adekvatno sagledati u cjelovitom planu tretmana. Implementacija plana tranzicije zavisice od potreba pacijenta/ice, njegovih/njenih životnih okolnosti, koraka koji su do tog trenutka preduzeti, kao i procjene koliko su uspješni/e bili/e u konsolidovanju svoje rodne uloge.

„Standardni zdravstvene njege za transrodne, transpolne osobe i osobe koje se rodno ne konformiraju“ [15] predviđaju sljedeće kriterijume za upućivanje na hormonsku terapiju:

1. Perzistentna, posebno dokumentovana rodna disforija/inkongruencija;
2. Kapacitet da se donese validna odluka i potpuno informisani pristanak na tretman;
3. Punoljetstvo pacijenta/ice u datoj zemlji;
4. Ukoliko su prisutni značajni medicinski ili mentalni problemi, oni moraju biti kontrolisani na odgovarajući način.

Odluka o hormonskoj terapiji je samo i isključivo pitanje izbora samog/e pacijenta/ice, kao i sve druge odluke koje donosi u vezi sa svojim zdravljem i tijelom. Ipak, u ovom procesu važna je i **uloga psihijatra/ice koji/a treba da pacijenta/icu adekvatno informiše, da mu/joj pomogne u donošenju odluka i pripremi za dalje korake.** Istraživanja pokazuju da se primjena hormonske terapije kod transrodnih osoba dovodi u vezu s nižim stepenom anksioznosti i depresije te da može uticati na poboljšanje psihičkog statusa i uopšte kvaliteta života [18, 27, 28]. Stoga je važno da se ova procjena i upućivanje pacijenta/ice na medicinske usluge tipa feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije izvrši posvećeno i bez odlaganja.

„Standardni zdravstvene njege za transrodne, transpolne osobe i osobe koje se rodno ne konformiraju“ [15] predviđaju da izvještaj za upućivanje na feminizirajuću/maskulinizirajuću hormonsku terapiju treba da sadrži sljedeće:

1. Opšte karakteristike pacijenta/ice, s osvrtom na njegov/njen rodni identitet i izražavanje;

2. Nalaz biopsihosocijalne procjene pacijenta/ice, uključujući i sve evidentirane dijagnoze;
3. Trajanje i prirodu odnosa s pacijentom/icom, uključujući i vrstu procjene i pružene terapije ili savjetovanja (npr. pacijent/ica od maja 2018. godine dolazi kod psihijatra/ice radi savjetovanja i suportivne terapije zbog prisutne rodne inkongruencije i pripreme za hormonsku terapiju u procesu tranzicije...);
4. Izjavu da pacijent/ica ispunjava kriterijume za upućivanje na hormonsku terapiju i kratak opis kliničkog obrazloženja za podršku zahtjeva pacijenta/ice za hormonskom terapijom;
5. Izjavu da je pacijent/ica dao/la informisani pristanak;
6. Izjavu da je stručna osoba koja upućuje pacijenta/icu dostupna drugim članovima/icama multidisciplinarnog tima za dalje konsultacije.

Ukoliko je primjenjivo, procijeniti podobnost, pripremiti i uputiti na hirurške intervencije

Odluka o pristupanju hirurškim intervencijama je samo i isključivo pitanje izbora samog/e pacijenta/ice, kao i sve druge odluke koje donosi u vezi sa svojim tijelom i zdravljem. Uloga psihijatra/ice u ovom procesu je da pacijenta/icu adekvatno informiše, da mu/joj pomogne u donošenju odluka i pripremi za dalje korake.

Psihijatri/ce mogu pacijentima/cama koji/e razmatraju pristupanje hirurškim intervencijama prilagođavanja pola pomoći da budu psihički i praktično spremni/e. Psihička priprema se odnosi na donošenje potpuno informisane odluke uz jasna i realna očekivanja od intervencije, saradljivost tokom sveobuhvatnog terapijskog plana, uključivanje porodice i prijatelja/ica kao podrške ukoliko je moguće. Praktična priprema se odnosi npr. na informisanje o načinu na koji će operacija biti izvedena, ko će biti uključen u operaciju, šta se očekuje od postoperativnog toka, kao i pripremu za postoperativnu njegu i oporavak. Kod pacijenata/ica u reproduktivnoj dobi, neophodno je (uz konsultaciju s odgovarajućim/om specijalistom/kinjom) razmotriti opcije vezane uz mogućnosti za prokreaciju prije nego se pristupi operaciji genitalija [15].

„Standardni zdravstvene njege za transrodne, transpolne osobe i osobe

koje se rodno ne konformiraju“ predviđaju sljedeće kriterijume za psihijatrijsku procjenu i upućivanje na hirurške intervencije:

1. Perzistentna, posebno dokumentovana rodna disforija/inkongruencija;
2. Kapacitet da se donese validna odluka i potpuno informisani pristanak na tretman;
3. Punoljetstvo klijenta u datoj zemlji;
4. Ukoliko su prisutni značajni medicinski ili mentalni problemi, oni moraju biti kontrolisani na odgovarajući način.

Procjena i upućivanje pacijenta/ice na hirurške intervencije treba da se izvrši posvećeno, pažljivo i uvremenjeno, kako bi se pružila adekvatna medicinska usluga i zdravstvena njega.

U skladu sa „Standardima zdravstvene njege za transrodne, transpolne osobe i osobe koje se rodno ne konformiraju“ [15], hirurški tretmani rodne disforije/inkongruencije mogu se započeti nakon uputa psihijatra/ice i/ili kvalifikovanog/e zdravstvenog/e radnika/ice u oblasti mentalnog zdravlja. Za operaciju grudi (npr. mastektomija, rekonstrukcija grudi ili augmentaciona mamoplastika – uvećanje grudi) dovoljan je jedan uput psihijatra/ice. Za operaciju genitalija (npr. histerektomija/salpingo-ooforektomija, orhiektomija, rekonstruktivne operacije genitalija) preporučuje se pribaviti dva uputa od nezavisnih kvalifikovanih zdravstvenih radnika/ica u oblasti mentalnog zdravlja, npr. jedan od psihijatra/ice, drugi od psihologa/inje ili psihoterapeuta/kinje⁹. Očekuje se da oba uputa obuhvate iste stavke, kako je niže i navedeno.

„Standardni zdravstvene njege za transrodne, transpolne osobe i osobe koje se rodno ne konformiraju“ [15] predviđaju da izvještaj kvalifikovanih stručnjaka/inja u oblasti mentalnog zdravlja za upućivanje na hirurške intervencije treba da sadrži sljedeće:

1. Opšte karakteristike pacijenta/ice, s osvrtom na njegov/njen rodni identitet i izražavanje;
2. Nalaz biopsihosocijalne procjene pacijenta/ice, uključujući i sve evidentirane dijagnoze;
3. Trajanje i prirodu odnosa s pacijentom/icom, uključujući i vrstu proc-

⁹ Oba uputa mogu biti napisana na jednom izvještaju, uz potpisana/e oba/e stručnjaka/inje ukoliko npr. rade u okviru iste klinike.

jene i pružene terapije ili savjetovanja (npr. pacijent/ica od maja 2018. godine dolazi kod psihijatra/ice radi savjetovanja i suportivne terapije zbog prisutne rodne inkongruencije i pripreme za hirurške intervencije u procesu tranzicije...);

4. Izjavu da pacijent/ica ispunjava kriterijume za upućivanje na operaciju i kratak opis kliničkog obrazloženja za podršku zahtjeva pacijenta/ice za operacijom;
5. Izjavu da je pacijent/ica dao/la informisani pristanak;
6. Izjavu da je stručna osoba koja upućuje pacijenta/icu dostupna drugim članovima/icama multidisciplinarnog tima za dalje konsultacije.

Postoperativna njega i praćenje

Dosljedna postoperativna njega i praćenje nakon medicinskih intervencija prilagođavanja pola i rodnog izražavanja **značajno doprinose boljim kako hirurškim, tako i psihosocijalnim ishodima**. Revijalni prikazi dostupne literature prikazuju brojne benefite operacija u procesu prilagođavanja pola, i izuzetno nisku stopu kajanja zbog ovih intervencija [22]. Sistematske i meta-analize nekih studija zaključuju da oko 80% pacijenata/ica navodi da se nakon ovih intervencija osjećaju subjektivno bolje, u smislu olakšanja rodne disforije, boljeg kvaliteta života, zadovoljstva svojim psihičkim stanjem, dok druge studije, pak, sugerišu visoku incidencu psihijatrijskih komorbiditeta i stope suicida i nakon operativnog prilagođavanja pola [20].

Svi/e članovi/ice multidisciplinarnog tima treba da insistiraju na značaju postoperativnog praćenja i kontinuiteta zdravstvene njege. S obzirom na to da stručnjaci/kinje u oblasti mentalnog zdravlja uglavnom provedu s pacijentom/icom više vremena od ostalih članova/ica multidisciplinarnog tima (istražujući rodne pozicije, rodno izražavanje, praveći planove intervencija i usklađujući očekivanja od istih), time pacijenta/icu i najbolje upoznaju, pa su u dobroj poziciji da procijene i pruže pomoć u slučaju nekih poteškoća u postoperativnom prilagođavanju [15]. Ovo nikako ne znači da se kod postoperativnih pacijenata/ica očekuju problemi u domenu mentalnog zdravlja koji iziskuju kontinuirani monitoring, već prije svega upućuje na **suportivnu ulogu psihijatara/ica i psihologa/inja u cjelokupnom procesu, u toku i nakon medicinskih intervencija**. Podrška, prevencija i skrining značajni su u očuvanju kako tjelesnog, tako i mentalnog zdravlja svih ljudi, pa i transrodnih osoba.

Ostali zadaci psihijatar/ica u odnosu na transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju

Psihijatar/ica može imati važnu ulogu u **edukaciji građanstva o pitanjima rodne varijantnosti i nekonformiranja**. Takođe se može naći i u ulozi **zastupnika/ce svog/svoje pacijenta/ice**, u smislu da bude **facilitator/ka, medijator/ka i edukator/ka u odnosima s profesorima/kama, administrativnom službom, službom ljudskih resursa, menadžerima/kama i poslodavcima/kama zaposlenih, kao i predstavnicima/cama drugih organizacija i institucija** [15].

Treba imati u vidu da, za osobe koje istražuju pitanja rodne varijantnosti, iskustvo u **grupama samopodrške** za transpolne, transrodne i osobe koje se rodno ne konformiraju može biti od izuzetne koristi. U tom smislu, osim savjetodavnog i psihoterapijskog rada, psihijatar/ica može ohrabriti pacijente/ice da učestvuju u aktivnostima zajednice, u grupama samopomoći i samopodrške te ih uputiti na civilni sektor i organizacije s kompetencijom u ovim oblastima [1, 15].

Etički aspekti psihijatrije vezani uz zdravstvenu njegu transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju

Dugi niz godina su psihijatri/ce igrali/e ulogu „čuvara/ki kapije“ zdravstvenog sistema i usluga koje se tiču prilagođavanja pola. Navodno je ovakva uloga imala preventivnu svrhu, kako bi se smanjila incidenca post-tranzicionog kajanja, naročito nakon ireverzibilnih intervencija. U mnogim državama, transrodne osobe koje su imale potrebu za tranzicijom morale su dokazivati psihijatrima/cama da su „istinski transrodne“ i da su kao takvi/e dovoljno dugo živjeli/e u željenoj rodnoj ulozi, kako bi se kvalifikovali/e za neophodne zdravstvene usluge u procesu tranzicije. Upravo je ovakva uloga psihijatara/ica kao „čuvara/ki kapije“ doprinijela tenzijama između stručnjaka/inja u oblasti mentalnog zdravlja i aktivističkih udruženja koja se bave ljudskim pravima LGBT osoba. Danas znamo da je ovakav pristup bio pogrešan, jer mnoge osobe koje žele pristupiti tranziciji ne pate od mentalnih poremećaja, te je insistiranje na dugoročnoj psihijatrijskoj procjeni i dokazivanju transrodnosti nepotreban i opterećujući zahtjev [19].

Među kontraverzama iz prošlosti svakako su i pokušaji da se promijeni rodni identitet i izražavanje transrodnih osoba, kako bi bili u skladu s natalnim polom. Ovakvi pokušaji bili su bez uspjeha, naročito na duže staze i danas se bilo kakav pokušaj ovakvih intervencija smatra neetičnim [15, 29]. Savremeni pristup rodnoj disforiji/inkongruenciji fokusira se na načine kojima se rodno izražavanje, društvena uloga i tijelo usklađuju s potrebama osobe, a nikako pokušaje da se izmijeni nečije samoodređenje [19].

Psihijatar/ica koji/a radi s transrodnim osobama i osobama koje se rodno ne konformiraju mora imati licencu za rad u skladu sa zahtjevima matične države i mora se pridržavati važećih nacionalnih i internacionalnih kodeksa medicinske etike i deontologije, kao što se očekuje i u radu sa svim drugim pacijentima/cama.

Psihijatar/ica mora biti introspektivan/na te svjestan/na svog eventualnog neiskustva, nelagode ili potencijalno diskriminatornog ponašanja u radu s ovim pacijentima/cama, kako bi se izbjegla patologizacija, stereotipizacija i stigmatizacija ovih osoba ili čak i pokušaji da se

promijeni njihov rodni identitet i/ili seksualna orijentacija. Svaki rad, savjetovanje ili terapija koji se nude transrodnim osobama treba da budu usmjereni isključivo na podršku i afirmativni prema rodnoj varijantnosti. Ukoliko psihijatar/ica procijeni da nije u mogućnosti da, u ovom smislu, svoj posao obavlja na adekvatan način, u obavezi je da pacijenta/icu uputi kolegi/ci koji/a bi bio/la kompetentniji/a u ovoj oblasti [1, 15].

Procjena i terapija rodne inkongruencije/disforije kod djece i adolescenata/ica

Procjenom, terapijom i daljim upućivanjem djece i adolescenata/ica s rodnom inkongruencijom i/ili disforijom treba da se bave isključivo **stručnjaci/kinje u oblasti mentalnog zdravlja, edukovani/e i kompetentni/e u oblasti razvojne psihopatologije, s uskom specijalizacijom u oblasti dječije i adolescentske psihijatrije/psihologije**, kako bi na adekvatan način mogli/e dijagnostikovati i tretirati kako rodnu problematiku, tako i ostala stanja od značaja za mentalno zdravlje ove populacije.

Za psihijatra/icu je važno da autentičnu rodnu inkongruenciju i/ili disforiju u djetinjstvu/adolescenciji razluči od drugih stanja i situacija, kao što su post-traumatske reakcije praćene snažnom željom da se bude drugog roda kako bi se izbjegle negativne okolnosti svog pripisanog roda (npr. poslije seksualnog zlostavljanja) ili epifenomena u nekim mentalnim poremećajima, kakvi mogu biti psihotični poremećaji. U slučajevima kada dijete doživljava rodnu inkongruenciju i/ili disforiju i u periodima remisije psihotičnih simptoma, psihoza i rodna inkongruencija/disforija mogu se dijagnostikovati uporedo kao zasebni entiteti [19].

Zadaci dječijih psihijatara/ica u radu s djecom i adolescentima/cama s rodnom inkongruencijom i/ili disforijom

„Standardi zdravstvene njege transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju“ [15] u poglavlju o procjeni i tretmanu djece i adolescenata/ica s rodnom disforijom opisuju sljedeće zadatke stručnjaka/inja u oblasti mentalnog zdravlja u radu s djecom i adolescentima/cama:

- Procijeniti postojanje rodne inkongruencije i/ili disforije kod djece i adolescenata/ica;
- Pružiti porodično savjetovanje i suportivnu psihoterapiju kako bi se djeci i adolescentima/cama pomoglo u istraživanju svog identiteta, i/ili umanjio distress vezan uz rodnu disforiju ili drugu psihosocijalnu problematiku;
- Procijeniti i liječiti bilo koji koegzistirajući mentalni poremećaj kod djece i adolescenata/ica, u sklopu sveobuhvatnog terapijskog plana;
- Zastupati svoje rodno inkongruentne pacijente/ice i njihove porodice i

edukovati zajednicu o temi rodne varijantnosti (npr. u vrtićima, školama, sportskim timovima). Ovaj zadatak je naročito važan imajući u vidu da su djeca i adolescenti/ce koji/e se rodno ne konformiraju često izloženi/e zlostavljanju u školskom okruženju, što ih stavlja u povišen rizik od socijalne izolacije, depresije i drugih negativnih posljedica po mentalno zdravlje;

- Pružiti djeci, adolescentima/cama i njihovim porodicama dodatne informacije i uputiti ih na grupe samopodrške (npr. grupe podrške za roditelje rodno varijantne djece i djece koja se rodno ne konformiraju);
- Ukoliko je potrebno, uputiti adolescente/ice na dodatne medicinske intervencije u cilju tretiranja rodne disforije (npr. hormoni u terapiji supresije puberteta).

Uloga dječijih psihijatarar/ica i psihologa/inja u radu s djecom i adolescentima/cama s rodnom inkongruencijom i/ili disforijom

„Standardi zdravstvene njege transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju“ [15] daju sljedeće smjernice kad je u pitanju uloga stručnjaka/inja u oblasti mentalnog zdravlja s djecom i adolescentima/cama:

- Porodica igra važnu ulogu u očuvanju psihičkog zdravlja i blagostanja djece i adolescenata/ica. Psihijatri/ce treba da pomognu porodicama da se na prihvatajući i njegujući način odnose prema svom djetetu s rodnom inkongruencijom (ovo se odnosi i na vršnjake/inje i mentore/ke iz zajednice, koji/e mogu biti važan izvor društvene podrške). Takođe, porodicama je potrebno pružiti podršku u suočavanju s neizvjesnim ishodima psihosocijalnih procesa kod njihovog djeteta i adolescenta/ice, i u toj neizvjesnosti pomoći mladima da razviju pozitivnu sliku o sebi.
- Stručnjaci/kinje u oblasti mentalnog zdravlja ne trebaju da nameću binarni koncept shvatanja roda. Njihova uloga je da pomognu pacijentima/cama da istraže različite mogućnosti rodnog izražavanja.
- Svaka psihoterapija treba da ima za cilj smanjenje distresa i prevazilaženje drugih psihosocijalnih poteškoća vezanih uz rodnu inkongruenciju kod djece i adolescenata/ica. Kod mladih osoba koje žele da, u za to predviđeno vrijeme, prođu kroz proces prilagođavanja pola, psihoterapija se može fokusirati na podršku prije, tokom i nakon prilagođavanja.
- Pacijentima/cama i njihovim porodicama treba pružiti podršku i u ulozi edukatora/ki, zastupnika/ca i zaštitnika/ca njihovih prava u za njih

značajnim društvenim relacijama – s članovima/icama zajednice ili s autoritetima poput nastavnika/ca, školskih odbora, pravosudnih institucija.

- Treba nastojati da se terapijski odnos s djecom i adolescentima/cama koji/e se rodno ne konformiraju i njihovim porodicama održi kroz sve naredne socijalne promjene ili fizičke intervencije u procesu tranzicije. Na ovaj način, kroz dugoročno praćenje, ljekar/ka i pacijent/ica (porodica pacijenta/ice) formiraju relaciju u kojoj mogu da promišljeno i iznova pažljivo razmatraju odluke o rodnom izražavanju i daljem tretmanu rodne inkongruencije/disforije.

Uloga dječijih psihologa/inja i psihijatara/ica u radu s prepubertetskom djecom koja se rodno ne konformiraju

Prezentacija i potrebe prepubertetske djece s rodnom inkongruencijom značajno se razlikuju od osoba kod kojih se rodna inkongruencija prvi put javlja u adolescenciji ili odrasloj dobi, stoga se različito i razmatraju i tretiraju. Većina osoba s rodnom inkongruencijom u djetinjstvu odraste u cisrodne (ne transrodne) osobe istopolne seksualne orijentacije [30]. S druge strane, istraživanja pokazuju i da mnogi odrasli transrodni muškarci nisu imali rodnu inkongruenciju u djetinjstvu, niti klinički značajnu rodnu disforiju prije puberteta [31]. Stoga je važno znati da dijete koje se prije puberteta prezentuje s rodnom inkongruencijom ne mora razviti isto stanje i u odrasloj dobi, niti se rodna inkongruencija kod odraslih i adolescenata/ica nužno razvija iz istog stanja u djetinjstvu [30]. Nekonformiranje sa stereotipnim rodnom ulogama, kao što je npr. „muškobanjasto“ ponašanje djevojčica ili „ženskasto“ ponašanje dječaka, ne smatra se rodnom inkongruencijom u djetinjstvu, niti ispunjava kriterijume za ovu nozološku kategoriju. Velika većina djece s ovakvom rodnom varijantnošću osjeća se komforno u svom tijelu i pripisanom rodu, te takva i ostaju kroz adolescenciju i odraslo doba [19].

Psihološke i socijalne intervencije u radu s prepubertetskom djecom

U radu s rodnom inkongruencijom u djetinjstvu preporučuje se isključivo suportivni i psihoterapijski pristup, dok se hormonske i hirurške intervencije ne sprovode [15, 19, 30].

Tri su dominantne struje u terapiji [19, 22, 30]:

- Prva polazi od činjenice da će rodna inkongruencija kod većine djece popustiti ili potpuno iščeznuti do puberteta, kao i da je takav ishod poželjan, s obzirom na stigmatizaciju i često neki vid doživotnog medicinskog tretmana za perzistentnu rodnu inkongruenciju [30]. Ovaj pristup bazira se na pretpostavci da se samopouzdanje djeteta najbolje može ojačati njegovom/njenom dobrom društvenom integracijom, koja uključuje pozitivne odnose s vršnjacima/kinjama istog roda i neodstupanje od rodne tipičnosti [19]. Stoga zagovornici/e ovog pristupa preporučuju da se rodna disforija u djetinjstvu tretira tako što će se podsticati natalni rod [22, 30], u smislu da se „indukuje“ prestanak rodne disforije prije adolescencije. Ipak, nema empirijskih dokaza da je ova pretpostavka realna i da bilo koja intervencija može podstaći prirodni prestanak ili progresiju rodne inkongruencije.
- Druga preporučuje afirmativni pristup transrodnosti kod djece, pri čemu se društvena tranzicija u željenu rodnu ulogu može započeti od 4. godine. Hormonska terapija može se propisati kasnije u cilju supresije puberteta i neželjenih sekundarnih polnih karakteristika natalnog roda, ukoliko rodna inkongruencija do tada perzistira [22, 30]. Logička podloga za podršku tranzicije prije puberteta jeste pretpostavka da će rodna inkongruencija za neku djecu biti trajno stanje, da se ova djeca mogu pouzdano identifikovati, pa ovakav pristup podržava davanje mogućnosti roditeljima da se odluče za ranu tranziciju [19]. Ova tranzicija isključivo je socijalna, bez medicinskih intervencija u djetinjstvu, i njene pristalice pretpostavljaju da se ona djeca koja uđu u proces tranzicije, a za koju se kasnije ispostavi da više ne osjećaju rodnu inkongruenciju, te da su cisrodna, mogu „vratiti“ u svoj natalni rod bez negativnih posljedica. Empirijskih dokaza za ove pretpostavke, međutim, nema [19, 30], a individualni prikazi slučaja pokazuju da „vraćanje u natalni rod“ može biti komplikovano i praćeno nepovoljnim ishodima [19].
- Treća, neutralna, ne targetira ishod rodnog identiteta niti se bavi korekcijom ili podržavanjem rodno-atipičnog ponašanja. Cilj ovakvog terapijskog pristupa je da se dozvoli da se razvojni put rodnog identiteta odigra prirodno, bez podsticanja ili ohrabrivanja jednog specifičnog ishoda [19]. Ovakav pristup zasniva se na činjenici da većina rodnih inkongruencija i/ili disforija u djetinjstvu ne perzistira do adolescencije i kasnije, a kako pouzdanih prediktivnih markera nema, kojima bismo predvidjeli kod

koga će rodna inkongruencija/disforija perzistirati, a kod koga neće, tako nema ni terapijskog cilja, u smislu ishoda željenog roda [19, 30].

Neutralan pristup ovog tipa ima za cilj da ne naruši samopouzdanje djeteta, dok pruža podršku i djeci i roditeljima, i eventualno interveniše u zajednici kako bi se izbjegli potencijalni društveni rizici. Takođe, neki vidovi kognitivno-bihejvioralne ili racionalno-emotivno-bihejvioralne terapije mogu biti dobra intervencija u radu s djetetom kako bi se bolje nosilo s društvenom stigmom rodne varijantnosti [19].

S obzirom na mali broj istraživanja i definitivnih saznanja o transrodnosti u najranijoj dobi i ishodima u kasnijem životu, teško je zauzeti određeni terapijski pravac i biti siguran/na da se radi u najboljem interesu djeteta [19]. U praksi se uglavnom zauzima treći, tj. neutralni pristup, eventualno uz kombinaciju s drugim pristupom, zavisno od djeteta. Oni/e kod kojih rodna inkongruencija perzistira, u adolescenciji će započeti medicinske intervencije u procesu tranzicije, dok će se onima koji/e budu odrastali/e u cisrodne adolescente/ice pružiti pomoć u ponovnom prilagođavanju svom natalnom rodu, ukoliko su već prošli/e kroz socijalnu tranziciju [30].

Uloga dječijih psihijatara/ica u radu s adolescentima/cama s rodnom inkongruencijom

Psihijatrijska i psihodijagnostička procjena rodne inkongruencije/disforije kod adolescenata/ica treba da istraži prirodu i karakteristike rodnog identiteta, ali i njegovo/njeno emotivno i intelektualno funkcionisanje, postignuća, odnose s vršnjacima/kinjama i drugim važnim osobama, kao i porodično funkcionisanje [15]. Kod onih adolescenata/ica kod kojih se rodna inkongruencija javlja odskora, potrebno je ispitati da li se potreba za promjenom rodnog izražavanja ili prilagođavanjem pola javlja u kontekstu trauma ili mentalnih poremećaja poput shizofrenije ili depresivne epizode s psihotičnim elementima, koji bi mogli da uzrokuju konfuziju o rodu. Ukoliko je takva psihopatologija prisutna, ona se mora razmotriti u procjeni potrebe adolescenta/ice za tranzicijom. Važno je znati da prisustvo ove ozbiljne psihopatologije ne sprječava nužno proces tranzicije, ali sugerise da ne treba žuriti s dijagnostikovanjem rodne inkongruencije kao i da treba navedene mentalne poremećaje adekvatno kontrolisati kako ne bi nepovoljno uticali na dalji plan bezbjedne tranzicije [19].

Fazu procjene inkongruencije/disforije kod adolescenata/ica treba iskoristiti i da se oni/e i njihove porodice detaljno informišu o mogućnostima i ograničenjima terapijskih opcija. Osim što je ovaj korak neophodan za validan informisani pristanak, također može biti važan i u samoj procjeni. Način na koji adolescenti/ce reaguju na informacije o stvarnoj mogućnosti prilagođavanja pola može poslužiti i u dijagnostičke svrhe, u slučajevima da je njihova želja za tranzicijom bila zasnovana na nerealnim očekivanjima [15].

Fizičke intervencije kod adolescenata/ica

Nakon procesa ekstenzivne psihosocijalne procjene koja može trajati različito dugo, u zavisnosti od kompleksnosti svakog individualnog slučaja, može se pristupiti razmatranju eventualnih fizičkih intervencija kod adolescenata/ica. Fizičke intervencije u ovom smislu moraju se razmatrati s ciljem najboljeg razvojnog interesa adolescenta/ice [15].

Fizičke intervencije za adolescente/ice u tretmanu rodne inkongruencije mogu se podijeliti u tri kategorije ili faze [15, 19, 32]:

Potpuno reverzibilne intervencije podrazumijevaju primjenu hormona koji bi suprimirali pubertet i prevenirali ili minimizirali razvoj za adolescenta/icu neželjenih sekundarnih polnih karakteristika. Uskraćivanje adolescenata/ica za ovu terapijsku mogućnost nije neutralna opcija, s obzirom na to da takvo uskraćivanje može prolongirati distres, a pojava promjena karakterističnih za natalni pol u pubertetu može doprinijeti izgledu atipičnom za doživljeni i izraženi rod, što može provocirati stigmatizaciju i zlostavljanje. Aktuelni stavovi u terapiji sugerišu da suspenzija puberteta može trajati do nekoliko godina, što daje vremena pacijentima/cama da, u saradnji sa zdravstvenim radnicima/cama, donesu odluku da li će se vratiti na život u rodnoj ulozi natalnog pola ili će pak nastaviti rodnu tranziciju upotrebom feminizirajuće/maskulinizirajuće hormonske terapije. Supresija puberteta, dakle, ne mora nužno da vodi do pune društvene tranzicije i prilagođavanja pola. Ipak, treba imati u vidu da ni sprječavanje ni dozvoljavanje puberteta nisu neutralne intervencije. S jedne strane, dalje funkcionisanje osobe može biti kompromitovano nepovratnim razvojem sekundarnih polnih karakteristika i produživanjem i produžavanjem intenzivne rodne disforije. S druge strane, postoji bojazan da upotreba terapije u supresiji puberteta može imati negativne

efekte na fizičko zdravlje, u smislu razvoja kostiju i visine.

Minimum kriterijuma za upućivanje na hormonsku terapiju supresije puberteta:

- Adolescent/ica pokazuje dugotrajni intenzivan obrazac rodne inkongruencije ili rodne disforije;
- Rodna inkongruencija/disforija javila se ili pogoršala u periodu početka puberteta;
- Bilo koja koegzistirajući psihološka, medicinska ili socijalna problematika koja bi mogla negativno da utiče na pridržavanje protokola i ishod tretmana mora biti obrađena i riješena na zadovoljavajući način, u smislu da su opšte stanje i funkcionisanje adolescenta/ice dovoljno stabilni da se može započeti tretman;
- Adolescent/ica je ili su roditelji/staratelji (kada je adolescent/ica maloljetan/na) dali svoj informisani pristanak na terapiju, i uključeni su u podršku adolescentu/ici tokom terapijskog procesa.

Djelimično reverzibilne intervencije uključuju hormonsku terapiju u cilju feminizacije ili maskulinizacije tijela. Nema podataka o tome kada bi bilo najbolje ove intervencije započeti, ali se svakako zahtijeva informisani pristanak roditelja, u slučaju da adolescent/ica nije punoljetan/na.

Ireverzibilne intervencije su hirurške procedure, kojima ne bi trebalo pristupati prije nego pacijenti/ce postanu punoljetni/e, i prije nego su najmanje 12 mjeseci živjeli/e u rodnoj ulozi koja je u skladu s njihovim rodnim identitetom. Na punoljetstvo u ovom slučaju treba gledati kao na minimalni kriterijum, a ne kao na indikaciju za hiruršku intervenciju.

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. Dacić J, Dakić T, Popović-Samardžić M. Vodič dobre prakse za medicinske radnike/ce u radu sa LGBT osobama, 3. Izdanje. 2015. Juventas, Podgorica, Crna Gora
2. Moleiro C, Pinto N. Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in Psychology*. 2015;6:1511. doi:10.3389/fpsyg.2015.01511.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. [Svjetska zdravstvena organizacija. 10. revizija Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Verzija na maternjem jeziku dostupna na: <http://www.batut.org.rs/download/MKB102010Knjiga1.pdf>]
4. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 2016;15(3):205-221. doi:10.1002/wps.20354.
5. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). 18 June 2018 Geneva. Dostupno online na: [http://www.who.int/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
6. ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die. Dostupno online na: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>
7. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:568-77. doi: 10.3109/09540261.2012.741575
8. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011;10(2):86-92.
9. European Parliament. European Parliament resolution of 28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations. P7_TA(2011)0427. Dostupno online na: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+PDF+V0//EN>
10. WHO. HA60 Gender incongruence of adolescence or adulthood. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2018. Dostupno online na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f90875286>
11. WHO. HA61 Gender incongruence of childhood. ICD-11 for Mortality and

- Morbidity Statistics. 2018. Dostupno online na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fententy%2f344733949>
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
 13. American Psychiatric Association. Gender dysphoria. American psychiatric publishing, Washington, DC. 2013. Dostupno online na: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf
 14. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Dostupno online na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64810/>
 15. WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Non-Conforming People, 7 th Version, 2011 [25 May, 2012]. Dostupno online na: <http://www.wpath.org/>.
 16. Royal College of Psychiatrists. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. College Report CR181. October 2013, London. Dostupno online na: https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR181_Nov15.pdf
 17. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018; 58 (1): 72-92. doi: 10.1177/0022167817745217
 18. Byne W, Karasic DH, Coleman E, et al. Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists. *Transgender Health*. 2018;3(1):57-73. doi:10.1089/trgh.2017.0053.
 19. Drescher J, Byne W. Chapter 21.4. Gender Identity, Gender Variance, and Gender Dysphoria. In: *Comprehenisve Textbook of Psychiatry*, X ed. (Saddock BJ, Saddockl VA, Ruiz PR; eds). Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 2017.
 20. Meijer JH, Eeckhout GM, van Vlerken RH, de Vries AL. Gender dysphoria and co-existing psychosis: review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*. 2017;4(2):106–114. doi: 10.1089/lgbt.2016.0133
 21. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Janssen A. Gender dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: review, case examples, and treatment considerations. *LGBT Health*. 2014;1(4):277–282. doi: 10.1089/lgbt.2013.0045
 22. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex*

- Behav. 2012;41(4):759–796. doi: 10.1007/s10508-012-9975-x
23. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, et al. 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
 24. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, et al. 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
 25. Selvaggi G, Dhejne C, Landen M, Elander A. The 2011 WPATH Standards of Care and Penile Reconstruction in Female-to-Male Transsexual Individuals. *Advances in Urology*. 2012;2012:581712. doi:10.1155/2012/581712.
 26. Royal College of Psychiatrists. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. College Report CR181. October 2013, London. Dostupno online na: https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR181_Nov15.pdf
 27. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, et al. Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201:996–1000. doi: 10.1097/NMD.0000000000000046
 28. Gomez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, et al. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37 (5):662–670. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.010.
 29. Gelder MG, Marks IM. Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In: *Transsexualism and sex reassignment*. (Green R, Money J; eds.). University Press, Baltimore, MD: Johns Hopkins. 1969: 383–413.
 30. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):297-304. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00586-6.
 31. Nieder TO, Herff M, Cerwenka S, et al. Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *J Sex Med*. 2011;8(3): 783–91. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02142.x
 32. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2009; 94(9):3132-54. doi: 10.1210/jc.2009-0345.

ENDOKRINOLOŠKA DIJAGNOSTIKA I TERAPIJA TRANSRODNIH OSOBA

prim. dr. spec. Velimir Altabas
Zavod za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma „Mladen Sekso“
Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb

Medicinska nužnost endokrinološke terapije

Terapija sredstvima koja imaju feminizirajući ili maskulinizirajući učinak radi izazivanja adekvatnih promjena sekundarnih spolnih karakteristika jedna je od važnih medicinskih intervencija tijekom procesa tranzicije. Postoje različite tvari koje se mogu ordinirati radi postizanja navedenog cilja, po svojoj strukturi uglavnom je riječ o hormonima, premda ima i drugačijih tvari (koje ipak imaju i hormonalne učinke). Zbog toga se u ovom tekstu umjesto termina hormonalna terapija upotrebljava endokrinološka terapija kao širi i sveobuhvatan pojam. Naziv hormonalna terapija ostao je rezerviran za liječenje koje se provodi isključivo primjenom hormona.

Navedena terapija je blagotvorna intervencija za mnoge transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe s rodnom disforijom, međutim, potrebno je individualno procijeniti način na koji će ona biti provedena, kao i postoje li neke značajne kontraindikacije koje mogu dovesti do toga da rizici ovog liječenja nadmašuju njegovu korist. Sve odluke koje se donose prilikom uvođenja i daljnjeg praćenja liječenja trebaju biti strogo individualne i u dogovoru s medicinskim potrebama, ali i socijalnim i ekonomskim potrebama i mogućnostima transrodnih osoba. Pri tome treba uzeti u obzir da socijalna uloga transrodnih osoba može u značajnoj mjeri utjecati na medicinske odluke o izboru vrste i doze lijekova. Hormonska terapija može u značajnoj mjeri pružiti olakšanje transrodnim 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. Drugim riječima, ukoliko transrodna osoba želi samo djelomično provesti proces tranzicije, takva želja je legitimna i treba je poštovati. Važno je na-

pomenuti da niti jedna vrsta endokrinološkog liječenja, pa niti liječenje transrodnih osoba, nije nikakav *lifestyle* postupak, nego ozbiljan medicinski zahvat. Stoga ovdje vrijede sve medicinske zakonitosti kao i prilikom bilo kojeg drugog postupka u medicini.

Kriteriji za hormonsku terapiju

Endokrinološka terapija se tijekom procesa tranzicije kod transrodnih osoba započinje nakon što su provedeni psihološki i psihijatrijski dijagnostički postupci, te je doneseno zaključno psihološko i psihijatrijsko mišljenje. Potrebno je naglasiti da prisutnost eventualne stabilne i dobro kontrolirane psihijatrijske bolesti nije zapreka za provođenje endokrinološke terapije tijekom tranzicije u željeni spol. Važno je jedino da eventualna transrodnost nije samo simptom nekog psihijatrijskog poremećaja koji bi mogao iščeznuti tijekom provođenja psihijatrijskog liječenja. U tom slučaju je endokrinološko liječenje u sklopu tranzicije bilo bespotrebno i izložilo je pacijenta/icu nepotrebnim rizicima od nuspojava takvog liječenja. Potrebno je napomenuti da se kod mnogih transrodnih osoba uloga psihijatra/ice svodi na to da se konstatira transrodnost kod inače psihički zdravih ljudi, te da nema psihijatrijskih bolesti koje bi mogle utjecati na provođenje daljnjih postupaka.

Stoga se ukratko može reći da su kriteriji za endokrinološku terapiju sljedeći:

1. Stalno prisutna i detaljno dokumentirana rodna disforija (potrebno je imati uvid u dokumentaciju psihologa/inje i psihijatra/ice koji/e bi trebali/e činiti zajedno s endokrinologom/injom i kirurgom/injom medicinski tim);
2. Sposobnost transrodne osobe da donosi potpuno informirane odluke i davanje informiranog pristanka za endokrinološko liječenje (po razumnoj osobnoj procjeni endokrinologa/inje). U osnovi, psihijatar/ica može dati eksplicitno mišljenje o sposobnosti transrodne osobe za donošenje potpuno informirane odluke, ali u velikoj većini slučajeva takav pristup je bespotreban. S druge strane, psihijatrijsko mišljenje za davanje informiranog pristanka za liječenje se kod pacijenata/ica s bilo kojom drugom bolešću traži tek u iznimnim slučajevima, tako da ovdje ne treba činiti nikakvu razliku;
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 pisani pristanak na liječenje. (Prim-

jeri tekstova informiranog pristanka koji bi transrodna osoba trebala potpisati prije započinjanja endokrinološkog liječenja nalaze se u prilogima 1.a i 1.b.) U optimalnom slučaju tekst informiranog pristanka je odobrilo etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove u kojoj se provodi endokrinološko liječenje. Navedeni informirani pristanak je iz perspektive zdravstvenog/e radnika/ice dobro imati jer niti jedan spolni hormon nema u svom opisu svojstava lijeka priznatu indikaciju za tranziciju transrodnih osoba. Stoga se radi o liječenju van priznatih indikacija, za što se u pravilu traži potpisani informirani pristanak pacijenta/ice. S druge strane, u dokumentu su nabrojani i rizici koji su povezani s endokrinološkim liječenjem, te ih je moguće ciljano prodiskutirati s transrodnom osobom prije započinjanja liječenja. Naravno da su primjeri pristanka različiti s obzirom na smjer tranzicije (iz ženskog u muški spol i obratno).

Kada se govori o rizicima, rijetko endokrinološka terapija može biti kontraindicirana zbog drugih bolesti transrodne osobe. Pri tome, treba napomenuti da prisustvo infekcije HIV-om i/ili hepatitisom B ili C samo po sebi nije kontraindikacija za započinjanje i/ili nastavljanje hormonalnog liječenja, no potrebno je poduzeti adekvatne mjere opreza.

Tjelesni učinci hormonske terapije

Cilj feminizirajućeg/maskulinizirajućeg endokrinološkog liječenja je izazivanje promjena sekundarnih spolnih osobina koje će omogućiti lakšu tjelesnu prilagodbu rodnom identitetu transrodne osobe.

Kod trans muškaraca očekuju se sljedeće tjelesne promjene: produbljenje glasa, povećanje facijalne i tjelesne dlakavosti, prestanak menstruacije, atrofija tkiva dojki, smanjenje postotka masnog tkiva u odnosu na mišićnu masu, preraspodjela masnog tkiva po muškom obrascu, kao i varijabilno povećanje klitorisa.

Kod trans žena očekivane tjelesne promjene uključuju: varijabilan rast dojki, slabljenje erektilne funkcije, smanjenje testisa te porast postotka masnoga tkiva u odnosu na mišićnu masu uz preraspodjelu masnog tkiva po ženskom obrascu.

U razdoblju od dvije godine doći će do razvoja većine tjelesnih promjena, kako u pravcu feminizacije, tako i u pravcu maskulinizacije. Broj i intenzitet tjelesnih promjena, kao i vremenski tijek učinaka može izrazito varirati. Nakon perioda od dvije do tri godine, izazvane tjelesne promjene treba evaluirati te, s obzirom na to da se ne očekuje značajnija promjena tijekom daljnjeg uzimanja endokrinološkog liječenja, razmotriti i kirurške opcije liječenja u smislu augmentacije grudi i sličnih postupaka.

Tablice 1 i 2 prikazuju aproksimativni vremenski slijed tjelesnih promjena.

TABLICA 1: UČINCI, OČEKIVANI POČETAK I OČEKIVANI MAKSI-MALNI UČINAK LIJEKOVA KOJI SE KORISTE U TRANZICIJI PREMA MUŠKOM SPOLU

učinak	očekivani početak	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	varira
povećanje mišićne mase/snage	6 – 12 mjeseci	2 – 5 godina
preraspodjela masnog 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

Potrebno je naglasiti da je učinak na facijalnu i tjelesnu dlakavost, kao i na gubitak kose izrazito individualan i da ovisi o nasljednim faktorima. Povećanje mišićne snage ovisit će u znatnoj mjeri o tjelesnom opterećenju i sportskim aktivnostima pojedine transrodne osobe.

TABLICA 2: UČINCI, OČEKIVANI POČETAK I OČEKIVANI MAKSI-MALNI UČINAK LIJEKOVA KOJI SE KORISTE U TRANZICIJI PREMA ŽENSKOM SPOLU

učinak	očekivani početak	očekivani maksimalni učinak
preraspodjela masnog tkiva	3 – 6 mjeseci	2 – 5 godina
smanjenje mišićne mase/snage	3 – 6 mjeseci	1 – 2 godine
omekšavanje kože/smanjenje masnoće kože	3 – 6 mjeseci	nepoznato
smanjenje libida	1 – 3 mjeseca	1 – 2 godine
smanjenje učestalosti spontan- tanih 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 tjele- sni i facijalnih dlaka	6 – 12 mjeseci	>3 godine ¹
muški obrazac ćelavosti	bez ponovnoga rasta izgubljene kose, opadanje prestaje nakon 1 – 3 mjeseca	1 – 2 godine

Opet je potrebno naglasiti da je učinak na facijalnu i tjelesnu dlakavost, kao i na rast kose izrazito individualan i da ovisi o nasljednim faktorima. Potpuno uklanjanje muških facijalnih i tjelesnih dlaka zahtijeva kozmetske postupke van medicinskog sustava.

Porast grudi je razmjerno spor i rijetko je kada u skladu s očekivanjima transrodne žene. Stoga će nakon nekog vremena možda biti potrebno uputiti osobu kirurgu/inji radi mastoplastike. Promjene mišićne snage ovisit će u znatnoj mjeri o tjelesnom opterećenju pojedine transrodne osobe.

Općenito je izraženost tjelesnih promjena izrazito individualna i one samo djelomično ovise o vrsti primijenjenih lijekova, te o pravilnom doziranju i načinu uzimanja. S jedne strane, postoje specifični zahtjevi transrodne osobe u smislu olakšavanja prilagodbe u rodnom izražavanju i omogućavanja veće stope uspjeha kirurških zahvata. Rizici u zdravstvenom stanju transrodne osobe mogu tijekom vremena zahtijevati modifikaciju endokrinološkog liječenja i na taj način dovesti do promjena u tjelesnoj građi. Reakcije su individualne, za sada nema dokaza da je reakcije na endokrinološko liječenje moguće pouzdano predvidjeti bilo na osnovu naslijeđenih osobina, dobi, tjelesne težine i građe, etničke pripadnosti i sličnog. Nema niti dokaza da je pojedina vrsta lijekova ili metoda primjene ovih lijekova učinkovitija u izazivanju željenih tjelesnih promjena.

Rizici vezani uz endokrinološko liječenje

Sve su medicinske intervencije, pa i primjena lijekova, vezane uz stanovitu stopu rizika. Ukoliko netko tvrdi da određeni postupak i liječenje nema rizika ili nuspojava, vjerojatno nije provedeno adekvatno ispitivanje kojim bi se istražio sigurnosni profil lijeka, ili se neke stvari prešućuju. Farmaceutska industrija je zakonom obavezna obavljati ove vrste istraživanja prije stavljanja bilo kojeg lijeka u promet. Tzv. pomoćna ljekovita sredstva podliježu blažoj zakonskoj regulativi, ali i njihova primjena, kao i svi drugi medicinski, ali i nemedicinski postupci su povezani s određenim stupnjem rizika. U tome endokrinološko liječenje transrodnih osoba nije nikakva iznimka.

Vjerojatnost da će doći do neke ozbiljne negativne nuspojave ovisi o brojnim čimbenicima: o samome lijeku, o njegovoj dozi i načinu primjene, ali i ukupnom zdravstvenom stanju osobe koja uzima lijek ili se podvrgava nekom medicinskom postupku.

Rizici povezani s feminizirajućom/maskulinizirajućom terapijom kod transrodnih osoba izneseni su u nastavku teksta. Potrebno je napomenuti da su svi lijekovi na razvijenim tržištima praćeni i nakon što su stavljeni u promet, tako da je moguće da se spektar nuspojave i rizika povezanih s određenim liječenjem tijekom vremena mijenja (uglavnom se povećava), stoga navedena tablica nije konačna. S druge strane, ukoliko je stanoviti medicinski postupak povezan s nekom vrstom rizika ili nuspojavom, to ne znači nužno da je veza uzročno-posljedična, ili ta povezanost može biti slaba, s kliničkim značenjem ili bez njega.

Liječenje s feminizirajućim učinkom se povezuje s venskom tromboembolijom, učestalijom pojavom žučnih kamenaca, padom krvnog tlaka, povišenjem razine jetrenih enzima, porastom tjelesne težine, promjenama u lipidogramu, povišenjem razine prolaktina te, u određenim dobnim skupinama i kombinacijama lijekova, s nekim vrstama raka dojke. Uпитan je učinak ovih lijekova na kardiovaskularne bolesti i povišenje razine krvnog tlaka. Liječenje s maskulinizirajućim učinkom vezano je uz porast broja crvenih krvnih stanica, porast tjelesne težine, pojavu akni, apneje tijekom spavanja i gubitak kose po muškom obrascu. Ova vrsta liječenja

može dovesti do lezije jetara i promjena u sastavu krvnih masnoća, kao i do destabilizacije određenih psihijatrijskih poremećaja. Upitna je veza ovih lijekova s razvojem kardiovaskularnih bolesti, tipom 2 šećerne bolesti, promjenom koštane mase te s rakom dojki i ginekoloških organa.

Endokrinološko liječenje – hodogram

Započinjanje endokrinološkog liječenja u svrhu postizanja učinka feminizacije/maskulinizacije

Endokrinološko liječenje potrebno je individualizirati u skladu s ciljevima, omjerom rizika i koristi od primijenjenih lijekova, prisutnosti drugih zdravstvenih stanja, a u obzir valja uzeti društvena i ekonomska pitanja. Iako se u literaturi pojavljuje mnogo različitih režima za endokrinološko liječenje transrodnih osoba, ne postoje standardna randomizirana multicentrična dvostruko slijepa klinička istraživanja provedena na velikim uzorcima transrodnih osoba koja uspoređuju sigurnost i učinkovitost pojedinih terapijskih shema, kao što je slučaj kod većine lijekova koji se koriste u liječenju raznih drugih bolesti. Unatoč tome, moguće je sastaviti razumnu terapijsku shemu za započinjanje liječenja na temelju ranije navedenih dokaza o učinkovitosti i sigurnosti pojedinih lijekova, uz adekvatnu procjenu rizika i kontinuirani nadzor hormonske terapije. Treba imati na umu da je cilj endokrinološkog liječenja postizanje stabilne razine spolnih hormona unutar referentnog raspona željenog spola, uz minimalizaciju rizika od nuspojava. Stoga je razumno prije početka liječenja učiniti hormonalne i druge pretrage koje će omogućiti uvid u polazno stanje (poput razine gonadotropina i spolnih hormona, prolaktina, hepatograma i krvne slike, procjene koagulacije, procjene lipidnog profila kod starijih osoba, ultrazvuka abdomena, ultrazvuka dojki te, prema potrebi, ginekološkog pregleda i ultrazvuka).

Procjena rizika i prilagodbe potrebne za započinjanje endokrinološkog liječenja

Početna evaluacija pojedine transrodne osobe za medikamentoznu terapiju potrebna je radi procjene njihovih kliničkih ciljeva, ali i rizičnih faktora koji bi mogli dovesti do nepoželjnih nuspojava povezanih s endokrinološkim liječenjem. Početna evaluacija uključuje anamnezu i fizikalni pregled, kao i vršenje ranije navedenih pretraga. Ovisno o pojedinoj osobi, evaluacija se može nadopuniti dodatnim pretragama i postupcima.

Procjena rizika i prilagodbe potrebne za feminizirajuće endokrinološko liječenje

Feminizirajuće endokrinološko liječenje se primjenjuje kod tranzicije iz muškog prema ženskom spolu. Ono samo po sebi nema apsolutnih kontraindikacija, ali takve kontraindikacije postoje za različite feminizirajuće lijekove, naročito estrogene. Među njima su prethodna duboka venska tromboza sa ili bez plućne embolije, povijest neoplazme s pozitivnim estrogenim receptorima te terminalni stadij kronične jetrene bolesti. Navedena su stanja relativno rijetka među mlađom transrodnom populacijom, ali su potencijalno životno ugrožavajuća, pa je omjer koristi i rizika od navedenog liječenja na strani povećanog rizika.

Drugim potencijalno rizičnim medicinskim stanjima, koja se eventualno mogu pogoršati uz feminizirajuće liječenje, potrebno je pristupiti s oprezom. Takva je stanja, poput žučnih kamenaca, povišenja razine jetrenih enzima, dislipidemije, povišene razine prolaktina, potrebno obraditi i staviti pod kontrolu, a potom i redovito pratiti. Valja obratiti pažnju na konzumiranje duhana te savjetovati prekid pušenja.

Procjena rizika i prilagodbe potrebne za maskulinizirajuće endokrinološko liječenje

Maskulinizirajuće endokrinološko liječenje se primjenjuje kod tranzicije iz ženskog prema muškome spolu. Provođi se primjenom različitih pripravaka testosterona. Među apsolutnim kontraindikacijama za terapiju testosteronom su trudnoća, nestabilna koronarna bolest srca te netretirana policitemija s hematokritom iznad 0,55. Budući da aromatizacija testosterona u estrogen može povisiti rizik kod osoba s anamnezom raka dojke ili drugim karcinomima koji ovise o estrogenu, konzultacije s onkologom/injom mogu biti indicirane prije same primjene hormona. Trebalo bi evaluirati i tretirati sva komorbiditetna stanja koja bi se mogla pogoršati primjenom testosterona, i to prije započinjanja hormonske terapije. Osobama s prethodnim kardiovaskularnim ili cerebrovaskularnim bolestima preporučuju se konzultacije s kardiologom/injom ili neurologom/injom.

Povišena prevalencija sindroma policističnih jajnika (PCOS) zabilježena je

kod transrodnih osoba koje provode tranziciju iz ženskog u muški spol, čak i kada ne koriste hormonalne pripravke. Premda nema dokaza da je PCOS povezan s razvojem transpolnoga, transrodnoga ili rodno nenormativnoga identiteta, PCOS jeste povezan s povećanim rizikom od dijabetesa, srčanim bolestima, visokim krvnim tlakom te rakom jajnika i endometrija, zato su potrebne mjere opreza prilikom praćenja takvih pacijenata/ica.

Postizanje i održavanje razine hormona željenog spola prije uklanjanja spolnih žlijezda

Postizanje razine spolnih hormona željenog spola je relativno jednostavno uz primjenu adekvatne doze dostupnih lijekova s feminizirajućim ili maskulinizirajućim učinkom. Razumno je, nakon što se postigne ravnotežno stanje lijekova u organizmu, učiniti kontrolu hormonalnog statusa, kao i kontrolu biokemijskih laboratorijskih parametara radi procjene uspjeha liječenja, ali i eventualnih komplikacija. Slikovne metode poput ultrazvuka, koje se inače primjenjuju u kontroli rizika liječenja kod svih pacijenata/ica, mogu se ponavljati na godišnjoj razini.

Ukoliko su postignute zadovoljavajuće hormonalne razine, bez potencijalnih nuspojava, transrodna osoba ostaje na navedenom terapijskom režimu duže vremena (riječ je o dozi održavanja hormona). Potrebno je naglasiti da nije moguće predvidjeti na koji će se točno način tijelo transrodne osobe promijeniti uz navedeno liječenje, niti koliko brzo će doći do promjena. Važno je ne požurivati s kozmetičkim operativnim zahvatima u prve dvije do tri godine, jer u tom periodu hormoni mogu dovesti do značajnih tjelesnih promjena, a to može utjecati i na ishod estetskih zahvata. Ukoliko osoba nije zadovoljna postignutim tjelesnim promjenama, doze hormona se mogu modulirati, ali uputno je da razina hormona bude unutar referentnog raspona za željeni spol. Razumljivo je samo po sebi da će se doze i vrste hormona mijenjati ukoliko dođe do značajnijih nuspojava tijekom liječenja. Prekid endokrinološkog liječenja je isto jedna od opcija, koja se primjenjuje u krajnjim slučajevima, kada potencijalna šteta od takvog liječenja nadmašuje korist.

Hormonska terapija nakon operativnog uklanjanja spolnih žlijezda

Hormonsko nadomjesno liječenje estrogenima ili testosteronom kod transrodnih osoba podrazumijeva nadoknadu hormona nakon uklanjanja spolnih žlijezda, odnosno ooforektomije (uklanjanja jajnika) ili orhidektomije (uklanjanja testisa). Endokrinologu je važno proučiti medicinsku dokumentaciju nakon ginekoloških zahvata, s obzirom na to da uklanjanje maternice (histerektomija) ne znači nužno da su uklonjeni i jajnici, jer se ovi operativni zahvati mogu izvesti i samostalno.

Za razliku od hormonskog nadomjesnog liječenja kod osoba koje nisu transrodne, ovdje se ta vrsta liječenja provodi hormonima koji su potrebni za održavanje spolnih karakteristika željenog spola. Ono je kod transrodnih osoba obično dugogodišnje, može trajati tijekom čitavoga života, osim u slučaju pojave medicinskih kontraindikacija, ili se može modificirati u staroj životnoj dobi. Nema stručnih smjernica do kada transrodnu osobu treba liječiti hormonskim nadomjesnim liječenjem. Medicinski pripravci se ne razlikuju od onih koji se upotrebljavaju kod osoba s hipogonadizmom, moguće su jedino razlike u dozi i učestalosti primjene.

Kliničko praćenje učinkovitosti liječenja i uočavanje nuspojava tijekom endokrinološkog liječenja

Svrha kliničkoga praćenja tijekom primjene endokrinološkog liječenja jest određivanje razine hormona u krvi, procjenjivanje stupnja feminizacije/maskulinizacije te procjena moguće prisutnosti nuspojava lijekova. Međutim, kao i tijekom praćenja dugotrajne primjene bilo kojeg drugog lijeka, praćenje se treba odvijati u kontekstu sveobuhvatne zdravstvene skrbi.

Učinkovitost i praćenje rizika tijekom feminizirajućeg endokrinološkog liječenja

Učinkovitost liječenja najbolje se može procijeniti pomoću kliničkoga odgovora na terapiju – dolazi li do feminizacije tijela uz nestajanje sekundarnih spolnih osobina muškog spola. Surogatni parametar koji se određuje jest razina hormona u tijelu. U optimalnom slučaju dolazi do spuštanja razine testosterona ispod gornje granice referentnog raspona za ženski spol, te do podizanja razine estradiola na razinu referentnog raspona za žene u generativnoj životnoj dobi. Razina gestagena nije relevantna, jer je njihova razina niska i kod bioloških žena u prvoj polovici menstrualnog ciklusa te, ukoliko nema ovulacije, rutinsko određivanje razine progesterona nema smisla.

Praćenje radi uočavanja nuspojava trebalo bi sadržavati i kliničku i laboratorijsku evaluaciju. Naknadno praćenje trebalo bi uključivati detaljniju anamnezu i fizikalni pregled s naglaskom na traženje znakova kardiovaskularnih oštećenja i duboke venske tromboze. U starijoj životnoj dobi će biti potrebne evaluacije prostate.

Učinkovitost i praćenje rizika tijekom maskulinizirajućeg endokrinološkog liječenja

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. Kod osoba koje testosteron cipionat ili enantat koriste intramuskularno (IM), može se pratiti najniža koncentracija testosterona (koncentraciju testosterona u 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 poput pretjeranoga povećanja tjelesne težine, pojave akni, probojnih krvarenja iz maternice te psihijatrijske simptome kod rizičnih pacijenata/ica. Od laboratorijskih pretraga potrebno je evaluirati i kompletnu krvnu sliku, kao i hepatogram, uz praćenje ultrazvuka jetara i dojki. Ginekološki pregledi s ultrazvukom također su sastavni dio praćenja, stoga je u timu potrebno imati educiranog/u ginekologa/inju.

Režimi endokrinološkog liječenja

Do danas nije učinjeno nijedno kontrolirano randomizirano dvostruko slijepo kliničko ispitivanje režima feminizirajućeg ili maskulinizirajućeg hormonalnog liječenja kod transrodnih osoba. To je važno napomenuti jer se jedino na osnovi takvih istraživanja može s velikom sigurnošću evaluirati učinkovitost, ali i rizik takvih oblika liječenja. Posljedično tomu, u medicinskoj literaturi opisuje se niz međusobno različitih doza različitih vrsta lijekova s feminizirajućim ili maskulinizirajućim učincima. K tomu, dostupnost određenih lijekova može biti ograničena. Zbog navedenoga, Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba ne opisuje niti podupire neki specifični režim feminizirajućeg ili maskulinizirajućeg liječenja. Umjesto toga, navode se različite skupine lijekova i načini njihove primjene kod većine objavljenih režima endokrinološkog liječenja.

Režimi za feminizirajuće hormonalno liječenje

Estrogen

Oralna primjena estrogena, a specifično etinilestradiola, povećava rizik od venske tromboze. Etinilestradiol se primjenjuje u oralnim kontraceptivima, dok se prirodni estrogenu nalaze u uobičajenim pripravcima za hormonalno nadomjesno liječenje ženskog hipogonadizma, ili kod osteoporoze kod postmenopauzalnih žena. Zbog ovoga zdravstvenoga rizika ne preporučuje se primjena etinilestradiola, odnosno estrogenu u obliku oralnih kontraceptiva u feminizirajućem endokrinološkom liječenju. Transdermalna primjena estrogenu u obliku kožnih naljepaka preporučuje se onda kada postoje rizični faktori za poremećaje jetrene funkcije. Postoje i injekcije estrogenu, ali njihova primjena zahtijeva pomno praćenje razine estrogenu u krvi jer je moguće postići suprafiziološke (previsoke) razine ovog hormona. Općenito, rizik od nuspojava raste povećanjem doze, posebice s dozama koje rezultiraju suprafiziološkim razinama. Rizici povezani uz suprafiziološke koncentracije estrogenu nisu do kraja istraženi, moguće je da uključuju i neka stanja koja nisu opisana uz primjenu fizioloških doza estrogenu. Osobe s komorbiditetnim stanjima koja se dovode u vezu s višom razinom estrogenu trebale bi izbjegavati njegovu oralnu primjenu, ako je to moguće, i početi s nižim dozama lijeka.

Lijekovi za snižavanje razine androgena (antiandrogeni)

Prilikom provođenja feminizirajućeg endokrinološkog liječenja, a prije odstranjenja testisa, uz estrogene se uobičajeno daju i tzv. antiandrogeni. Sama kombinacija estrogena i antiandrogena najučestaliji je i stoga najproučavaniji režim feminizirajućeg liječenja. Antiandrogeni su kemijski heterogena skupina tvari, čiji se učinak svodi na snižavanje razine endogenog testosterona ili pak slabljenje učinka endogenog testosterona, stoga i ublažavanje maskulinih karakteristika poput tjelesne dlakavosti, ispadanja kose ili pojave akni. Ti lijekovi snižavaju dozu estrogena potrebnu za feminizacijski učinak, a to znači da smanjuju i rizike povezane s visokom dozom egzogenog estrogena.

Trenutno su dostupni sljedeći lijekovi s antiandrogenim učinkom:

- Ciproteron acetat: gestageni hormon s antiandrogenim svojstvima; lijek nije odobren u Sjedinjenim Američkim Državama zbog njegove potencijalne hepatotoksičnosti, ali u drugim se zemljama često primjenjuje.
- GnRH agonisti (goserelin, buserelin, triptorelin): neurohormoni koji se vežu receptorom za gonadotropni otpuštajući hormon, onemogućavaju njegov fiziološki obrazac otpuštanja i na taj način onemogućavaju otpuštanje folikulostimulacijskoga (FSH) i luteinizirajućega hormona (LH) o kojima ovisi stvaranje endogenih spolnih hormona, u ovom slučaju testosterona. Korištenjem ovih lijekova postiže se izrazito učinkovito blokiranje hormonalne sinteze u spolnim žlijezdama. Međutim, riječ je o skupim lijekovima koji su dostupni jedino u obliku injekcije ili implantata, što komplicira mogućnost primjene.
- Inhibitori 5-alfa-reduktaze (finasterid i dutasterid) blokiraju pretvorbu testosterona u biološki aktivni oblik 5-alfa-dihidrotestosteron. Ti lijekovi imaju blagotvoran učinak na gubitak kose, tjelesnu dlakavost, pojačano lučenje žlijezda lojnica i pojavu akni.
- Spironolakton: antihipertenzivni lijek koji direktno inhibira lučenje testosterona i vezanje androgena na androgeni receptor. Zbog moguće hiperkalijemije potrebno je nadzirati razinu elektrolite, a zbog mogućeg pada krvnog tlaka preporuča se oprez kod primjene.

Ciproteron i spironolakton najčešće su primjenjivani antiandrogeni, a vjerojatno i najučinkovitiji u odnosu na cijenu.

Dostupnost navedenih tvari se može s vremenom mijenjati.

Gestageni

Izuzevši primjenu ciproteron acetata, primjena ostalih gestagena u feminizirajućoj hormonskoj terapiji je kontraverzna. Budući da gestageni utječu na razvitak dojki na staničnoj razini, neki/e kliničari/ke vjeruju da su ti hormoni nužni za potpuni razvitak dojki, što je u suprotnosti s rezultatima dostupnih manjih kliničkih istraživanja režima za feminizirajuće liječenje. Ona su pokazala da primjena gestagena ne pospješuje rast grudi, niti je ona snizila serumske razine slobodnoga testosterona. Potencijalne nepoželjne nuspojave gestagena su ozbiljne, a među njima su depresija, porast tjelesne težine i lipidne promjene. Za neke gestagene se također sumnja (a posebice za medroksiprogesteron) da povećavaju rizik od raka dojke i kardiovaskularnih bolesti kod žena. S obzirom na to da nije dokazan učinak gestagena na brzinu i opseg feminizacije, a postoje značajni zdravstveni rizici vezani uz nuspojave liječenja, dugotrajna primjena ovih lijekova nije opravdana u rutinskom feminizirajućem endokrinološkom liječenju. Gestageni, a najčešće medroksiprogesteron, mogu se primjenjivati tijekom nekoga kraćega razdoblja kako bi se pospješilo zaustavljanje menstruacije u ranoj fazi hormonske terapije, što je rijetko kada potrebno. GnRH agonisti mogu se koristiti iz istog razloga, ali i u slučajevima refraktornoga krvarenja iz maternice kod osoba s ginekološkim abnormalnostima.

Režimi za maskulinizirajuće endokrinološko liječenje

Testosteron

Testosteron se općenito može primjenjivati transdermalno ili u obliku injekcija, a dostupan je i kao bukalni preparat te u obliku implantata. Budući da se testosteron cipationat i enantat za intramuskularnu primjenu često primjenjuju svaka 2 do 4 tjedna, moguće su znatne oscilacije u serumskoj razini testosterona, zbog čega neke osobe mogu primijetiti cikličke varijacije u učincima (primjerice, zamor i razdražljivost na kraju ciklusa primanja

injekcija; agresivnost ili eksplozivno ponašanje nekoliko dana nakon primljene injekcije). Moguća su i relativno duža razdoblja u kojima su razine testosterona izvan željenih razina definiranih referentnim rasponom koncentracije testosterona za muškarce, bilo da su one previsoke ili preniske. Takve se pojave mogu ublažiti češćom primjenom nižih doza ili svakodnevnom upotrebom transdermalnih preparata ili primjenom testosteron undekanoata za intramuskularnu primjenu koji održava stabilnu fiziološku razinu testosterona u razdoblju od otprilike 12 tjedana, a pokazao se učinkovitim i u liječenju hipogonadizma te kod transrodni osoba. Neki dokazi idu u prilog tome da transdermalna i intramuskularna primjena testosterona daju slične rezultate u maskulinizaciji, premda se rezultati s transdermalnim preparatima postižu nešto sporije. S druge strane, resorpcija kod intramuskularnih preparata je pouzdanija. Cilj je koristiti najnižu moguću dozu za održavanje željenih kliničkih rezultata. Dostupnost navedenih tvari se može s vremenom mijenjati.

Endokrinološko liječenje kod adolescenata/ica s rodnom disforijom

Prije svega, potrebno je naglasiti da se endokrinološko liječenje ne provodi kod djece prije početka puberteta. U tom su životnom razdoblju razine spolnih hormona fiziološki niske, a s obzirom na nedovoljnu razvijenost mozga te svijesti o vlastitoj spolnosti i rodnom identitetu, uputno je s endokrinološkim postupcima pričekati do početka puberteta. Stoga se u prepubertalnoj životnoj dobi savjetuje samo provođenje psihološkog savjetovanja i eventualno psihijatrijskog praćenja.

Odluka o eventualnom započinjanju endokrinoloških postupaka se donosi početkom fiziološkog puberteta kod transrodne djece. Obično se tijekom prvih pola godine puberteta dijete pojačano psihološki prati. Ukoliko usprkos utjecaju pobuđene sekrecije spolnih hormona transrodnost i dalje perzistira, može se u timskom pristupu započeti endokrinološki postupak. Obično se zaustavlja pubertet, odnosno dijete se održava u prepubertalnom stanju kroz nekoliko godina u nadi da će doći do uobičajenog razvoja spolnog i rodno identiteta. Ukoliko se to ne dogodi, onda se liječenje nastavlja spolnim hormonima željenog spola, s idejom da se pospješuje razvoj sekundarnih spolnih osobina željenog spola (u pubertetu je moguće u znatnijoj mjeri utjecati i na rast i razvoj skeleta, što u odrasloj životnoj dobi više nije moguće).

Liječenje započinje supresijom puberteta s GnRH analogima u adolescenata/ica pod uvjetom da:

1. Ispunjavaju kriterije za dijagnozu rodne disforije;
2. Ušli su u pubertet (najmanje 2. stupanj prema Tanneru);
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.

S obzirom na izrazitu osjetljivost djece u ovoj životnoj dobi, ritam praćenja je učestaliji nego kod odraslih transrodnih osoba.

Protokol praćenja u vrijeme supresije puberteta s GnRH analogima

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

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 IM 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 analogima sve dok se ne učini gonadektomija.

Potrebno je napomenuti da je ovdje riječ o medicinski i etički vrlo osjetljivom području te da su moguće značajne promjene u pristupu liječenju takve djece. O provođenju ovakvog liječenja te pojedinim specifičnostima najbolje je savjetovati se s educiranim/om pedijatrom/icom.

Osvrt na reproduktivno zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba

Transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama opcije za ostvarivanje reprodukcije ne smiju biti zanijekane. Različite države su različito uredile ovo područje, jedinstvenog ili harmoniziranog međunarodnog pristupa nema.

U optimalnom slučaju bi se svim transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama koje će ući u proces endokrinološke i kirurške tranzicije trebala prethodno ponuditi mogućnost da pohrane svoju spermu ili jajne stanice. Potrebno je imati na umu da postoje tehničke zapreke s obzirom na dugotrajnost pohranjivanja biološkog materijala, odnosno da se nakon nekoliko godina svojstva pohranjenog biološkog materijala mogu značajno promijeniti.

Trebalo bi razmotriti mogućnost dozvoljavanja surogat majčinstva za transpolne, transrodne i rodno nenormativne osobe koje na drugi način ne mogu ostvariti roditeljstvo, a to žele. Navedeno postoji kao tehnička mogućnost, a provodi se ovisno o lokalnim propisima koji ovakve postupke mogu i izrijekom zabranjivati ili pak propisati uvjete pod kojim se oni mogu provoditi.

FtM osobe u tranziciji spola

Nužna je redovita ginekološka skrb za sve FtM osobe u tranziciji spola prije rekonstruktivnog kirurškog zahvata. Posebno je važno provoditi savjetovanje u vezi pouzdane kontracepcije kod neoperiranih osoba koje uzimaju testosteron zbog njegova utjecaja na plod.

Nakon operacije tip i sadržaj ginekološke skrbi se preporučuje prema opsegu kirurškog zahvata. Budući da se većina trans muškaraca u tranziciji spola nikada ne podvrgne vaginektomiji, a velik dio njih niti ooforektomiji ili histerektomiji, ginekološki se pregled osobama koje nisu vaginektomirane savjetuje najmanje jednom u tri godine.

MtF osobe u tranziciji spola

MtF osobama ginekološki pregled prije operacije nije potreban, osim savjetovanja kod reproduktivnog/e ginekologa/inje u vezi pohrane sperme, ako to ne učini ranije neki/a drugi/a liječnik/ca.

Nakon operacije ginekološki je pregled potreban (i poželjan u smislu potvrde pripadanja željenom spolu) barem jednu – dvije godine nakon operacije, te redovito nakon toga. Ginekolog/inja ne smije zanemariti nadzor prostate u takvih osoba, barem provjerom PSA ili urološkim pregledom.

Prilog 1.a: Primjer informiranog pristanka na terapiju estrogenima/antiandrogenima kod tranzicije iz muškog u ženski spol

(ime i prezime podnositelja/ice zahtjeva)

(adresa)

(ime ustanove i adresa)

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 (F64 po klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije, X revizija). Uz preporuku psihijatra/ice i psihologa/inje, ukoliko nema kontraindikacija za primjenu estrogena i antiandrogena, započinje se hormonalno liječenje, koje se koristi tijekom najmanje godinu dana pred eventualnu odluku o mogućem operativnom zahvatu na dojka, odnosno spolnim organima.

Uspješno hormonalno liječenje ne mora nužno biti popraćeno korektivnim 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, razmjernost procesa pov-

ćanja dojki nije moguće predvidjeti unaprijed. U slučaju prestanka uzimanja estrogena, doći će do smanjenja dojki, no vjerojatno ne na ishodišno stanje.

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

Usljed hormonalne terapije dolazi i do trajnih posljedica po funkciju muških spolnih žlijezda, koje mogu uključivati smanjenje veličine testisa i 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, omekšavanje kože, smanjivanje tjelesne dlakavosti, 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 tromboembolijske 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 jetara, migrena, mučnina i povraćanje, povišenje razine prolaktina 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 vrijedećim propisima, nije predviđeno financiranje ovog vida hormonalne terapije iz sredstava HZZO-a.

Na meni razumljiv naćin lijećnik/ca dr. _____, specijalist/kinja endokrinolog/inja upoznao/la me je o naćinu provođanja hormonalnog lijećenja.

Izjavljujem da sam imao/la vremena razmisliti o svojoj odluci prije potpisivanja ovog dokumenta.

Izjavljujem da mi je dr. _____ omogućio/la postavljanje pitanja u vezi sa svime navedenim, da je odgovorio/la na moja pitanja, te da mi je posvetio/la dovoljno vremena kako bismo zajednićki razmotrili/e sve aspekte hormonalnog lijećenja u postupku tranzicije iz muškog prema ženskom spolu. Razumio/la sam sva objašnjena koja mi je lijećnik/ca dao/la. Izjavljujem da sam primio/la primjerak ovog pristanka koji ujedno predstavlja i zahtjev za hormonalno lijećenje u postupku tranzicije iz muškog prema ženskom spolu.

U Zagrebu, dana _____

(ime i prezime podnositelja/ice zahtjeva)

(ime i prezime lijećnika/ce)

(potpis podnositelja/ice zahtjeva)

(potpis lijećnika/ce)

Prilog 1.b: Primjer informiranog pristanka na terapiju testosteronom kod tranzicije iz ženskog u muški spol

(ime i prezime podnositelja/ice zahtjeva)

(adresa)

(ime ustanove i adresa)

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 identiteta (F64 po klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije, X revizija). Uz preporuku psihijatra/ice i psihologa/inje, a ukoliko nema kontraindikacija za primjenu testosterona, započinje se hormonalno liječenje, koje se koristi tijekom najmanje godinu dana pred eventualnu odluku o mogućem operativnom zahvatu na dojkama, odnosno spolnim organima.

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

Sama primjena testosterona može imati trajne i prolazne posljedice.

U trajne posljedice spada ispadanje kose, uključujući i ćelavost, povećan-

je dlakavosti lica i tijela uopće, produblјivanje glasa, 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 jetara, 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 vrijedećim propisima, nije predviđeno financiranje ovog vida hormonalne terapije iz sredstava HZZO-a.

Na meni razumlјiv način liječnik/ca dr. _____, specijalist/kinja endokrinolog/inja upoznao/la me je o načinu provođenja hormonalnog liječenja.

Izjavljujem da sam imao/la vremena razmisliti o svojoj odluci prije potpisivanja ovog dokumenta.

Izjavljujem da mi je dr. _____ omogućio/la postavljanje pitanja u vezi sa svime navedenim, da je odgovorio/la na moja pitanja, te da mi je

posvetio/la dovoljno vremena kako bismo zajednički razmotrili/e sve aspekte hormonalnog liječenja u postupku tranzicije iz ženskog prema muškom spolu. Razumio/la sam sva objašnjena koja mi je liječnik/ica dao/la.

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

U Zagrebu, dana _____

(ime i prezime podnositelja/ice zahtjeva)

(ime i prezime liječnika/ce)

(potpis podnositelja/ice zahtjeva)

(potpis liječnika/ce)

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. 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.
2. 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
3. Begić D. Transseksualnost kao interdisciplinarni fenomen. U: Jokić-Begić N, Begić D. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
4. Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R. Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can J Psychiatry* 1989;34:43-5.
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.
6. Bockting WO, Goldberg J. *Multidisciplinary guidelines for transgender care*. Binghamton, NY: Haworth Medical, 2006.
7. 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
8. Bockting WO. From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report* 1999;28(1):3.
9. 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
10. 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.
11. Brill SA, Pepper R. *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press, 2008.
12. 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.
13. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;46(4):315-333.
14. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.

15. 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.
16. 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
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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
22. 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
23. 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
24. 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
25. 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.

26. 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
27. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
28. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4. izdanje (DSM-IV). Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
29. 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.
30. 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
31. Erickson-Schroth L. Update on the Biology of Transgender Identity. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 2013;17(2):150-174.
32. Fraser L. Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*. 2009;24(2):126-142. doi:10.1080/14681990903003878
33. 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.
34. 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* (pp. 255-276). Springer US, 2014.
35. 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
36. 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
37. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(5):527-537.
38. Grujić Koračin J. Interdisciplinarni pristup transseksualnosti – ginekološko iskustvo. *Gynaecol Perinatol* 2013;22(4):182-190.
39. 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.
40. Herman-Jeglińska A, Grabowska A, Dulko S. Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior* 2002;31(6):527-534.

41. 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.
42. 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
43. 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.
44. 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.
45. Jokić-Begić N. Psihološki aspekti transseksualnosti. U: Jokić-Begić N, Begić D. *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
46. Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender
47. 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.
48. 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.
49. 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
50. Lev AI. *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press, 2004.
51. Lombardi E. Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health* 2001;91(6):869-872.
52. Maguen S, Shipherd JC, Harris HN. Providing culturally sensitive care for transgender patients. *Cognitive and Behavioral Practice* 2005;12(4):479-490.
53. 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.
54. Menvielle E J, Tuerk C. A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychia-*

- try 2002;41(8):1010-1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
55. Meyer IH. Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health* 2003;93(2):262-265.
 56. Meyer, IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior* 1995;38-56.
 57. 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
 58. 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
 59. 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
 60. 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
 61. 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
 62. 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>
 63. Reassignment. *Pediatrics*, 2014;134(4):1-9. doi:10.1542/peds.2013-2958
 64. 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.
 65. 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.
 66. 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
 67. 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

68. 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.
69. 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
70. 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
71. Veale JF. The prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008;42(10):887-889.
72. 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.
73. 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
74. 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
75. White T, Ettner R. Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European child & adolescent psychiatry* 2007;16(4):215-221.
76. Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji. NN 86/12
77. 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.
78. 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.

KIRURŠKI POSTUPCI PRILAGODBE SPOLA

prof. dr. sc. Srećko Budi, dr. med.
Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
Klinička bolnica Dubrava, Zagreb

Pojam transpolnost ili transrodnost podrazumijeva snažnu spolnu identifikaciju prema spolu koji je suprotan od vlastitog biološkog spola. Često se za pojam transpolnosti koristi izraz „poremećaja rodnog identiteta“, odnosno u engleskom govornom području koristi se naziv „gender identity disorder“.¹⁰

Uzrok transpolnosti je posljedica kombinacije različitih bioloških faktora u prenatalnoj i u kratkoj perinatalnoj fazi, kao i niza psiholoških faktora u postnatalnoj fazi razvoja, što rezultira uvjetno „krivom“ percepcijom vlastitoga spola i shodno tome vlastitog spolnog razvoja.

Ovaj kompleksni proces prilagodbe spola trebao bi se temeljiti na biopsihosocijalnom pristupu, a uključuje **dijagnostičku fazu** (psiholog/inja, psihijatar/ica, endokrinolog/inja, ginekolog/inja, urolog/inja, plastični/a kirurg/inja), **fazu hormonalne terapije** (endokrinolog/inja) te **fazu kirurške prilagodbe ili tranzicije spola** (plastični/a kirurg/inja, ginekolog/inja, urolog/inja). Postoje tri procesa prilagodbe, odnosno tranzicije spola: prilagodba ženskog spola u muški (female-to-male transsexual; FtM), prilagodba muškog spola u ženski (male-to-female transsexual; MtF) te treći koji predstavlja moguće dodatne kirurške intervencije u smislu „poboljšanja“ izgleda operirane osobe (rinoplastika, liposukcija, augmentacija gluteusa, itd.), kako bi osoba izgledala što sličnije suprotnom – željenom spolu.

10 Ovaj termin je napušten nedavnom revizijom *Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11)*, koju izdaje Svjetska zdravstvena organizacija, a kojom se transrodnost uklanja iz oblasti mentalnih poremećaja i prenosi u oblast spolnog i reproduktivnog zdravlja, uz novu dijagnozu „rodna inkongruencija“. Ova promjena će stupiti na snagu u januaru 2022. godine.

Mastektomija

Mastektomija je naziv za kirurško otklanjanje dojki u smislu redukcije tkiva dojki (žljezdano i masno tkivo) i kože, te relokacije bradavica-areola kompleksa na anatomske prihvatljivije pozicije na grudnom košu, dakle na poziciju koja više odgovara „muškoj“ poziciji i obliku. Iz našeg iskustva, mastektomija je najčešće indikacija na kojoj se bazira kirurška tranzicija ženskog u muški spol. Veliki broj naših pacijenata/ica zadovoljava se mastektomijom i endokrinološkom terapijom (testosteron) tako da uglavnom ne pokazuju interes za daljnjim kirurškim zahvatima, odnosno rekonstrukcijom neopenisa – faloplastikom.

Redukcija tkiva dojke se bazira na različitim tehnikama mastektomije uz očuvanje bradavica-areola kompleksa. Vrlo često se i areola kirurški smanjuje s obzirom na u prosjeku veći promjer areole u žena. Isto tako, kirurški je moguće smanjiti veličinu i projekciju bradavice. Koju tehniku mastektomije će kirurg/inja odabrati, ovisi o obliku i veličini dojki, ali i karakteristikama kože dojki (eventualne strije, elastičnost kože, i sl.).

Takozvana „semicirkularna metoda“ je kirurška metoda mastektomije gdje se jednim polukružnim rezom oko areole pristupa na tkivo dojke. Rez se asimetrično povisuje prema gore, lateralno i medijalno uz repositioniranje bradavica-areola kompleksa na „mušku“ poziciju. Ova se metoda koristi u slučajevima manjih dojki te ostavlja mali ožiljak koji se nalazi s gornje strane areole i često ne zahtijeva daljnju kiruršku korekciju.

„Koncentrična cirkularna metoda“ druga je metoda redukcije tkiva dojki kao i kože. Ova je metoda karakterizirana kružnim rezom oko areole i dozvoljava značajno smanjenje promjera areole. Slijedi postupak redukcije tkiva dojki uz repositioniranje bradavica-areola kompleksa. Ožiljci su estetski prihvatljivi i nalaze se oko same areole. U slučajevima većih dojki ta je tehnika moguća, ali ostavlja nešto veće ožiljke oko areole koji se mogu nakon 6 mjeseci kirurški u lokalnoj anesteziji korigirati. Često nisu potrebne dodatne kirurške korekcije s obzirom na to da su ožiljci dobro „skriveni“ dlakavošću zbog uzimanja testosterona.

U slučajevima još većih ili vrlo velikih dojki potrebno je učiniti tzv. „free-nipple“ tehniku gdje se tkivo dojke značajno reducira, dok se vlastiti bradavica-areola kompleks u tom slučaju koristi kao slobodni kožni transplantat pune debljine kože. Ova je tehnika jednostavna, ali ponekad dolazi do djelomične nekroze bradavica-areola kompleksa uz ožiljke na mjestu transplantata. Odstranjeno tkivo dojki obavezno se pošalje na patohistološku verifikaciju iako je incidencija karcinoma dojki kod profilaktičke mastektomije mala i iznosi manje od 2%.

Na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju u Zagrebu provedena je studija koja je rezultirala preciznijem određivanju konfiguracije i položaja bradavica-areola kompleksa u muškaraca od svih do sada poznatih metoda. Veći dio podataka dio je i doktorata autora ovog teksta. Studija je odgovorila i na pitanje precizne nove pozicije bradavica-areola kompleksa na prednjoj strani grudnog koša. Numeričke vrijednosti nove pozicije izračunavaju se kompjuterski posebnim programom koji je objavio autor ovog teksta.

Operacija se izvodi u općoj anesteziji uz prosječno trajanje od 2 sata (upute za prijeoperacijsku pripremu i obradu, te potrebne nalaze su u obrascu u prilogu). Operaciju nije moguće učiniti na uputnicu za bolničko liječenje, već se operacija i hospitalizacija plaćaju bolnici po računu i specifikaciji utrošenog materijala.

Prosječno trajanje hospitalizacije ovih pacijenata/ica je 4 dana koliko je potrebno da se eventualna krv ili serom izvadi iz svake dojke preko drenova. Kirurški konci se skidaju nakon 10 – 12 postoperacijskih dana. U postoperacijskom tijeku dozvoljeno je svakodnevno tuširanje i održavanje higijene operirane regije. Od prvog postoperacijskog dana tijekom mjesec dana obavezno je nošenje elastično-kompresivne majice. Po skidanju konaca preporuča se mazati ožiljke posebnim gelom tako da su oni nakon kraćeg vremena i estetski vrlo prihvatljivi.

Histerektomija i ovarijektomija

Pod ovim operacijskim zahvatima podrazumijeva se kirurško odstranjenje maternice i jajnika koje se može tehnički učiniti zajedno s postupkom mas-

tektomije. U većine pacijenata/ica histerektomija i/ili ovarijektomija nije obavezno indicirana. Ovaj se zahvat može učiniti endoskopski asistirano. Do sada niti kod jednog/e našeg/e pacijenta/ice nismo imali indikaciju za histerektomiju i/ili ovarijektomiju. Ove operacijske zahvate izvodi ginekolog/inja.

Kirurška transformacija genitalija

Ovaj kirurški zahvat obuhvaća odstranjenje vagine (vaginektomiju), rekonstrukciju dijela uretre, rekonstrukciju neopenisa (faloplastiku) i implantaciju testikularnih proteza (skroto-testikuloplastiku). Pacijenti/ce se rjeđe odlučuju za ovu vrstu operacijskog zahvata.

Faloplastika podrazumijeva rekonstrukciju estetski prihvatljivog neopenisa po mogućnosti i s „rekonstruiranim“ erogenim i taktilnim senzorijem. Do sada se podlaktični režanj pokazao kao metoda izbora, odnosno najbolje mikrokirurško rješenje u rekonstrukciji neopenisa. Ovo je složena mikrokirurška tehnika koja zahtijeva formiranje i neouretre. Operacijski zahvat traje nekoliko sati s mogućim komplikacijama. Naime, ženska uretra je kraća, a treba biti „produžena“ neouretrom. Taj je dio vrlo sklon komplikacijama (> 80%) u smislu uretero-kutanih fistula, stenoza i/ili striktura. Upravo na tom mjestu česte su komplikacije poput fistuliranja i curenja urina. Klitoris ostaje kao baza neopenisu u cilju boljeg senzibiliteta. Defekt na podlaktici se pokriva slobodnim kožnim transplantatom koji se uzima s natkoljenice. U istom aktu se učini i vaginektomija.

Testisi se mogu rekonstruirati ugradnjom testikularnih silikonskih proteza, uglavnom 6 mjeseci nakon prethodno rekonstruiranog skrotuma i neopenisa. Godinu dana po učinjenoj rekonstrukciji neopenisa i uspostavljanja senzibiliteta moguće je u strogo indiciranim slučajevima implantirati i erektilnu protezu u cilju postizanja kontrolirane erekcije. Kao druga rekonstrukcijska opcija neopenisu, osim podlaktičnog režnja, može se upotrijebiti i fibularni režanj (lisna kost) u cilju semierekcije, no taj se režanj nije pokazao kao dobra opcija s obzirom na „stalnu“ erekciju i relativno loš estetski rezultat. U dobro indiciranim slučajevima natkoljenični režanj i još neki perforatorski režnjevi mogu također biti izbor za mikrokiruršku rekonstrukciju neopenisu.

Metoidioplastika je postupak kirurške rekonstrukcije mikrofalusa od postojećeg klitorisa u slučajevima rekonstrukcije vrlo malog penisa. U istom aktu može se rekonstruirati skrotum transpozicijskim režnjevima od velikih usni (labia majora) zajedno s vaginektomijom.

Mokrenje u stojećem stavu želja je većina transpolnih osoba kod kojih je učinjena rekonstrukcija neopenisa. Mogućnost seksualnog odnos sljedeća je želja većine transpolnih pacijenata/ica. Erekciju je moguće postići ugradnjom posebnih erektilnih proteza koje se inače koriste za liječenje erektilne disfunkcije kod dijabetičara. Ugradnja takvih proteza nerijetko je spojena s komplikacijama (loša pozicija, infekcija). Značajan broj transpolnih osoba (> 80%) opisuje „seksualno zadovoljstvo“ i bez mogućnosti i potrebe za penetracijom.

Kirurška prilagodba muškog u ženski spol (MtF)

Amputacija penisa i formiranje neovagine

Prvi akt kirurške tranzicije muškarca u ženu najčešće je kirurška amputacija penisa i formiranje neovagine. Od kavernoznog dijela penisa formira se neoklitoris, a od spongioznog dijela penisa formira se neomeatus uz skraćenje uretre (muška uretra je duža od ženske uretre), a od kože penisa se formira neovagina. Od dijela skrotuma kirurški se formiraju velike usne uz amputaciju oba testisa, dok se od kože penisa formira neovagina. Radi dodatnog morbiditeta prostatektomija se ne preporuča. Dubina neovagine formira se do duljine 8 – 10 cm. Urinarni kateter se vadi 2 tjedna nakon operacije.

Augmentacija dojki

Augmentacija dojki je kirurški postupak povećanja dojki umetanjem odgovarajućeg silikonskog implantata identičnom kirurškom tehnikom kao i kod žena. Prije augmentacije preporuča se učiniti prethodni UZV obje dojke, odnosno pektoralnih regija. Broj i vrsta mogućih komplikacija ne razlikuje se od onih koje prate klasičnu augmentaciju dojki kod žena. Moguće komplikacije su: hematoma kao posljedica krvarenja uz implantat, infekcija te smetnje senzibiliteta oko bradavice. U slučaju većeg hematoma potrebna je reoperacija u smislu evakuacije istog. Ako dođe do infekcije, potrebno je odstraniti implantat. Smetnje osjeta oko bradavice prolaznog su karaktera i nestaju u vremenu od nekoliko tjedana ili mjeseci. Kapsularna kontraktura moguća je komplikacija koja narušava izgled operirane dojke. Reoperacija je potrebna u slučaju kapsule (fibrozna ovojnica) koja čini značajnu asimetriju i nezadovoljavajući estetski rezultat.

Dodatni kirurški zahvati u sklopu prilagodbe spola

U strogo indiciranim slučajevima moguće je učiniti i niz dodatnih kirurških zahvata u cilju postizanja i naglašavanja „estetskog dojma“ muškog, odnosno ženskog lica i tijela. U obzir dolazi rinoplastika – kirurška korekcija nosa kao i umetanje raznih silikonskih implantata u obraze i bradu. Transplantacija kose i liposukcija također su neki od kirurških zahvata. Oblik lica (obrazi, usne) moguće je naglasiti i nekim nekirurškim zahvatima kao što su fileri, masno tkivo ili niti. Posebnom kirurškom tehnikom moguće je smanjiti projekciji Adamove jabučice na vratu, ali i povećati gluteuse masnim tkivom ili silikonskim implantatima.

Zaključna napomena

Preduvjet uspješnog procesa tranzicije spola svakako je multidisciplinarni pristup koji se sastoji u timskom radu psihologa/inje, endokrinologa/inje, ginekologa/inje, urologa/inje i plastičnog/e kirurga/inje.

Prilog 1: Obrazac prijeoperacijske pripreme i obrade



KBD / Klinička bolnica Dubrava
Avenija Gojka Šuška 6
10000 Zagreb
Telefon: 01 / 290 24 44
Telefaks: 01 / 286 36 95
E-mail: kbd@kbd.hr

Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Administracija-Tel. 01/290 25 69
Fax: 01/290 24 51 ili 290 29 91
Odjel-Tel. 01/290 25 72
Ambulanta-Tel. 01/290 27 68
Ambulanta-ŠALTER-Tel. 01/290 23 69
<http://zagreb.kbd.hr/plastkir>
E-mail: plki@kbd.hr

PRIJEOPERACIJSKA PRIPREMA

Ime i prezime:

Dijagnoza:

Operacija:

Slobodni smo Vas obavijestiti da ste prebilježeni za primitak u bolnicu za datum:

_____ u _____ sati.

Po dolasku javiti se na Kliniku za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju, 5. kat lijevo.

Sa sobom donijeti:

1. Uputnicu za bolničko liječenje.
2. Nalaze, ne starije od mjesec dana: kompletna krvna slika, PV, APTV, K, Na, biokemija, EKG, Rtg. srca i pluća (samo za pacijente/ice iznad 40 godina ili ranijim plućnim bolestima), krvnu grupu, a za odrasle s komorbiditetom i internistički pregled.
3. Za pacijente/ice koji/e imaju bolesti štitnjače molimo donijeti nalaz hormona štitnjače ne starije od dva mjeseca i svu prateću medicinsku dokumentaciju.
4. Za djecu: pedijatrijski pregled.
5. Povijest bolesti i sve prethodne medicinske nalaze.
6. Za pacijente/ice iz Zagreba, javiti se u anesteziološku ambulantu deset dana prije termina operacije s uputnicom za anesteziologa i traženim nalazima.
7. Pribor za osobnu higijenu.

Molimo Vas da dolazak potvrdite, po mogućnosti radni dan prije datuma prijema, telefonski – 290 25 69, faksom – 290 24 51.

Sa štovanjem.

Liječnik/ca:

Korištena literatura i preporuke za dalje čitanje

1. Budi S. Matematičko-antropometrijska metoda određivanja položaja centra dojke u muškaraca. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2003.
2. Beer GM, Varga Z, Budi S. Incidence of the superficial fascia and its relevance in skin-sparing mastectomy. *Cancer* 2002;94:1619-1625
3. Budi S, Beer MG, Morgenthaler W, Seifert B, Infanger M, Meyer VE. Configuration and location of nipple-areola complex in male. European appointment 35th National Congress of the Swiss Society of Plastic Surgery. Abstract Book. St.Gallen, 1999: 37
4. Volker W, Kunzi W, Budi S, Meyer VE. Sigmoid colon colpopoiesis: The better choice for secondary vaginoplasty in male to female transsexuals. In: Roje Z, ed. Abstract Book – IIIrd Croatian Congress CSPRAS with International Participation. Split, Croatia, September 2000
5. Beer GM, Budi S, Seifert B, Morgenthaler W, Infanger M, Meyer VE. Configuration and localisation of the NAC in man. *Plast Reconstr Surg* 2001, 108: 1947-52
6. Stanec Z, Žic R, Stanec S, Budi S. Skin-sparing mastectomy with nipple-areola conservation. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:496-498
7. Monstrey SJ, Ceulemans P, Hoebeke P. Sex reassignment surgery in the female to male transsexual. *Sem Plast Surg* 2017;25(3):229-243.
8. Hoebeke P. Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *Eur Urol* 2015;47(3):398-402.
9. Selvaggi G, i sur. Donor side morbidity of the radial forearm free flap after 125 phalloplasties in gender identity disorder. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(5):1171-1177.
10. Ssengezer M. Long-term follow-up of totalpenile reconstruction with sensate osteocutaneous free fibula flap in 18 biological male patient. *Plast Reconstr Surg* 2014;114(2):439-450.
11. Monstrey SJ. Surgical therapy in transsexual patients: a multi-disciplinary approach. *Acta Chir Belg* 2017;101(5):200-209.
12. Fang RH, Chen TJ, Chen TH. Anatomic study of vaginal width in male-to-female transsexual surgery. *Plast Reconstr Surg* 2013;112(2):511-514.
13. Moore E. Endocrine treatment of transsexual people: a review of tract-

ment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(8):3467-3473.

14. Franco T. Male to female transsexual surgery: experience at the UFRJ University Hospital. *Rew Col Bras Cr* 2010;37(6):426-434.
15. Nikolic DV. Importance of revealing a rare case of breast cancer in female to male transsexual after bilteral mastectomy. *World J Surg Oncol* 2012;10:280-284.

Rječnik LGBTI pojmova¹¹

BISEKSUALNA OSOBA

Osoba koju seksualno i/ili emocionalno privlače osobe oba spola.

COMING OUT (kaming aut)

Sintagma koja potiče od engleske fraze *coming out of the closet* (izaći iz ormara) već se ustaljeno upotrebljava u značenju javnog i otvorenog istupanja vlastite seksualne orijentacije (kod lezbejki, gejeva i biseksualnih osoba), rodnog identiteta (kod trans osoba) i spolnih karakteristika (kod interspolnih osoba). Javlja se u dvije ravni: kao samootkriće i kao (manje ili više) javna obznana drugima. Coming out (izlazak iz ormara) je od velikog značaja za LGBTI osobe, jer na taj način javno afirmišu sopstveni identitet, što je veoma važno za psihološko zdravlje i kvalitet života ove manjinske grupe.

DISKRIMINACIJA

Diskriminacija je svako razlikovanje, isključivanje, ograničavanje i svaki oblik stavljanja u nepovoljan položaj osobe ili grupe osoba po nekom osnovu. Različiti su osnovi, odnosno karakteristike po kojima se osoba ili grupa osoba dovodi u nepovoljan položaj. Tako se lezbejke, gejevi i biseksualne osobe mogu diskriminisati na osnovu *seksualne orijentacije*, trans (između ostalog transrodne i transpolne osobe) na osnovu *rodnog identiteta* i rodnog izražavanja, a interspolne osobe na osnovu *spolnih karakteristika*. Stoga je jako važno da sva tri osnova (seksualna orijentacija, rodni identitet i spolne karakteristike) budu prepoznati kroz zakone, kao osnovi na kojima je zabranjena diskriminacija.

HOMOFOBIIJA

Iracionalan strah, netolerantnost i predrasuda prema gej muškarcima i lezbejkama. Manifestuje se kao ubjeđenje u superiornost heteroseksualnosti. To ubjeđenje rađa nasilje prema neheteroseksualnim osobama koje se opravdava uvjerenjem u vlastitu superiornost (i njihovu inferiornost). **Nasilje se ogleda** u verbalnim i fizičkim napadima, te diskriminaciji.

¹¹ Rječnik LGBTI pojmova nastao je zajedničkim radom tima Sarajevskog otvorenog centra.

Za više informacija o terminologiji u domenu zdravstvene zaštite transrodnih, transpolnih i osoba koje se rodno ne konformiraju preporučujemo „Standarde njege zdravlja transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, 7. verzija“, a koje je objavila Svjetska asocijacija stručnjaka/inja za trans zdravlje.

HOMOSEKSUALNA OSOBA

Osoba koju privlače osobe istog spola.

Lezbejka

Žena koju seksualno i/ili emotivno privlače druge žene.

Gay (gej)

Muškarac kojeg seksualno i/ili emotivno privlače drugi muškarci. Koristi se i kao pridjev (npr gej osoba), te se u tom slučaju odnosi i na muškarce i na žene istospolne orijentacije.

Homoseksualac

Zastarjeli klinički termin za osobe čija je seksualna orijentacija usmjerena prema osobama istog spola, odnosno osoba koju seksualno i/ili emocionalno privlače osobe istog spola. Termin je neprikladan i mnogi gejevi i lezbejke smatraju ga uvredljivim. Korektniji termini su gej (muškarac)/gejevi i lezbejka.

INTERSPOLNE OSOBE

Osobe čije *spolne karakteristike*, uključujući hromosome, gonade i genitalije, odstupaju od tipične, binarne podjele na muška i ženska tijela. Postoje različiti oblici interspolnosti. Osobe se tako po spolu mogu dijeliti na muške, ženske i interspolne. *Interspolne osobe*, kao i muške i ženske osobe, imaju svoju seksualnu orijentaciju i rodni identitet. U prošlosti ove osobe su često puta nazivane hermafroditima, ali se ovaj termin smatra diskriminatorskim i medicinski u potpunosti neispravnim.

LGBTI

Sveobuhvatni pojam koji se koristi kako bi se označile lezbejke, gej muškarci, biseksualne, trans*(rodne) i interspolne osobe. Pojam označava heterogenu skupinu koja se obično imenuje akronimom LGBTI u društvenom i političkom aktivizmu.

LGBTTIQ

Skraćenica za lezbejke, gej muškarce, biseksualne, transrodne, transpolne, interspolne i queer osobe.

QUEER (kvir)

Queer je ranije u engleskom jeziku korišten kao pogrdan naziv za neheteroseksualne osobe. Ovaj termin su LGBTI osobe zatim preuzele kako bi opisivale same sebe. Neke osobe posebno cijene ovaj termin zato što označava prkos i zato što obuhvata različitost – ne samo gejeva i lezbejki već i biseksualnih, transrodnih i interspolnih osoba, a uključuje i heteroseksualne osobe koje sebe vide ili žive svoj život van heteropatrijarhalnih normi.

PRAVNA PROMJENA SPOLA

Pravna promjena spola podrazumijeva promjenu podataka o ličnosti i ličnih dokumenata kao posljedicu prilagodbe spola ili života u drugom rodnom identitetu.

PRILAGODBA SPOLA

Prilagodba spola podrazumijeva medicinsko prilagođavanje biološkog spola rodnom identitetu.

ROD

Rod podrazumijeva društveni konstrukt spola i označava društveno uspostavljene uloge, položaje, statuse i razlikovanja osoba u javnom i privatnom životu na osnovu spola.

RODNA DISFORIJA

Rodna disforija odnosi se na trajni distres (uznemirenost) i nezadovoljstvo zbog osjećaja osobe da ne pripada svome biološkom spolu, rodu koji joj je pripisan na osnovu biološkog spola, a prema tome i rodnoj ulozi koja se veže uz njegov/njen biološki spol određen izgledom genitalija pri rođenju.

RODNI IDENTITET

Rodni identitet veže se za individualno iskustvo i shvatanje vlastitog spola, što može ali ne mora odgovarati spolu dodijeljenom pri rođenju. Rodni identitet se, između ostalog, odnosi na lični doživljaj sopstvenog tijela, odijevanje i način govora. Osobe čiji je rodni identitet u skladu sa spolom koji mu/joj je dodijeljen pri rođenju nazivaju se *cisrodnim osobama*, a osobe čiji rodni identitet nije u skladu sa spolom koji mu/joj je dodijeljen pri rođenju nazivaju se *trans(rodne) osobe*. Transpolne osobe, kao podgrupa transrodnih osoba, osobe su čiji rodni identitet nije u skladu sa spolom koji mu/joj

je dodijeljen pri rođenju i koje imaju namjeru da prilagode svoj biološki spol ili su u procesu prilagodbe.

Rodno izražavanje

Vizuelna i spoljna prezentacija svake osobe koja se ogleda kroz odijevanje, odjevne ili tjelesne oznake, frizuru, ponašanje i govor tijela. Dok većina sebe predstavlja u jasno muškoj ili ženskoj rodnoj ulozi, neke osobe se predstavljaju u alternativnoj rodnoj ulozi, kao što je rodnokvir ili transrodna.

SAMOODREĐENJE

Samoodređenje je pravo svake osobe da se identificira i definira te mijenja svoj identitet bez obzira radi li se o spolu, rodu, spolnom i rodnom identitetu, seksualnoj orijentaciji i cjelokupnoj seksualnosti, nacionalnosti, etničkoj pripadnosti, bilo u vezi vlastitog tijela ili društvenog statusa, dokle god to pravo ne krši prava drugih osoba.

SEKSUALNA ORIJENTACIJA

Emocionalna i/ili seksualna privlačnost ili naklonost, koja može biti prema osobama istog i/ili različitog spola/roda. Obično se koristi klasifikacija na *heteroseksualne* (privlačnost prema osobama različitog spola), *homoseksualne* (privlačnost prema osobama istog spola) i *biseksualne* (privlačnost prema osobama istog i različitog spola) osobe. U pravu u Bosni i Hercegovine često se koriste i termini spolna orijentacija, spolno opredjeljenje, seksualno opredjeljenje, seksualne preferencije, spolne preferencije, ali se preporučuje termin seksualna orijentacija.

SPOL

Spol podrazumijeva klasifikovanje osoba na osnovu bioloških karakteristika. Spol može biti muški, ženski i interspolni. Spol se pripisuje pri rođenju kao muški ili ženski, obično na osnovu izgleda spoljašnjih genitalija. Kada spoljašnje genitalije nisu tipične, druge komponente spola (unutrašnje genitalije, hromozomski i hormonski spol) uzimaju se u obzir kako bi se pripisao spol. Kod većine ljudi, rodni identitet i rodno izražavanje su u skladu sa spolom koji im je pripisan pri rođenju. Kod transpolnih, transrodnih i osoba koje se rodno ne konformiraju, rodni identitet ili izražavanje se razlikuju od spola koji im je pripisan pri rođenju.

SPOLNE KARAKTERISTIKE

Spolne karakteristike osoba, kao što su hromozomi, gonade i genitalije, znaju odstupati od tipične, binarne podjele na muška i ženska tijela. Osobe se tako po spolu mogu dijeliti na muške, ženske i interspolne. Interspolne osobe, stoga, mogu biti diskriminirane ili meta krivičnih djela počinjenih iz mržnje i predrasude zbog svojih spolnih karakteristika.

TRANSFOBIJA

Iracionalan strah, netolerantnost i predrasuda prema transpolnim i transrodnom osobama, zbog njihovog stvarnog ili pretpostavljenog rodnog identiteta i/ili rodnog izražavanja.

TRANS OSOBE

Skraćeni naziv za transrodne, transpolne i osobe koje se rodno ne konformiraju i/ili rodno nenormativne osobe.

TRANSRODNA OSOBA

Termin za osobe čiji rodni identitet nije u skladu sa spolom koji im je dodijeljen pri rođenju. Transrodnost obuhvata one osobe koje osjećaju, preferiraju ili biraju da predstavljaju sebe drugačije od očekivanih rodnih uloga koje im tradicionalno pripadaju na osnovu spola dodijeljenog pri rođenju, bilo kroz način odijevanja, način govora, manirizme, kozmetiku ili modifikacije tijela. Između ostalih, transrodnost se odnosi i na osobe koje se ne identificiraju oznakama muško i žensko, zatim transpolne osobe, transvestite i cross-dressere. *Transrodni muškarac* je osoba kojoj je pri rođenju dodijeljen ženski spol, ali je njegov rodni identitet muški ili se nalazi negdje na spektru maskulinih rodnih identiteta. *Transrodna žena* je osoba kojoj je pri rođenju dodijeljen muški spol, ali je njen rodni identitet ženski ili se nalazi negdje na spektru ženskih rodnih identiteta.

Transpolna osoba

Osoba koja ima jasnu želju i namjeru da promijeni/prilagodi svoj spol, kao i osoba koja je djelomično ili potpuno modificirala svoje tijelo (što uključuje fizičku i/ili hormonalnu terapiju i operacije prilagodbe spola, feminizirajuće ili maskulinizirajuće medicinske intervencije).

Osoba koja se rodno ne konformira

Ovo je izraz kojim se opisuju osobe čiji se rodni identitet razlikuje od normativnog za njihov pripisani spol u određenoj kulturi i povijesnom periodu.

TRANZICIJA

Tranzicija je period tokom kojega trans osobe mijenjaju rodnu ulogu pripisanu na osnovu spola pri rođenju, odnosno uzimaju drugu rodnu ulogu. Za mnoge osobe ovo znači da trebaju učiti kako da žive u drugoj rodnoj ulozi ili da trebaju pronaći rodnu ulogu i izražavanje koje im najviše odgovara. Tranzicija može ali i ne mora da uključi feminizaciju ili maskulinizaciju tijela hormonalnom terapijom ili nekim drugim medicinskim procedurama. Trajanje tranzicije je promjenjivo i individualno.

O autorima_cama

Asmira Topal (1988)

Asmira se trans aktivizmom bavi od 2012. godine kada je osnovana udruga Trans Aid – Udruga za promicanje i zaštitu prava trans, inter i rodno varijantnih osoba. Sudjelovala_o je na brojnim regionalnim i međunarodnim edukacijama i konferencijama, što mu_joj je pružilo alate za sudjelovanje u razvijanju trans aktivizma u Hrvatskoj, kroz djelovanje u udruzi Trans Aid, kao i u regiji, u udruzi Trans Mreža Balkan. Od 2015. je redovno zaposlen_a u udruzi Trans Aid na poziciji izvršnog_e koordinatorice.

Jedan_na je od autora_ica publikacije „Preporuke za unapređenje prava trans, inter i rodno varijantnih osoba“, u izdanju Trans Aida.

Jovan Džoli Ulićević (1991)

Jovan je diplomirani biolog, specijalista u oblasti ekologije, kao i trans aktivista iz Crne Gore, koji se bavi zaštitom i promocijom ljudskih prava transrodnih, rodno varijantnih i interpolnih osoba na nacionalnom i regionalnom nivou. Svoj aktivizam započeo je 2013. godine, kao jedan od osnivača LGBTIQ asocijacije Kvir Montenegro u kojoj i dalje radi kao koordinator programa za zaštitu i promociju ljudskih prava trans osoba. Zajedno s grupom aktivista/kinja iz zemalja bivše Jugoslavije, 2014. g. bio je jedan od osnivača regionalne organizacije Trans Mreža Balkan koja se bavi zaštitom ljudskih prava trans, rodno varijantnih i interpolnih osoba (TIRV) u zemljama Zapadnog Balkana: Hrvatskoj, Crnoj Gori, Bosni i Hercegovini, Srbiji, Sloveniji, Kosovu, Albaniji i Makedoniji.

Kroz Trans Mrežu Balkan posvećen je izgradnji trans i inter pokreta u regiji, pružanju vršnjačke podrške, osnaživanju trans zajednice, kao i podizanju svijesti o trans i inter temama. Od 2017. godine je izvršni direktor Asocijacije „Spektra“, prve trans organizacije u Crnoj Gori. Kroz svoj aktivizam bavio se zagovaranjem ljudskih prava TIRV osoba, podizanjem vidljivosti trans i inter tema u društvu, edukacijom institucija, nevladinih organizacija, političkih partija i opšte javnosti o ljudskim pravima TIRV osoba, kao i razvijanjem interseksionalnog pristupa u radu s trans osobama, uključujući rad s trans osobama koje žive s HIV-om, transeksualnim radnicima/ama, trans osobama koje koriste droge, trans osobama obojene boje kože, etničkim manjinama, imigrantima/kinjama, itd.

Autor je nekoliko publikacija i brošura koje se bave trans temama, is-

traživanja o diskriminaciji trans osoba u zatvorskim sistemima, kao i izvještaja iz sjenke o implementaciji CEDAW preporuka te implementaciji Preporuka Komiteta ministara o mjerama borbe protiv diskriminacije na osnovu seksualne orijentacije i rodnog identiteta.

Liam Isić (1996)

Liam je diplomirao pravo na Američkom univerzitetu u Bosni i Hercegovini. Od 2016. godine je dio tima Sarajevskog otvorenog centra kao volunteer, a od 2018. godine je angažovan kao projektni asistent. Bavi se aktivnostima vezanim za rad s LGBTI osobama, a posebno onima koje se odnose na rad s trans zajednicom u Bosni i Hercegovini i zagovaranje prava transrodnih osoba u BiH.

Autor je više članaka i tekstova koji tematiziraju probleme i prava trans osoba u Bosni i Hercegovini – autor *policy paper*a pod nazivom *Procjena troškova prilagodbe spola: Preporuke za unapređenje pravnog i medicinskog pristupa transrodnim osobama u Bosni i Hercegovini*, te je jedan od autora *Rozog izvještaja 2018, godišnjeg izvještaja o stanju ljudskih prava LGBTI osoba u Bosni i Hercegovini*, u izdanju Sarajevskog otvorenog centra.

Iva Žegura (1979)

Iva je rođena u Zagrebu. Diplomirala je 2003. godine psihologiju pri Filozofskom fakultetu u Zagrebu, a 2012. g. odbranila specijalistički rad „Zaštitni i rizični faktori ličnosti kod razvoja koronarne srčane bolesti“ te stekla titulu magistre specijalistkinje kliničke psihologije. Polaznica je doktorskog studija psihologije pri Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Ima završene četiri godine poslijediplomske edukacije iz gestalt terapije (Institute für Integrative Gestalttherapie Würzburg – IGW) te je i apsolutnica seksualne terapije.

Zaposlena je pri Klinici za psihijatriju Vrapče na Zavodu za biologijsku psihijatriju i psihogerijatriju. U svojoj širokoj praksi kliničke psihologinje, između ostalog, unatrag 10 godina surađuje s mnogim stručnim i nevladinim organizacijama te se bavi savjetodavnim i terapijskim radom s pripadnicima/ama seksualnih i rodnih manjina. Pročelnica je Sekcije za kliničku i zdravstvenu psihologiju Hrvatskog psihološkog društva te suosnivačica i dopročelnica Sekcije za psihologiju seksualnosti i psihologiju roda Hrvatskog psihološkog društva. Aktivna je članica Hrvatske psihološke komore unutar Razreda za kliničku psihologiju te kao članica Upravnog odbora i

Povjerenstva za stručna pitanja. Suosnivačica je i članica Upravnog odbora Zagrebačkog psihološkog društva. Redovito sudjeluje na domaćim i međunarodnim psihologijskim simpozijima, kongresima i konferencijama, kao i onim usmjerenim na teme seksualnog zdravlja, seksualne orijentacije i rodnog identiteta.

Autorica je više radova, članaka te dvije knjige: „Psihološki aspekti koronarne srčane bolesti“ te „Coming out: razumjeti vs./feat. prihvatiti“. Autorica je poglavlja „Drugačiji oblici partnerskih zajednica – psihološki aspekti LGBT partnerstva i roditeljstva“ u sveučilišnom priručniku *Psihološki aspekti suvremene obitelji, braka i partnerstva* u izdanju Sveučilišta u Zadru i Hrvatskog psihološkog društva. Uz Natašu Mrduljaš Đujić uredila je prvi priručnik iz seksualne medicine na hrvatskom jeziku *Osnove seksualne medicine* u kojemu je sudjelovala s poglavljem „Rodna disforija – skrb o rodno nenormativnim, transrodnim i transspolnim osobama u sustavu mentalnog zdravlja“.

Vanjska je stručna suradnica Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, Hrvatskih studija i Filozofskog fakulteta u Rijeci te mentorica psiholozima/ginjama vježbenicima/ama. Sudjeluje i u izvedbi nastave „Psihologija sestrinstva“ na Studiju sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Za osobito vrijedan doprinos primijenjenoj psihologiji dodijeljena joj je 2011. g. nagrada Hrvatskog psihološkog društva „Marko Marulić: Fiat psychologia“. Članica je Hrvatskog psihološkog društva, Hrvatske psihološke komore, Zagrebačkog psihološkog društva, Hrvatskog društva za seksualnu terapiju, Hrvatskog društva za gestalt i integrativnu terapiju, World Professional Association for Transgender Health i European Professional Association for Transgender Health, te European Society of Sexual Medicine.

Tea Dakić (1983)

Tea je rođena u Podgorici, gdje i danas živi i radi kao ljekarka na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Crne Gore. Ipak, s obzirom na to da voli i da šeta i da uči, završava specijalizaciju iz psihijatrije na Univerzitetu u Beogradu, a bioetiku je magistrirala u New Yorku, kao stipendistkinja Fogarty međunarodnog centra.

Ljudska prava su joj uvijek u fokusu pa je, kao saradnica NVO Juventas, učestvovala u izradi sljedećih publikacija: „Vodič dobre prakse za medicinske radnike/ce u radu sa LGBT osobama“, „Rad sa LGBT osobama: Vodič

za socijalne radnike/ce“, „Jednak tretman: Izvještaj o pravima LGBT osoba u Zavodu za izvršenje krivičnih sankcija (ZIKS)“, „Kreiranje sigurnog okruženja za LGBTIQ osobe: Uloga i odgovornost socijalnog rada, policije i civilnog društva“ i „Izvještaj o ljudskim pravima LGBT osoba u Crnoj Gori u 2011“.

Velimir Altabas (1968)

Velimir je svoje školovanje započeo u Njemačkoj, a nastavio u Hrvatskoj, gdje je maturirao u Klasičnoj gimnaziji i završio studij medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Po završetku pripravničkog staža u KBC-u „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu specijalizirao je internu medicinu te subspecijalizirao endokrinologiju i dijabetologiju. Usporedo sa specijalizacijom i subspecijalizacijom završio je poslijediplomski studij iz kliničke farmakologije te magistrirao i doktorirao.

Trenutno je zaposlen na Medicinskom fakultetu u Zagrebu kao viši asistent pri Katedri za internu medicinu, te pri Internoj klinici na Zavodu za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma „Mladen Sekso“ u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“, gdje je voditelj poliklinike i dnevne bolnice Zavoda.

Transeksualnošću se počeo baviti tijekom subspecijalizacije iz endokrinologije i dijabetologije, s obzirom na to da dio problema vezan uz tranziciju transrodnih osoba zalazi u navedeno subspecijalističko područje. Tijekom vremena sudjelovao je u razvoju sustavne suradnje između nekoliko hrvatskih ustanova koje pružaju psihološku, psihijatrijsku, endokrinološku, ginekološku te kiruršku skrb transrodnim osobama, što je prepoznato i postalo prihvaćeno u Hrvatskoj, ali i šire.

Srećko Budi (1963)

Srećko je diplomirao na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 1989. godine. Specijalizirao je opću kirurgiju 1996. g., a subspecijalizaciju iz plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije je završio 1998. g. - pri Odjelu za plastičnu kirurgiju Klinike za kirurgiju KB-a „Dubrava“, Zagreb; 2000. g. - pri Sveučilišnoj bolnici Zürich, Švicarska - Klinika za kirurgiju šake, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju te za opekline; i 2003. g. - pri Odjelu za plastičnu kirurgiju KB-a „Dubrava“. Titulu doktora znanosti stekao je 2003. g., a od 2017. g. angažiran je kao izvanredni profesor u području biomedicinske znanosti na Katedri za kirurgija Medicinskog fakulteta

Sveučilišta u Zagrebu.

Na polju inovacija napravio je „Fixclip-kopču za tie-over“ i „Kompjuterski program određivanja pozicije bradavica-areola kompleksa kod opeklina, transseksualaca i ginekomastije“.

Član je Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog kirurškog društva, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog društva za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju (CSPRAS), ISAPS-a (International Society of Aesthetic Plastic Surgery), ESPRAS-a (European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery), EBOPRAS-a (European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery) i ECAMS-a (European College of Aesthetic Medicine and Surgery). Također, predsjednik je Sekcije za rane Hrvatskog društva za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju.

Autor je više stručnih radova objavljenih u časopisima i na kongresima, poglavlja u knjigama te urednik više skripti i brošura.

O Sarajevskom otvorenom centru

Sarajevski otvoreni centar (SOC) zagovara puno poštivanje ljudskih prava i društvenu inkluziju LGBTI osoba i žena. Sarajevski otvoreni centar je nezavisna, feministička organizacija civilnog društva koja teži osnažiti LGBTI (lezbejke, gej, biseksualne, trans i interspolne) osobe i žene jačanjem zajednice i građenjem aktivističkog pokreta. SOC također javno promovira ljudska prava LGBTI osoba i žena, te na državnom, evropskom i međunarodnom nivou zagovara unapređivanje zakonodavstva i javnih politika u Bosni i Hercegovini.

Ovdje ćemo istaći samo neka postignuća koja se odnose na ravnopravnost LGBTI osoba i žena.

Pored psihosocijalnog i pravnog savjetovanja, nastavili_e smo voditi jedini LGBTI medij u državi – portal www.lgbti.ba. Organizovali_e smo treninge za policiju, tužilaštva i sudove te intenzivno radili_e na stvaranju lokalne institucionalne mreže podrške LGBTI osobama u Kantonu Sarajevo, unapređenju prijedloga regulacije biomedicinski potpomognute oplodnje u Federaciji BiH, pravima radnica u vezi sa diskriminacijom na osnovu spola i porodijskog odsustva, ali i podizanju svijesti o rodno zasnovanom nasilju u BiH. Tokom 2017. godine nekoliko naših zakonodavnih i policy inicijativa ušlo je u vladinu ili parlamentarnu proceduru.

Naš zagovarački fokus usmjerili_e smo na pitanja politika za ravnopravnost žena i LGBTI osoba u BiH, pitanja reproduktivnih prava žena i muškaraca, roditeljstva u kontekstu pomirenja privatnog i poslovnog života, slobode okupljanja LGBTI osoba i unapređivanja institucionalnog okvira za zaštitu od nasilja i diskriminacije, te namjeravamo da nastavimo rad na pitanjima koja se tiču trans osoba, istospolnih zajednica, njihove društvene inkluzije, ali i položaja LGBTI osoba u obrazovanju, zdravlju, radu i zapošljavanju. Tokom protekle godine provodili_e smo i medijske kampanje koje su dosegle preko milion bh. građana_ki, a organizovali_e smo i LGBTI filmski festival Merlinka.

Više o našem radu možete pronaći na www.soc.ba.

Ova publikacija izlazi u okviru edicije *Ljudska prava*, koju objavljuje Sarajevski otvoreni centar.

U ediciji *Ljudska prava* objavljujemo različite izvještaje, tekstove i publikacije koje se tiču ljudskih prava žena, lezbejki, gej, biseksualnih, transrodnih i interspolnih osoba. Neke od publikacija koje je objavio Sarajevski otvoreni centar, a koje se tiču istraživanja vezanih za ljudska prava LGBTI osoba i tematiku transrodnosti su:

Liam Isić (2018). *Procjena troškova prilagodbe spola: Preporuke za unapređenje pravnog i medicinskog pristupa transrodnim osobama u Bosni i Hercegovini*. Edicija Human Rights Papers

Vladana Vasić, Emina Bošnjak, Darko Pandurević, Liam Isić, Jozo Blažević, Lejla Huremović (2018). *Rozi izvještaj 2018. Godišnji izvještaj o stanju ljudskih prava LGBTI osoba u Bosni i Hercegovini*

Emina Bošnjak, Vladana Vasić, Inela Hadžić i Darko Pandurević (2017). *Rozi izvještaj 2017. Godišnji izvještaj o stanju ljudskih prava LGBTI osoba u Bosni i Hercegovini*

Dajana Cvjetković, Vladana Vasić (2017). *Ka odgovornom i profesionalnom postupanju sa lezbejkama, gejevima, biseksualnim, transrodnim i interspolnim osobama. Priručnik za predstavnike_ice institucija koje djeluju na nivou općina, gradova i kantona u BiH*

Edita Miftari (2017). *Vodič kroz administrativnu proceduru upisa prilagodbe spola za transrodne osobe u Bosni i Hercegovini*

Damir Banović, Natalija Petrić, Slavoljupka Pavlović i Vladana Vasić (2016). *Trans*formacija prava: Modeli pravnog regulisanja prilagodbe spola u BiH*

Damir Banović, Jasmina Čaušević, Slobodanka Dekić, Ryan Fin (2015). *Život van zadatih normi: Transrodnost u Bosni i Hercegovini*

Vladana Vasić (2013). *Izvještaj o pravnom položaju transrodnih osoba u BiH*

Sve publikacije su dostupne na web stranici soc.ba, pod rubrikom Publikacije – Edicija *Ljudska prava*.

Sarajevski otvoreni centar
Čekaluša 16
71000 Sarajevo
+387 33 551 000
office@soc.ba

www.soc.ba // www.lgbti.ba