

Razvoj spolnog identiteta

Kovačina, Domagoj

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:247096>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Domagoj Kovačina

Razvoj spolnog identiteta

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom prof. dr. sc. Rudolfa Gregureka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019./2020.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

ACTH – Adrenokortikotropinski hormon

ALT – Alanin aminotransferaza

AMH – Anti-Müllerov hormon

APA – American Psychological Association

AST – Aspartat aminotransferaza

BPES – Blepharophimosis, Ptosis and Epicanthus inversus Syndrome

BSTc – Bed nucleus of the Stria Terminalis

CRF – Kortikotropin-oslobodajući hormon

DHEAS – Dehidroepiandrosteron

DHT – Dihidrotestosteron

DSD – Disorders of Sex Development

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-R – Revision of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKG – Elektrokardiogram

FSH – Folikulo stimulirajući hormon

fT4 – Slobodni tiroksin

FtM – Female-to-Male

GD – Gender Dysphoria

GID – Gender Identity Disorder

GIDAANT – Gender Identity Disorder of Adolescence and Adulthood; Nontranssexual Type

GIDC – Gender Identity Disorder in Children

GIDNOS – Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified

GnRH – Gonadotropin-Releasing Hormone

GRS – Gender Reassignment Surgery

hCG – Humani korionski gonadotropin

ICD – International Classification of Diseases

HDL – High Density Lipoprotein

INAH – Interstitial Nuclei of the Anterior Hypothalamus

KAH – Kongenitalna adrenalna hiperplazija

LDL – Low Density Lipoprotein

LGBT – Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender

LGBTIQ – Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex and Queer

LH – Luteinizirajući hormon

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

MtF – Male-to-Female

MuŽ – Muško u Žensko

PO-AHA – Preoptic-Anterior Hypothalamic Area

SERKAL – Sex Reversion, Kidneys, Adrenal and Lung dysgenesis

SRY – Sex-determining Region Y

SRS – Sex Reassignment Surgery

TDF – Testis Determining Factor

TSH – Tiroidni stimulirajući hormon

UK – Ujedinjeno Kraljevstvo

WHO – World Health Organization

WPATH - The World Professional Association for Transgender Health

ŽuM – Žensko u Muško

SADRŽAJ:

Sažetak

Summary

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | UVOD | 1 |
| 1.1. | DEFINICIJE RODNE I SPOLNE TERMINOLOGIJE | 1 |
| 1.2. | POVIJESNI PREGLED | 5 |
| 1.3. | SOCIO-KULTUROLOŠKI PREGLED | 10 |
| 2. | FIZIOLOŠKI OBRAZAC RAZVOJA SPOLNOG I RODNOG IDENTITETA | 12 |
| 2.1. | GENETSKO-EMBRIOLOŠKA PODLOGA | 12 |
| 2.2. | BIOLOŠKA vs. PSIHOSOCIJALNA PODLOGA | 15 |
| 3. | PATOLOŠKI OBRAZAC RAZVOJA SPOLNOG I RODNOG IDENTITETA | 27 |
| 3.1. | TURNEROV SINDROM..... | 27 |
| 3.2. | KLINFELTEROV SINDROM..... | 28 |
| 3.3. | HERMAFRODITIZAM | 29 |
| 3.4. | PSEUDOHERMAFRODITIZAM..... | 29 |
| 3.4.1. | KONGENITALNA ADRENALNA HIPERPLAZIJA (KAH) | 31 |
| 3.4.2. | NEDOSTATAK 5- α -REDUKTAZE | 32 |
| 3.4.3. | SINDROM ANDROGENE NEOSJETLJIVOSTI | 33 |
| 4. | KLASIFIKACIJA I DIJAGNOSTIKA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA..... | 35 |
| 4.1. | POVIJESNI PREGLED KLASIFIKACIJA | 35 |
| 4.2. | DIJAGNOSTIČKE SMJERNICE..... | 40 |
| 4.3. | DIFERENCIJALNA DIJAGNOSTIKA | 43 |
| 5. | EPIDEMIOLOGIJA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA..... | 46 |
| 6. | KLINIČKA SLIKA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA | 49 |
| 7. | TERAPIJA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA | 52 |
| 8. | ZAKLJUČAK | 56 |
| 9. | ZAHVALE..... | 57 |
| 10. | POPIS LITERATURE..... | 58 |
| 11. | ŽIVOTOPIS..... | 66 |

SAŽETAK

Naslov rada: Razvoj spolnog identiteta

Autor: Domagoj Kovačina

Pitanje razvoja spolnog (danas točnije rečeno rodnog) identiteta složena je tematika koja do danas nije u potpunosti razriješena. Pitanje koje se nameće jest, imaju li veći utjecaj na razvoj rodnog identiteta biološki faktori, kao što su kromosomi i hormoni, ili socijalni faktori, npr. odgoj, interpersonalni odnosi s vršnjacima, životna sredina itd.? Tijekom povijesti, postojalo je mnogo teorija, no danas, mnogi istraživači najviše zastupaju teoriju utjecaja bioloških faktora na rodni identitet. Identitet, prema medicinskom, točnije psihološkom shvaćanju, možemo podijeliti na spolni i rodni. Međutim, to nisu sinonimi, kao što to percipira većina populacije. Upravo se zbog te razlike između spola i roda konstituira bit problema. Stoga se pacijent ne može sam identificirati gdje točno pripada u društveno zadanom binarnom rodnom sustavu (transseksualnost), odnosno, pripada li uopće u njega (interseksualnost). Drugi problem jest, hoće li pacijentova odluka o odabiru određenoj skupini binarnog rodnog sustava, odgovarati društvenim normama određene sredine. Pacijentova okolina ne može shvatiti što takva osoba proživljava, stoga se život u takvoj sredini doima nemoguć te se kao rezultat često javljaju suicidalne misli. Stalnim revidiranjem trenutnih smjernica za poremećaj rodnog identiteta, prilagođavamo se samim pacijentima, učimo iz prakse te težimo biti što efikasniji i pridonijeti što boljim životnim uvjetima. Stoga, cilj nam je pružiti sveobuhvatnu pomoć kako bi olakšali svakodnevne teškoće te izbjegli dugotrajne psihičke posljedice. Svakom pacijentu je potreban individualni pristup, što znači individualna psihoterapija s uključivanjem obitelji te hormonska i/ili kirurška terapija tranzicije spola. Međutim, s naglaskom da su prethodno zadovoljeni svi kriteriji te se pacijent osjeća spremno i zadovoljno u ulozi suprotnog spola. S obzirom na širok spektar bioloških i socijalnih varijacija poremećaja rodnog identiteta, ova tematika je i dan danas diskutabilna te su potrebna daljnja istraživanja kako bi se posve odgonetnulo ovo specifično psihičko stanje.

Ključne riječi: spolni identitet, rodni identitet, transseksualnost, interseksualnost, binarni rodni sustav, poremećaj rodnog identiteta

SUMMARY

Title: Development of gender identity

Author: Domagoj Kovačina

The issue of sexual (today more precisely called gender) identity development is a complex topic that has not yet been fully resolved. The question that arises here is, which factors have a greater influence on gender identity development, biological factors, such as chromosomes and hormones, or social factors, such as upbringing, interpersonal peer relationship, the surrounding environment etc.? Throughout the history, there have been many theories, but nowadays, most experts support the theory that gender identity is shaped mostly by biological factors. Identity, according to medical, i.e. psychological understanding, can be divided into sex and gender. However, these are not synonyms, as the majority of people perceive it. This differentiation between sex and gender is precisely what constitutes the essence of the problem. Because of this, the patient is unable to identify where he belongs in the socially set binary gender system (transsexuality) or whether he belongs to this system at all (intersexuality). The second problem is whether the patient's decision to be a part of a particular group inside the binary gender system correlates with the social norms of the particular environment. The patient's environment cannot comprehend what this person is experiencing, which makes the life in such environments seemingly impossible. As a result, these people often experience suicidal thoughts. By constantly reviewing current guidelines for gender identity disorder, we adapt ourselves to patients, learn from practice, strive to be as efficient as possible, and thus contribute to better living conditions. Therefore, our goal is to provide comprehensive health assistance in order to alleviate daily difficulties and avoid long-term psychological consequences. Each patient needs individual approach, which in this case implies personal psychotherapy with family involvement and hormone and/or surgical sex transition therapy. Of course, this implies that all the criteria have been met beforehand, and the patient feels ready and satisfied in the role of the opposite sex. Given the wide spectrum of biological and social variations of gender identity disorders, this issue is still a topic of debates, and further research is needed in order to fully unravel such a specific psychic, mental and anatomical condition.

Keywords: sexual identity, gender identity, transsexuality, intersexuality, binary gender system, gender identity disorder

1. UVOD

1.1. DEFINICIJE RODNE I SPOLNE TERMINOLOGIJE

Razvoj spolnog identiteta je diskutabilna tematika, pošto koncept roda i spola nije nimalo jednostavna terminologija. Spol je definiran kao biološko svojstvo kromosoma, gonada i hormona, koji utječu na fenotipski izgled same jedinke. Suprotno tome, rod je psihosocijalna kategorija individualnog doživljaja čovjeka prema određenom spolu. Preciznije rečeno, spolni identitet je subjektivni doživljaj čovjeka kao spolnog objekta, dok je rodni identitet subjektivni osjećaj identificiranja muškarcem ili ženom ili nečim drugim (1,2).

Spol je dimorfnog oblika u kojem postoji samo muška i ženska kategorija. Za razliku od spola, rod nije ograničen binarnim sustavom (muška i ženska kategorija), on ide i dalje od toga; nadilazi te granice (2). Rod ima značajku preoblikovanja, odnosno mijenjanja kroz vrijeme te se može izraziti na različite načine (tzv. rodne varijante) (3). Neki od tih primjera jesu: transseksualnost, interseksualnost, transvestizam te noviji pojmovi u engleskoj literaturi, tzv. „genderqueer“, „drag king“ i „drag queen“ koji su nastali pod utjecajem razvoja liberalizma te medijskog osvještavanja opće populacije (2,3). U kasnijim poglavljima bavit ćemo se detaljnom tematikom transseksualnosti i njenih diferencijalnih dijagnoza, no ovdje ćemo samo ukratko objasniti neke rodne varijacije za lakše shvaćanje teksta.

Transseksualnost jest nepodudaranje spolnog i rodnog identiteta, što bi značilo nezadovoljstvo vlastitim biološkim spolom te željom da se promjeni u suprotni spol (bilo potpuno ili djelomično) (1,4). Prema smjeru tranzicije spola ovdje spadaju dvije grupe: transseksualne osobe muško u žensko (MuŽ) (eng. Male-to-Female; MtF) te transseksualne osobe žensko u muško (ŽuM) (eng. Female-to-Male; FtM). Prvo slovo označava biološki spol, a drugo slovo označava rodni identitet. Također se koriste nazivi, prema željenom spolu tranzicije, tj. transseksualni muškarac (grupa ŽuM osobe) te transseksualna žena (grupa MuŽ osobe) (4). Za razliku od transseksualnosti, transrodnost se očituje kao nadilaženje rodne uloge te identiteta, ali bez realizacije promjene spola (1,4).

Transvestizam je čin nošenja odjeće suprotnog spola, u čijem iskustvu osoba uživa, no ne postoji želja da se spol doista promjeni (većinom se radi o heteroseksualnim muškarcima) (1). Veoma slično transvestizmu jesu pojmovi „drag king“ i „drag queen“. „Drag king“ je

muškarac, a „drag queen“ je žena, koji se oblače u odjeću suprotnog spola, no to čine samo iz osjećaja zabave ili prilikom šou performansa u zabavnoj industriji (većinom se radi o transseksualcima). „Genderqueer“ (eng. gender – rod; queer – čudan, nastran) osoba, jest osoba koja se ne identificira niti kao muškarac niti kao žena. Ovaj pojam je politička konotacija koja ga dovodi u povezanost s LGBT zajednicom te zajedno s njim čini zajednicu lezbijki, gej muškaraca, biseksualnih osoba, transrodnih i transseksualnih osoba, zatim interseksualnih osoba i na kraju (gender) „queer“ osoba (LGBTIQ) (2,5).

Kod većine ljudi rod i spol jesu u skladu, što bi značilo da se njihov biološki spol podudara s njihovim psihosocijalnim spolom, odnosno rodom (1). Takve ljude nazivamo „cisgender“ osobama (lat. cis – istostrani; eng. gender – rod) (2,5). „Cisgender“ osobe ne dovode u pitanje spol u kojem su rođeni te tako prihvaćaju određena razmišljanja, djelovanja, oblačenje itd., koja su određena društvenim normama suvremenog društva (2,4,5).

Međutim, dijete koje je rođeno s karakteristikama oba spola nazivamo interseksualcem ili hermafroditom (1). Interseksualnost se vrlo rijetko događa. Naime, rezultat je neusklađenosti između gonada, bilo unutarnjih ili vanjskih spolnih organa te sekundarnih spolnih obilježja, te psihičkog i socijalnog spola (4). Takve osobe se ne mogu uklopiti u stereotipne okvire društva, koji su namijenjeni opisu muške i ženske kategorije (2). Zato ih ne ubrajamo u binarni rodni sustav (eng. non-binary) te se prema njima odnosimo kao pripadnicima neutralnog roda (2,6).

Rodne uloge su najčešće setovi naučenih, stereotipnih, socijalnih normi koje se smatraju prikladne za osobe odgovarajuće grupe. One variraju od kulture do kulture i teme su brojnih polemika, npr.: jesu li genetski uvjetovane ili su posljedica socijalizacije i internalizacije (2).

Rodni izražaj je projekcija rodne uloge i unutarnjeg rodno identiteta kroz različite situacije, aktivnosti, ponašanje, oblačenje, manirizama, itd. Naravno da se i on gleda u kontekstu socijalnih normi određene sredine (3).

Seksualna orijentacija je dugotrajni obrazac emocionalne, romantične i/ili seksualne privlačnosti prema muškarcima, ženama ili oba spola (7,8). Preciznije rečeno, genetičke muškarce koji se identificiraju kao muškarci privlače žene (ginofilija), dok genetičke žene koje se isto identificiraju kao žene, privlače muškarci (androfilija) (8). Prema istraživanju

Hinesa, kako navodi Roselli (8), seksualna orijentacija je zajedno s rodnim identitetom osnova seksualnog identiteta određenog pojedinca.

Poremećaj rodnog identiteta (eng. gender identity disorder; GID) jest naziv za heterogenu skupinu poremećaja kojima je zajedničko obilježje snažna i trajna želja postati osoba suprotnoga spola. Takva sklonost može biti verbalno i/ili neverbalno manifestirana.

Transseksualne osobe ili otvoreno kažu da bi trebale biti suprotnoga spola, ili se u tom smislu oblače, ponašaju i seksualno funkcioniraju (4).

Rodna disforija (eng. gender dysphoria) jest afektivna komponenta poremećaja rodnog identiteta (eng. GID-a). Obilježena je nezadovoljstvom vlastitog spola, željom za suprotnim spolom te da tranzicijom spola osoba bude prihvaćena od strane okoline. Osobe s rodnom disforijom misle da su zarobljene u tuđem tijelu, koje je prezentirano s pogrešnim spolom. Intenzitet afektivne komponente može varirati, od blagog oblika, u smislu normalnog svakodnevno funkcioniranja; do snažnog oblika, u kojem je teško poremećena kvaliteta života. Promjena spola ponekad je jedino rješenje za takve osobe. Nekolicina je sretna, samo s hormonskom terapijom, koja im poboljšava kvalitetu života te im smanjuje anksioznost i depresivnost. Neke osobe osciliraju između oba spola, čas imaju razdoblje pozitivnosti (prednosti), čas negativnosti (nedostataka) određenog spola (4).

Prema istraživanju Institute of Medicine, kako navodi Coleman, Bockting, Botzer, Cohen-Kettenis, DeCuypere i dr., rodna neprikladnost je osjećaj nepoistovjećivanja s rodnim identitetom, ulogom i ekspresijom koje propisuju kulturne norme određenog društva za određeni spol (9).

Sinonim za stanje transseksualnosti prema DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) je rodna disforija (GD), a prema MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti-10) poremećaj rodnog identiteta (GID). Kolektivni sinonim koji objedinjuje sve ove pojmove, tj. koji u današnje vrijeme uzima sve više maha jest transrodnost. Radi se o tzv. konceptu „između rodova“ (nadilaženju rodne uloge i identiteta) jer se unatoč današnjem, sve većem spektru novoformiranih rodova, pojedinac može i dalje deklarirati neutralno i ne prikloniti se nijednom od njih. Stoga kada govorimo o kliničkoj slici poremećaja rodnog identiteta, govorimo i o kliničkoj slici transseksualnosti, rodne disforije i transrodnosti (10,11).

U biologiji postoje 4 tipa spola: gonadni (testisi ili jajnici), kromosomski (46,XY – muški ili 46,XX – ženski), fenotipski (vanjske crte i karakteristike tijela specifične za određeni spol) i psihički (vlastita identifikacija roda). U većini ljudi ova četiri spola su ujednačena; sinkrona. Međutim, ako se dogodi da nemamo sinkronost spolova, onda se javlja transseksualnost. Kod Muž transseksualaca postoje testisi, kromosomski kariotip im glasi 46,XY, fenotipski postoje tipične muške osobine (imaju bradu, brkove, mišićavo tijelo, široka ramena u odnosu na struk, Adamovu jabučicu, dubok glas), no pojedinci se ipak osjećaju kao žene. Kod ŽuM transseksualaca postoje jajnici, kariotip im glasi 46,XX, fenotip je ženskog oblika (postojanost dojki, širokih kukova, visokog glasa), ali se takve osobe ipak osjećaju kao muškarci (4).

Vrlo važno je naglasiti da je „poremećaj spolnog identiteta“, isto što i „poremećaj rodnog identiteta“. Prema svjetskoj literaturi, koja je već uvažila razlike u značenju roda (eng. gender) i spola (eng. sex) u svoje govorno područje, hrvatska literatura naprotiv još kaska s ažuriranjem ove promjene te se u većini hrvatskih radova mogu pronaći termini kao što su: „spolni identitet“, „poremećaj spolnog identiteta“, ali da se pritom misli na „rodni identitet“ i „poremećaj rodnog identiteta“. Glavna obratnica u razdvajanju spola i roda je bila 2013. godina, kada su se u DSM-5 konačno razdvojila njihova značenja jer se je smatralo da je termin spola previše konfuzan u DSD (disorders of sex development) tematici pa je zamijenjen terminom roda. Pritom dolazi i do odvajanja dijagnoze rodne disforije (GD) od seksualnih disfunkcije i seksualne orijentacije (parafilija). MKB-10 1992. godine odvoja poremećaje seksualiteta od poremećaja rodnog identiteta gdje seksualne (spolne) poremećaje grupira u poremećaje seksualne disfunkcije, seksualne sklonosti, psihološke poremećaje i poremećaje ponašanja vezane za seksualni razvoj i orijentaciju, dok poremećaj rodnog identiteta ima svoju, zasebnu grupu (12-15). O povijesti klasifikacije bit će još kasnije riječ.

Dakle, u ovom diplomskom radu govoriti će se prema novijoj, svjetskoj terminologiji gdje će se bazirati na terminu rodne disforije (prema DSM-5), odnosno poremećaju rodnog identiteta (prema MKB-10). Isto tako u diplomskom radu termin „seksualni (ili spolni) identitet“ ima značenje anatomskog spola (eng. sex), tj. „opipljivog“, onoga s čime je čovjek rođen, dok rodni identitet ima značenje subjektivnog doživljaja roda (eng. gender), tj. unutarnje, „nevidljive“ impresije „selfa“.

Ova terminologija je od neposredne važnosti za shvaćanje spomenute problematike o razvoju spolnog identiteta te će se ona kroz vrijeme nadalje mijenjati; točnije usavršavati (2).

1.2. POVIJESNI PREGLED

Termin „transrodnost“ javlja se početkom 1990-tih, s porastom transrodnih studija, koje su htjele povećati podršku marginaliziranoj manjini i suzbiti političku nekorektnost (2,16).

Termin „rodni identitet“ prvi je put upotrijebljen u priopćenju obavijesti za javnost, o formiranju nove klinike za transseksualce u bolnici „Johns Hopkins“ u Baltimoreu, dana 21.11.1966. Međutim, još ranije se pojavio termin „rodna uloga“, davne 1955. godine. Tada su se javili i prvi oblici terminologije roda i spola. Spol je bio biološki determiniran, a rod, posljedica socijalnog uzrokovanja. Rodni identitet je vlastiti osjećaj ili uvjerenje o muškosti ili ženstvenosti te je rodna uloga bila kulturni stereotip onoga što je muško ili žensko. Sve ove termine je oformio profesor psihologije te pedijatrije John Money. On je zaslužan za prve operacije promjene spola u istoimenoj bolnici (Johns Hopkins) gdje je i radio. To su bili većinom transseksualci s Klinefelterovim sindromom i hermafroditi. Stoga klinika već 1966. godine dobiva službeno ime „Klinika rodnog identiteta“ (17).

J. Money je stvorio i prve premise da na razvoj rodne uloge djeluju podjednako prirodne i odgojne mjere, misleći pritom na biološku i psihosocijalnu teoriju utjecaja na spolni razvoj djeteta (eng. nature & nurture). Međutim, važno je za reći da je davne 1965. godine, veću važnost pridavao psihosocijalnom razvoju, nego hormonima, dok je to kasnije 1994. opovrgnuo (17,18). Utemeljio je i pojmove poremećaja rodnog identiteta i rodne disforije, koji više-manje imaju isto značenje kao i danas. Zanimljivo je za reći da je stvorio niz novih pojmova od kojih su najzanimljiviji: „ljubavna mapa“ (eng. love map), „rodna mapa“ (eng. gender map) i „rodno kodiranje“ (eng. gender code) (17).

Rodno kodiranje je objasnio kao genetsko, hormonsko i socijalno programiranje mozga, tijela i ponašanja prema muškom ili ženskom obliku; ili prema oba roda (odnosno prema nekom od proizvoljnih obrazaca). Rodnu mapu je objasnio u kontekstu postojanja pozitivnog i negativnog pola mozga. Prema Moneyu, pozitivni pol mozga označava ono što čovjek u stvarnosti jest, dok negativni pol označava ono što ta osoba nije. Npr. ako se radi o genetskom muškarcu, kariotipa 46XY, pozitivni pol mozga govori istinu, odnosno potvrđuje realitet da je

ta osoba muškog roda i spola, dok će negativni pol mozga obmanjivati tu istu osobu da je suprotnog roda, odnosno da je žena. Naravno da u normalnim, fiziološkim okolnostima, pozitivni pol dominira, stoga negativni pol ne dolazi do izražaja, dakle čovjek nije svjestan moždane obmane. Međutim, prilikom patoloških okolnosti u kojima se odnosi tih polova, unutar osobe, poremete, može proizaći interspolnost (ako u isto vrijeme dolazi do ekspresije pozitivnog i negativnog pola mozga) ili transseksualnost (ako negativan pol dominira nad pozitivnim). Ljubavna mapa je predložak u mozgu koji prikazuje idealnog partnera ili idealnu ljubavnu aferu nastalu imaginacijom ili u stvarnoj interakciji s partnerom (17). Između ostaloga je opisivao procese promjene spola u hermafrodita te njihove posljedice (18).

Prije Moneya, 1905. godine Sigmund Freud na temelju psihoanalize otkriva dječju seksualnost. Ona označava sve aktivnosti koje određeni organ može zadovoljiti, a one su napajane instinktivnim nagonima. Tako da je tom teorijom prešao granice genitalnosti. Nagon je objasnio kao osjećaj potrebe za gratifikacijom. Prema Freudu, čovjek mora proći kroz 6 psihoseksualnih razvojnih faza, koje se međusobno isprepliću. Pritom se iz svake faze prenese ponešto u sljedeću, dok se neke potrebe iz prijašnjih faza mogu zadržati cijeli život (19).

Točnije radi se o oralnoj, analnoj, falusnoj, genitalnoj, latentnoj i adolescentnoj fazi. Proces identifikacije može trajati cijeli život, ali najintenzivniji je u djetinjstvu kada je ličnosti u razvoju. U prvoj, oralnoj fazi, usta i usne su glavne erogene zone. One uspostavljaju simbiotski odnos s majčinih grudima. U ovom stadiju dijete asimilira određene aspekte svojih roditelja i tako počinje osjećati, misliti, ponašati se i reagirati kao njegovi roditelji. Oralna faza traje od rođenja do 18. mjeseca života. U drugoj, analnoj fazi dijete počinje kontrolirati sfinktere defekacije. Krajnji produkt takve kontrole se može odraziti kao zadovoljstvo ili nezadovoljstvo djeteta prema okolini. Analna faza traje od 18. mjeseca do 3. godine života. Prema Freudu, treća ili falusna faza označava se kao rana genitalna faza. U ranoj genitalnoj fazi djeca otkrivaju novu erogenu zonu, odnosno svoje vanjske spolne organe s kojima se počinju igrati. Pritom shvaćaju svoj sociološki status te tako i potenciraju „igru uloga“, u kojima se igraju mame, tate, doktora i sl. Freud je to označio kao početak infantilne masturbacije i početka interesa za to „kako su djeca rođena“. Djeca se u falusnoj fazi identificiraju sa svojim spolovilom kao moćnim oruđem (s razarajućom tekućinom) te tako proširuju svoju fantaziju, npr. „mokrenja u velikom luku“. Rana genitalna faza traje od 3. godine života do 6. godine života i ona uključuje falusnu fazu (19).

Prema Freudu, upravo je ova faza najvažnija za psihoseksualni razvoj djece jer se njome psihosocijalno educiraju o razlici među spolovima, bivaju erotski privlačeni od strane suprotnog roditelja (javljanje „edipskog kompleksa“), javlja se spolna manifestacija, gratifikacija genitalnih zona itd. (19,20).

Freud je zaključio da djeca u genitalnoj fazi shvaćaju potrebu i funkciju svojih spolnih organa. Naime, djeca smatraju da bi se oba seksualna organa trebala spojiti (nastupiti seksualni akt) kako bi se obostrano zadovoljili seksualni nagoni (i djevojčica i dječaka) stvoreni od strane libida, tj. kako bi popustila napetost libida. Uzrok takvog ponašanja Freud je objasnio kao „teorija traženja objekta“. Isprva je djetetov primarni, seksualni objekt majčina dojka (povezanost oralne faze i prehranjivanja), dok se kasnije, u genitalnoj fazi, fokus prebacuje na erogenu zonu roditelja suprotnog spola (npr. fokus kod dječaka bit će na majci, dok će se kasnije, u adolescenciji, taj fokus prebaciti na druge osobe ženskog roda). Premda će sam seksualni akt najranije nastupiti u doba adolescencije (20).

Djeca u pregenitalnoj fazi ne mogu razlikovati razlike između muškog i ženskog spola. Oni smatraju da oba roditelja imaju iste genitalije kao i oni sami (tzv. „infantilna seksualna teorija“). Prvi problem na koji djeca nailaze u toj fazi jest pitanje „odakle dolaze djeca?“. Tada su samo sposobni dokučiti da djeca dolaze iz majke, mada ne razumiju cijeli fiziološki proces oplodnje (20).

U pregenitalnoj fazi djeca su jedino sposobna protumačiti očite situacije, npr. vezane uz urinaciju, defekaciju i brak. To im omogućuje sposobnost imaginacije, koja često dovodi do pogrešnih tumačenja. Makar, uvijek valja pohvaliti takav individualni pristup djeteta jer ono znači individualno osamostaljenje i samouvjerenje u zadanoj okolini (20).

U genitalnoj fazi djeca vole na sebe svraćati pozornost roditelja suprotnog spola i postaju ljubomorna na roditelje istoga spola, kojeg doživljavaju kao suparnika. Tu je interakciju Freud označio kao edipsku fazu razvoja. Kako dijete biološki i funkcionalno ovisi o svojoj majci, ono želi osigurati trajniju vezu s majkom, stoga se majku pretvara u stalni seksualni objekt težnje. Međutim, dijete uočava triangularni odnos, u kojem je otac, seksualni objekt majke pa time i „neprijatelj“ djeteta, kojeg se ono mora prvo riješiti kako bi odnos između njih bio dualan. Inače ne može ispuniti svoju želju/nagon za seksualnom potrebom sjedinjena s majkom. Dijete polako uviđa da otac ima maksimalnu dominaciju i autoritet nad majkom i njime te da ne može svrgnuti oca s vodeće funkcije. U ovom trenutku se događa strah od kastracije koja je uzrokovana uplitanjem suprega i denivelacijom libida. Strah od kastracije

je djetetova imaginacija da će se nešto dogoditi njegovom spolnom organu. Triangularnu situaciju rješavaju sva tri člana u obitelji. Dijete se identificira s roditeljem istog spola i obostrano voli, u istoj mjeri, oba roditelja (19).

Prema istraživanju Bullocka i Trombleya, kako navode Khan i Haider (21), edipski kompleks završava uplitanjem mehanizama obrane u sukob ida i ega. Prvi tip mehanizma obrane jest kombinacija suzdržanosti djeteta s ometanjem seksualnih misli te provođenje misli samo iz domene svjesnog. Drugi tip mehanizma obrane je premisa koja dolazi iz ega da majka, kao i djevojčica, nema penis, tj. da su one jednake pa stoga nisu neprijateljice.

Edipska faza završava u 5. do 6. godini života, kada su superego i ego u punom zamahu razvoja; odnosno kada se distancira realno od imaginarnog (19). Freud je edipski kompleks opisao kod dječaka i kod djevojčica. Dok je Jung, njegov učenik, kod djevojčica ukinuo taj naziv i oformio novi termin: „elektrin kompleks“ (21).

Kod dječaka se prvo javlja edipski kompleks pa onda kastracijski kompleks, dok se kod djevojčica prvo javlja kastracijski kompleks, a tek onda edipski ili elektrin kompleks (19). Termin „elektrin kompleks“, uveo je Carl Jung, učenik S. Freuda. Freud je isprva odbacio Jungov termin, obrazlažući da edipski i elektrin kompleks nisu istoznačnice, kao što je Jung tvrdio (21,22).

Djevojčice su teško pogođene fiziološkom činjenicom „neimaštine penisa“, stoga se smatraju manje vrijednim bićima jer su oskvrnute na genitalnoj i tjelesnoj bazi (19). Ne shvaćaju da je klitoris anatomska zamjena za penis (20). Za taj nedostatak krive majku te se okreću suprotnom spolu, ocu, kao objektu žudnje, koji će joj podariti dijete s penisom (što njena majka, u njenom slučaju, nije mogla). Majka time postaje predmet ljubomore te njen neprijatelj. U rješavanju ovoga kompleksa, kao i kod edipskog kompleksa, sudjeluju sva tri člana obitelji zajedno sa uplitanjem djetetova ega i superega. Time se najavljuje sljedeća, peta faza psihoseksualnog razvoja: faza latencije (19).

Prema istraživanju Arlowa i Bluma, kako navode Khan i Haider (21), Freud je prepoznao tri ishoda koji se mogu izroditi iz edipskog kompleksa u mladih djevojčica, a to su muški kompleks, seksualna prepreka i normalno ponašanje. Normalno ponašanje je objasnio kao najčešći ishod, odnosno djevojke koje su u potpunosti razriješile edipski kompleks i kako one kasnije postanu uzorne kućanice, odgajateljice svoje djece i drže se po strani. Muški kompleks

je opisao kao dominantni kontraefekt nastavka edipske faze, točnije feministički pokret u smislu težnje za profesionalnom izobrazbom i uspjehom, tj. preoblikovanom „potragom za penisom“ u financijsko-obrazovnom smislu. Seksualna prepreka predstavlja labilniji kontraefekt nerazumijevanja i nerazrješavanja edipskog kompleksa. To su djevojke koje postaju loše buduće žene, koje ne mogu ispuniti svoje zadatke i očekivanja prema budućem muškarcu. Freud ih je nazvao „seksualno anesteziranima“ (21).

Faza latencije traje od 6. do 12. godine života. Dijete tada nema neprikladnih seksualnih manifestacija jer ono tada kontrolira nagone. Ono se socijalizira i poistovjećuje s vršnjacima, počinje ići u školu, ima nove zadatke i očekivanja u školi, kao i kod kuće, u smislu racionalizacije te usavršavanja kognitivnih misli. Tada se kod djeteta formira karakter, stav i interes za vannastavnim aktivnostima. Ova faza nema seksualnih manifestacija pa se i naziva „doba razuma“ (19).

Zadnja, genitalna ili adolescentna faza koja počinje od 12. do 16. godine (prava adolescencija počinje od 17. do 21. godine) života obuhvaća veoma složeno razdoblje hormonskog (biološkog) razvoja, spolnog sazrijevanja, nemira, autonomije, identifikacije, seksualne manifestacije, sukoba s autoritetom i društvenim očekivanjima, krize identiteta (vlastitog „selfa“), oslabljenošću ega te na kraju dostignuću kompromisa između ega i superega (19).

Biseksualnost je Freud smatrao normalnom, fiziološkom pojavom koja se javlja pri rođenju. Premda, s vremenom jedan tip organa postane rudimentaran, dok drugi, preostali, prevlada (tada se javlja monoseksualnost). Tako je ustvrdio da je osnova seksualne orijentacije biseksualnost, a ne heteroseksualnost, koju je nadalje definirao kao represiju psihoseksualnog razvoja u faličnoj fazi (20). C. Jung je to pojasnio na primjeru djevojčice čiji id zahtjeva posjedovanje penisa, a što ona kao žensko biće nema niti će ga bliskom privrženošću s majkom dobiti, djevojčica se na kraju okreće ocu. Tako postaje heteroseksualna osoba (21). Naime, djeci se u analnoj (pregenitalnoj) fazi događa seksualna represija (seksualna inhibicija) jer se srame svojih funkcija (npr. analne funkcije za defekaciju). Taj sram će se tek u pubertetu u potpunosti ukloniti (20).

1.3. SOCIO-KULTUROLOŠKI PREGLED

Transseksualnost je prisutna u svim društvima i vremenskim razdobljima. Ovisno kako je integrirana u društvu tako će biti i prihvaćena od strane društva. Zapadni svijet prepoznaje binarni rodni sistem, odnosno podjelu na muške i ženske osobe. Isto tako u njihovoj kulturi rod se ne razlikuje od spola (4). Ovisno o društvu i vremenskom razdoblju postoje primjeri gdje prelaženje rodnih granica ne izaziva moralnu osudu, gdje transseksualnost nije stigmatizirana niti patološki verificirana (1,4).

Najraniji zapisi o postojanju „trećeg spola“ datiraju iz drevne Mezopotamije. U starom Egiptu su postojale tri rodne kategorije: „tai“ (muški rod), „hmt“ (ženski rod) i „sht“ (u prijevodu znači enuh). Egipatska faraonica Hatšepsut, iako ženskog roda, vladala je preobučena kao muškarac starim Egiptom. Dok su u starom Izraelu postojali šest tipova rodne ideologije, a to su muškarci, žene, osobe bez spolnih karakteristika, osobe s obje (muške i ženske) spolne karakteristike, biološka žena koja odrasta u muškarca i biološki muškarac koji odrasta u ženu (4).

U Indiji postoji posebna kasta zvana „hijrasi“, koja je prilično neshvatljiva. Naime, radi se o osobama koje se identificiraju kao treći spol, a zapravo se radi o muškarcima koji se ponašaju i oblače kao žene (4). Oni se tek u odrasloj dobi pridružuju kasti te nakon probnog razdoblja dobivaju ženska imena. Ne uzimaju spolne hormone, a penis i testisi im se amputiraju (1). U vrijeme britanske kolonizacije hijrasi su bili opće prihvaćeni, danas su socio-ekonomsko najniža kasta te iznimno diskriminirani (4).

U Omanu postoje „xanithi“. To su muškarci koji žive kao žene, premda imaju muška imena. Nose rodno nekarakterističnu odjeću (1). Kao muškarci smiju izlaziti u javnost bez pratnje, a kao žene smiju sudjelovati u ženskim aktivnostima. Zanimljivo je da imaju pravo raditi kao prostitutke u zemlji u kojoj religija zabranjuje prostituciju te je kažnjava smrću (4).

U sjevernoameričkih starosjedilaca postoji skupina zvana „berdache“. To su muškarci koji su u djetinjstvu pokazivali feminizirano ponašanje, a u odrasloj dobi su se oblačili u žensku odjeću te su obavljali specifične ženske poslove. Međutim, nisu nimalo stigmatizirani jer im se okolina divi zbog postigle unutarnje ravnoteže između muškog i ženskog roda (1).

Druga skupina američkih starosjedioca zvana „dva duha“ (eng. two spirit) jesu interseksualci koji biraju svoju rodnu ulogu, tj. mogu biti muškarci ili žene (23). Visokopoštovani su jer razumiju obje prirode; mušku i žensku. Najčešće žive s partnerom istog biološkog spola (4,23).

Eskimi imaju tradiciju nazivlja svoje djece određenim imenima (muškim/ženskim) i prije nego što su rođena. Tako u etimologiji toga imena i odgajaju svoju djecu, a ne u prikladnosti biološkog spola. „Èesto“ je pojam za djecu čiji spol nije odgovarao rodu imena pa se kod njih razvije transrodni identitet (4).

U nekim balkanskim zemljama kao što su Kosovo i Albanija, postoje biološki rođene žene koje su tretirane kao muškarci te se one identificiraju kao muškarci. Razlog tome jest što njezina obitelj nije imala muškog nasljednika, stoga najstarija kćer preuzima status glave obitelji. Te žene su visokopoštovane, nalaze se u celibatu, imaju sve „muške povlastice“ te smiju nositi oružje. Nazivaju se „virdžine“. Djevojčice već u ranoj dobi dobivaju mušku rodnu ulogu te ih nazivaju „sine“ (1).

2. FIZIOLOŠKI OBRAZAC RAZVOJA SPOLNOG I RODNOG IDENTITETA

2.1. GENETSKO-EMBRIOLOŠKA PODLOGA

Genetski spol određen je kod oplodnje. Pritom je zametak još indiferentan, odnosno ima dvospolan potencijal. Nakon oplodnje, u zametku, gonade se mogu razviti u testis ili jajnik. Također su prisutna dva kanalna sustava, Müllerov i Wolffov. Gonade se razvijaju u 5. tjednu trudnoće i tvore spolne nabore ili gonadalne tračke koji imaju medularni i kortikalni dio. Tada još nema spolnih prastanica. U 6. tjednu gestacije (trudnoće) spolne stanice migriraju iz žumanjčane vreće u gonadalne tračke. Kako bi se razvio ženski spolni sustav potrebna su 2 kriterija. Prvi kriterij jest da embrio ne nosi u svom kariotipu Y kromosom jer se u njemu nalazi SRY regija (eng. sex-determining region Y) s TDF-om (eng. testis determining factor). Drugi kriterij jest neoštećeni XX kariotip koji uvjetuje normalni razvitak jajnika, tj. proliferaciju kortikalnog dijela gonadalnog tračka u kojem se spolne prastanice razvijaju u oogonije, a iz okolnih epitelnih stanica se razvijaju folikularne stanice. Tako nastaju primordijalni folikuli. Medularni trački će propasti. Diferencijacija spolnih organa žene započinje u 8. tjednu gestacije i to zbog ne lučenja AMH-a (eng. anti-Müllerian hormone) kojim ne propadaju Müllerovi kanali (paramezonefritični kanali), kako što mu i ime govori, nego Wolffovi kanali (mezonefritični kanali). AMH luče Sertolijeve stanice u testisu koji je nastao pod utjecajem SRY regije i TDF-a. Završni produkt preobrazbe Müllerovog kanala, na kraju trudnoće, jesu jajovodi, tijelo i vrat maternice, vagina te himen. Vanjski spolni organi razvijaju se u 6. tjednu gestacije, kada se iz spolne kvržice (koju čine kloakalni nabori) razvijaju uretralni i analni nabori, iz kojih će na kraju trudnoće nastati klitoris, velike i male usne te uretra. Naravno, isti preduvjeti vrijede za nastanak vanjskih ženskih spolnih organa kao što su vrijedili i za unutarnje (nepostojanost testisa, testosterona, SRY regije, dihidrotestosterona (DHT) i receptora za testosteron i DHT) (24).

Diferencijacija muških spolnih organa počinje isto u 8. tjednu gestacije. Isti je princip nastanka, samo što je ovdje potreban XY kariotip, SRY regija, TDF, testosteron i DHT te njihovi receptori za nastanak muških spolnih karakteristika. Čimbenik determinacije testisa (TDF) uzrokuje nastanak Sertolijevih i Leydigovih stanica zajedno s sjemenim kanalčićima. Zbog postojanja AMH, koji se luči iz Sertolijevih stanica, dolazi do propadanja Müllerovih kanala pa u muškaraca preostaju samo Wolffovi kanali. Iz Wolffovih kanala pod utjecajem

testosterona iz Leydigovih stanica i hCG-a (humani korionski gonadotropin) iz posteljice, dolazi do nastanka tubula testisa, dosjemenika, dosjemeničnih kanala, sjemenovoda, ejakulatornih kanala, uretra, glansa penisa te skrotuma (24).

Gen za AMH se nalazi na 19. kromosomu te ima i dodatnu funkciju spuštanja testisa u skrotum (24).

Proces razvoja spolnih organa u ljudi dokazao je Alfred Jost, na fetusima zečeva, davne 1969. godine (24).

Spol djeteta koje je još intrauterino smješteno, moguće je s neznom točnošću ultrazvučno odrediti tek nakon 8. tjedna gestacije (24). Razlog tome jest ženska spolna kvržica koja ultrazvučno, identično sličiti penisu, pa se zbog toga čeka njena diferencijacija (na kraju 16. tjedna trudnoće) u klitoris, velike i male usne, kako bismo točno znali spol djeteta (24).

Intrauterina (prenatalna) diferencijacija spola jest složen proces koje je pod kontrolom više gena (kaskade gena) (24). Radi se o osjetljivom trenutku ekspresije gena (25,26). Neki od njih jesu autosomi, no značajno najvažniji ključ spolnog dimorfizma jest Y kromosom koji sadržava regiju determinacije spola (SRY). Njegov proteinski produkt jest čimbenik determinacije testisa (TDF) koji uvjetuje nastanak muškog spola, a njegovim izostankom nastaje ženski spol (24). Jajnici se diferenciraju ekspresijom DAX1 gena na X kromosomu (gen promotor razvitka ženskog spola za razliku od muškog TDF gena) (8).

X i Y kromosom imaju dosta homolognih sekvenci koje nazivamo pseudoautosomna regija (27,28). Ova regija ima vrlo važnu ulogu u mejozi (28). Vjeruje se da su X i Y kromosom bili identični autosomi, sve dok Y kromosom nije razvio SRY regiju (28-30). Ne uzimajući u obzir pseudoautosomnu regiju u spolnih kromosoma, Y kromosom ima 27 jedinstvenih gena od 429 gena predviđenih za razvitak muškog spola (28,31). Nasuprot tome, za ženski spolni razvitak X kromosom ima 1400 jedinstvenih gena od 1672 predviđena gena (28,32). Od SRY regije, najraniji gen koji regulira testikularni razvoj jest SOX9. Njegovu aktivaciju slijedi CITED4, a zatim i drugi geni iz SOX obitelji: SOX3, SOX10 i SOX13 (25,26,33). Geni zaduženi za ovarijsku diferencijaciju dolaze kasnije do ekspresije, točnije radi se o genima WNT4, RSPO1, DAX1, CTNNB1, FST i FOXL2 (25,26,34).

U čovjeka SOX9 nalazi se na 17q24.3. Njegovu ekspresiju uvjetuje SRY (26). Zaslužan je za iniciranje lučenja AMH-a iz Sertolijevih stanica (26,35). Ektopični SOX9, u transgeničnim miševima, kariotipa XX s indiferentnim gonadama, uzrokuje testikularni razvoj s muškim fenotipom, pritom ukazujući na ekspresiju bez prisustva SRY (26,36).

SOX3 se nalazi u Xq27.1 (26). U fiziološkom spolnom razvoju SOX3 nije neophodan za razvoj spola. Međutim, dokazano je da ekspresija SOX3 gena bez prisustva SRY regije, u transgeničnih XX miševa s indiferentnim gonadama, uvjetuje nastanak testisa (26,37).

SOX10 se nalazi na 22q13.1 (26). U transgeničnim XX miševima s indiferentnim gonadama, ekspresija SOX10 vodi prema testikularnoj formaciji. Međutim, uočeno je da se prilikom kompletne ili djelomične duplikacije 22 kromosoma, u istih tih miševa, događa testikularni ili ovarijski razvoj (26,38). Dakle, ova činjenica navodi na zaključak da u genetici ništa nije jednostrano.

WNT4 gen se nalazi na 1p36.12 (26). WNT4 zajedno s RSPO1 antagonizira SOX9 i regulira aktivaciju DAX1 (26,34). RSPO1 se nalazi na 1p34.3 (26). Inaktivacijom oba WNT4 u 46,XX pacijenata događa se SERKAL sindrom (reverzija spola uz bubrežnu, nadbubrežnu i plućnu disgenezu) s dvomorfnim genitalijama, hipoplazijom nadbubrežne žlijezde, bubrežnom agenezom te s plućnim i srčanim abnormalnostima (26,39).

Anomalije bubrega češće prate ženski spol. Razlog tome leži u propadanju Wolffovih kanala koji sačinjavaju prabubreg zametka (24).

FOXL2 se nalazi na 3q22.3 te sadrži funkciju ranog razvoja jajnika (26). U pacijenta s 46,XX, inaktivacijom oba FOXL2 lokusa dolazi do sindroma BPES koji ima tri tipična znaka: blefarofimozu, ptozu i inverziju epikantusa. Naravno s ili bez ovarijske disgeneze (26,40).

Zaključno, inadekvatne ekspresije SOX3, SOX9, SOX10, WNT4, RSPO1 mogu uzrokovati testikularni ili ovotestikularni poremećaj spolnoga razvoja u pacijenta s kariotipom 46,XX (26).

Geni isto tako imaju utjecaj na seksualnu orijentaciju. Npr. prema istraživanju Långströma, Rahmana, Carlströma i Lichtensteina (41), geni imaju utjecaj na približno 40 % varijanci

seksualne orijentacije kod muškaraca, dok je kod žena taj rezultat manji, točnije 20 %. Također, istraživanje prema Hameru, Huu S., Magnusonu, Huu N. i Pattatucciu (42), pokazuje da postoji čvrsta povezanost između gena na dugom kraku X kromosoma (Xq28) i muške homoseksualnosti.

Postnatalna diferencijacija spola nastaje većinom u pubertetu kada se pod utjecajem hormona razvijaju sekundarne spolne karakteristike, tj. maskulinizacija preko DHT, a feminizacija preko estradiola (4,24).

2.2. BIOLOŠKA vs. PSIHOSOCIJALNA PODLOGA

Biološka podloga normalnog, fiziološkog razvoja spolnog identiteta uključuje genetske, hormonske i neuroanatomske teorije. Dok psihosocijalna teorija uključuje razne vanjske faktore, kao što su psihički i socijalni utjecaji na psihosocijalni razvoj djeteta (4).

Usprkos postojanju raznih teorija, točna etiologija poremećaja rodnog identiteta još nije poznata (4). Ne možemo sa sigurnošću reći koja teorija jest najtočnija, no po današnjoj zastupljenosti istraživanja smatra se da je biološka teorija točnija, odnosno da zasigurno postoji rani utjecaj bioloških faktora na spolni, rodni, psihički, anatomski i socijalni razvoj (17,18,26,28,43-46). Biološka teorija opovrgava Moneyev postulat o psihosocijalnoj neutralnosti roda i spola tijekom rođenja (dijete je rođeno kao „tabula rasa“) (8,18,43-47). Stvarni, povijesni primjer Davida Reimera (ili tzv. „John-Joan-John case“) upravo dokazuje da veći utjecaj na rodni identitet ima biološka, odnosno hormonalna teorija (testosteronska organizacija mozga), nego psihosocijalna teorija (8,44,47).

Također, poznato je da je poremećaj rodnog identiteta nasljedan u velikoj mjeri (4,48). Tu tezu možemo potkrijepiti usporedbom s homoseksualnošću u muških dojenčadi, koja je u 50 % nasljedna kod jednojajčanih blizanaca, a u 16 do 22 % u dvojajčanih blizanaca (4,49). Proučavanjem blizanaca i obitelji, važnost genetskih faktora postala je očita (47). Prema istraživanju Le Vaya, kako navodi Swaab (47), negirana je činjenica da je homoseksualnost „naučena“ od strane okoline ili da je rezultat oskudnog odgoja ili da se radi o životnoj odluci (tzv. na eng. „life-style choice“). Druga istraživanja dokazuju da se homoseksualnost povećava s brojnošću starije braće. Ta se teza dokazuje kao postepeni, sve rastući imunološki

odgovor majke na Y kromosom, kroz sve trudnoće, koji bi na kraju rezultirao s homoseksualnošću u najmlađeg sina (50).

Genetska teorija unutar biološke podloge razvoja objašnjena je već u prethodnom poglavlju. Sada ćemo se bazirati na hormonskoj i neuroanatomskoj teoriji.

Nakon već spomenute prenatalne diferencijacije gonada (ovisno o kariotipu pojedinca) daljnji korak je hormonski utjecaj, koji ne samo da nastavlja diferenciju gonada, već dovodi i do „spolne diferencijacije“ mozga (4,8,43). Prema „klasifikacijskoj ili organizacijskoj teoriji“, prenatalna i neonatalna ekspozicija testosterona uzrokuje maskulinizaciju, dok se feminizacija događa u odsutnosti testosterona (8,43). Testosteron je prenatalno visok između 2. i 6. mjeseca gestacije te postnatalno, između 1. i 3. mjeseca života. Tada je najizraženija „organizacija ili instalacija mozga“ (4,24,47). Logično je za zaključiti da su visoke koncentracije testosterona specifične za organizaciju muškog mozga (8).

Prvotni susret sa steroidnim hormonom ključan je u oblikovanju mozga jer ostavlja permanentne posljedice na mozgu, nego kasniji susret u pubertetu. Direktnim utjecajem testosterona na mozak ostvaruje se prvi kontakt i prva rodna, ali i seksualna identifikacija (8). Prema istraživanju MacLuskija i Naftolina, kako navodi Roselli (8), taj kontakt se može ostvariti i indirektno, pretvorbom testosterona u estradiol (posredovanjem aromataze u mozgu).

U ljudskoj vrsti, u prvom trimestru gestacije, razvijaju se gonade, a u drugom trimestru razvija se mozak. Ta su dva procesa povezana i podudarna. Ako i ovdje dođe do nekih poremećaja ili inhibicije ili odvajanja procesa jednog od drugog, onda može doći do pogrešne identifikacije ili razvoja gonada. Posljedice mogu biti krivi rodni identitet, kriva seksualna orijentacija, suprotna sekundarna spolna obilježja i suprotan obrazac ponašanja. Sve su to značajke transseksualnosti (8,47). Istraživanje Coxa, Bonthuisa i Rissmana (28) govori da geni na X kromosomu ima značajnu ekspresiju u mozgu, nego ikoji drugi kromosom. Stoga se smatra da imaju visok utjecaj na ponašanje pojedinca.

Moramo naglasiti da tretiranje hormonima (androgenim steroidima) u odrasloj dobi ne utječe na promjenu rodnog identiteta, seksualne orijentacije ili na organizaciju u mozgu (8). Ono samo može pomoći pri inhibiranju puberteta, razvoju sekundarnih spolnih karakteristika te unaprjeđenju mentalnog zdravlja u transrodnih osoba (3,8).

Prema istraživanju Cohen-Kettenis (51), XY djeca koja su rođena s loše razvijenim ili višeznačnim gonadama (zbog ekstrofije kloake ili nedostatka 5α reduktaze ili 17β -hidroksisteroid dehidrogenaze) razvijaju muški rodni identitet. To samo ukazuje na esencijalan utjecaj testosterona na spolni (i moždani) razvoj djeteta te i dalje opovrgava tezu o psihoseksualnoj neutralnosti prilikom porođaja (8,45).

Druga studija koju su provodili Wisniewski, Migeon, Meyer-Bahlburg, Gearhart, Berkovitz, Brown i dr. (52), govori o dječacima XY koji su rođeni sa sindromom androgene neosjetljivosti (testikularna feminizacija ili Morrisov sindrom) zbog čega su fenotipski razvijeni kao žene te se smatraju ženama, premda ih spolno privlači muški spol. Ovdje vidimo da estradiol djeluje direktno na mozak, bez prisustva testosterona i potrebe za aromatizacijom (4,8,52).

Druge dvije studije govore o ženama koje su u trudnoći uzimale estrogen (53) i dietilstilbestrol (analog estrogena te lijek protiv pobačaja) (54) da bi na kraju nekolicina njihove djece ispala biseksualna ili homoseksualna. I ovdje vidimo isti princip; prenatalnog utjecaja hormona na moždani razvoj (43,45,47).

Neuroanatomske teorije govore o razlikama mozga kod muške i ženske djece, odnosno u MuŽ i ŽuM transseksualaca. Intersticijske jezgre strije terminalis (BSTc) odgovorne su za spolno ponašanje, odnosno spolnu diferencijaciju (4,47). Pronađeno je da su BSTc dvostruko veće i brojnije somatostatinskim neuronima u muškaraca, nego u žena (47). Isti nalaz je pronađen i u ŽuM transseksualaca, odnosno da je BSTc iste veličine i neuronske brojnosti kao i kod muškaraca. Dok je kod MuŽ transseksualaca BSTc odgovarao ženama (4). Nadalje, razlike u BSTc-u se uočavaju tek pri punoljetnosti, stoga se ovaj podatak ne može koristiti kao dijagnostički alat u dijagnostici transseksualnosti (47,55).

Allen i Gorski (56) su u svojim istraživanjima promijenili naziv POA-AHA (preoptička prednja hipotalmička regija) u INAH1, 2, 3 i 4 (intersticijski nukleus prednjeg hipotalamusa). Otkrili su da je INAH1 spolno dimorfan (veći u muškaraca za 1,2 puta), dok INAH2 i INAH3 nisu imali to svojstvo. Otkrili su da je INAH3 manji kod homoseksualaca. Stoga, moždane razlike zaista ukazuju na promjene u rodnoj identifikaciji i spolnoj orijentaciji (43,56).

Sa psihosocijalnoga stajališta, dijete od rođenja svakodnevno promatra i uči o rodu/spolu te o stereotipima vezanim za njih (46,47,57,58).

Prema istraživanju Kohlberga, kako navodi Janssen i Busa (3), dijete prolazi kroz razvojne faze u kojima poprima različita stajališta vezana za rodni identitet. Kako godine napreduju, tako stajališta postaju kompleksnija. Tako dijete s 2-3 godine jasno raspoznaje pojam rodnog identiteta. Djeca u toj dobi znaju „tko“ su, ali to stajalište nije u potpunosti stabilno. Djeca s 4-5 godina razumiju koncept rodne stabilnosti i tek tada je njihov rodni identitet stabilan. U dobi od 5-7 godina razumiju rodnu konstantnost, tj. koncept da svi ljudi imaju „svoj“ (specifični) rodni identitet. Tako u nekolicine djece, u kojih se koncept rodne konstantnosti tek ukorjenjuje, možemo vidjeti pojavu rodne disforije. Ponovna faza preispitivanja rodnog identiteta počinje u pubertetu, kada djeca uočavaju razlike između vanjskih, novorazvijenih karakteristika i unutarnjeg doživljaja samoga sebe (sukob rodnog identiteta i spolnog identiteta).

Prema istraživanju Ruble i Martin, kako navodi Davies (46), u predškolskoj dobi dijete ustvrdi da se rod u pojedinca ne može mijenjati, točnije rečeno postaje rodno svjesno i tada počinje tzv. rodna konstantnost. Rodna konstantnost praćena je kulturnim obrascima koji propisuju adekvatno ponašanje osoba (npr. djevojčica će se ponašati kako naliči djevojčici u toj dobi).

Dijete pri kraju „toddler faze“ (faza „dobi malog djeteta“: od 2. do 3. godine starosti djeteta (59)) ima potpuno razvijen vlastiti „self“ („ja“). Nastao imitacijom i usvajanjem parenteralnih karakteristika te autonomijom djeteta sa sposobnošću da se samostalno razvija. Zamjenicom „ja“ („selfom“) dijete ukazuje da je gladno, ljuto, mokro itd. Npr. „ja sam gladan“. Ono s vremenom razvija svijest i o drugim osobama oko sebe pa se obraća i njima. Time razlikuje svoj rod od drugoga (60).

Kognitivne studije predstavljaju djecu kao „male istraživače“, koji traže uzroke rodnih razlika, odnosno zašto netko obavlja određenu aktivnost, da li je ona rodno karakteristična, s kim se smije igrati, zašto se djevojčice razlikuju od dječaka itd. Djeca traže najjednostavnija objašnjenja za prividno jednostavne, premda složene sociološke procese modernoga svijeta. Do 5. godine starosti stvaraju raznovrsnu konstelaciju rodnih stereotipova koje primjenjuje na sebe i na druge (interpersonalne odnose). Često su te interpretacije zabavne i netočne. Koristeći stereotipove, formiraju impresije o sebi i o drugima, koje im pomažu u organizaciji ponašajnih obrazaca te u stvaranju pamćenja (57). To nazivamo i „self-socijalizacijom“ (58).

Prema istraživanju Kohlberga, kako navodi Martin i Ruble (57), djeca imaju aktivnu ulogu u interpretaciji rodnih koncepata. Ta interpretacija postaje sve relativnija s povećanjem dobi i razvojem kognitivnih vještina djeteta o vladajućim socijalnim normama i vrijednostima u društvu, do te točke kada djeca konačno shvate da je rod stalan i nepromjenjiv (57).

Druga kognitivna teorija, nazvana „rodna shema“ ima isti princip shvaćanja djeteta kao aktivnog pojedinca u istraživanju rodnog identiteta, kao i Kohlberg, samo što rodna shema govori o minimalnoj, tj. bazičnoj interpretaciji rodnog koncepta. Dakle, shema je organizirana skupina minimalnih informacija koja uvjetuje djetetovo ponašanje i mišljenje (57).

Socijalne teorije govore da se pojedinci, pa tako i djeca, pozitivno identificiraju s određenom grupom, koja nosi zajedničke karakteristike. U primjeru rodnog identiteta, to znači da dječaci u dobi od 3 godine formiraju mušku grupu, a djevojčice žensku grupu. Obje grupe imaju negativno vezane konotacije međusobno jedna o drugoj, a pozitivne unutar sebe (svoje grupe) (61). Rodni identitet se razvija unutar vršnjačkih istospolnih igara (46).

Prema istraživanjima Martin i Ruble iz 1998. godine, kako navode Martin i Ruble u 2004. godini (57), djeca se žele motivirati unutar grupe kako bi učili o spolu, o rodu i o ponašanju grupe. Tako mogu postati ravnopravni članovi grupe te učvrstiti svoj položaj u grupi. Time se stvaraju sličnosti i razlike između oba spola, što daljnje pridonosi rodnoj stereotipizaciji i predrasudama. Primjerice, ako postoje dječak i djevojčica koji su susjedi, premda su iste dobi, ne žele se igrati zajedno jer smatraju da imaju različite interese. To je rezultat ponašanja grupe koju su djeca netom prihvatila i naučila.

Prema Maccobiju (62), djeca imaju čvrstu tendenciju u segregaciji spola, točnije na bazi igre koju igraju. Odabirom partnera, najčešće istog spola, učvršćuje se ta segregacija.

Razvoj rodnog identiteta pojedinca uviđa se kroz duže i kraće periode njegova života. Duži period se okarakterizira kao ulaženje i interakcija s određenim grupama, što točno osoba favorizira, koja stajališta predstavlja, kako shvaća i objašnjava spolne razlike u društvu (stereotipe) itd. Kraći period se okarakterizira u smislu što je pojedinac obukao ili kako se je predstavio drugoj osobi u nekom trenutku. Dinamičke studije promatraju ove periode (oba

perioda) i govore nam o promjenama u stabilnosti ili konstantnosti rodnog identiteta određenog pojedinca. Zaključno, kognitivne i socijalne studije bave se promatranjem samo kratkog perioda i iz njega izvlače rezultat, koji ne može biti relevantan, kao kod dinamičkih studija (koje promatraju oba perioda) (58).

Prvi začetci rodno/spolne identifikacije uočeni su kod šestomjesečnog dojenčeta koje može razlikovati muške i ženske glasove ili devetomjesečno dojenče koje razlikuje muškarce i žene prikazane na fotografijama, dok u vrijeme starosti od 11 do 14 mjeseci mogu tim istim pojedincima na fotografiji pripisati ženske/muške glasove (57).

Pretpostavilo se kako djeca u dobi od 30 mjeseci prepoznaju rodne izraze, no prema istraživanju Poulin-Dubois, Serbina i Derbyshirea, kako navodi Martin i Ruble (57), 50 % djevojčica starosti 18 mjeseci prepoznalo je rodne izraze: „muškarac“ i „žena“, a dječaci iste starosti to nisu. Dok je 50 % 18-mjesečnih i 24-mjesečnih dječaka i djevojčica prepoznalo rodni izraz „dječak“.

Druge studije pretpostavljaju da tek u doba kada djeca mogu tečno govoriti (s 3 godine) razlikuju rodne kategorije (59).

Prema istraživanju Liben i Bigler, kako navodi Davies (46), djeca s 2 godine utvrđuju svoj rod te se počinju identificirati s roditeljem istog spola. Imitiraju ga u raznim karakterističnim situacijama, ponašanju te asimiliraju njegove rodne atribute.

S vremenom djeca počinju shvaćati rodne razlike između spolova pa te informacije pohranjuju u dvije bazične, još nezrele sheme u nastajanju. Radi se o shemama opisa aktivnosti koje su karakteristične za dječake („što dječaci čine“) i za djevojčice („što djevojčice čine“) (46).

„Mala djeca“ (eng. toddlers) drže se „kao slijepa“ ovih „rodno specifičnih uputa“ (stereotipnih pravila), kako bi ispala vjerodostojnija očekivanjima okoline (koja zapravo ne postoje, u tolikoj mjeri, koliko djeca misle da postoje) (46).

Tek u predškolskoj dobi ove „upute“ doživljavaju vrhunac to u vrijeme formiranja istospolnih igara. U njima se djevojčice bave odgajanjem lutaka te brigom za njihovo zdravlje, dok se dječaci bave spašavanjem svijeta u ulozi superheroja, ispunjeni magičnim sposobnostima i svjesni opasnosti koja vreba iza svakoga ugla (46,60).

Prema istraživanju Ruble i Martin, kako navodi Davies (46), dječaci iz grupe idoliziraju i slijede vršnjake koji se drže stereotipnih pravila, postavljajući ih kao „alfa mužjake“, odnosno vođe njihove grupe. Dječaci koji kritiziraju ili odbacuju odluke vođe, a time i grupe ili se igraju s djevojčicama; bivaju udaljeni; osramoćeni s predrasudom da su „djevojčice“. Isto vrijedi i za djevojčice, premda je utvrđeno da su dječaci više zaokupljeni stereotipima, nego djevojčice (62).

Istraživanje Killena, Pisacanea, Lee-Kima i Ardila-Reya (63), ipak pokazuju da su predškolci moralno prožeti („poštenjaci“) pa tako odbacuju stereotipe i ostale „hijerarhijske zakone“ s izjašnjavanjem da je pošteno rodno različitu djecu uključiti u igru, nego isključiti.

Prema istraživanju Smith i Cowie, kako navodi Davies (46), nije čudno vidjeti djevojčice uključene u dječakačke igre i obrnuto, u kojima djevojčice zacjeljuju rane zadobivene magičnom borbom superheroja. Isti autori pokazuju da se 2/3 predškolaca igra unutar istospolnih grupa, dok se 1/3 igra u izmiješanim grupama. Za promociju ideje sjedinjenja oba spola, u smislu interakcije u igri, najčešće glavnu ulogu igra učitelj ili učiteljica, koji/koja ima dominantnu ulogu u predškolskoj dobi djeteta. Djeca znaju imitirati njega ili nju te se identificirati kao on/ona.

Prema istraživanjima Trautnera, kako navode Martin i Ruble (57), rodna stereotipizacija se može opisati kao trofazna razvojni obrazac. U prvoj fazi, fazi učenja, dijete uči karakteristike vezane za rod. Vremenski obuhvaća period između dobi „malog djeteta“ („toddler faza“: između druge i treće godine života) i predškolske dobi (četvrta, peta i šesta godina života) (59). Trautner nadalje, kako navode Martin i Ruble (57), tvrdi da se u drugoj fazi, fazi konsolidacije, novostečeno rodno znanje integrira te se povećava čvrstina uvjerenosti djeteta u stereotipe, kako on navodi „dječaka nepokolebljivost“ (vrhunac nepokolebljivosti između pete i sedme godine). Treća faza, faza fleksibilnosti, slijedi nakon vrhunca „nepokolebljivosti“ gdje dijete postaje otvoreno za nova iskustva i vjeruje da su dječaci i djevojčice slobodni od stereotipa, kao slobodne individue.

Stereotipi utječu na ponašanje djevojčica i dječaka. Dječaci su više aktivni, grubljeg (tzv. divljeg) ponašanja i vole dinamične igračke (aute), dok su cure nježnije i vole statične igračke (lutke) (47,57). Međutim, društvo ne utječe na odabir ovih igračaka, već rani razvoj moždanog sklopa igra bitnu ulogu u tome (47).

Ovu tezu dokazali su Alexander i Hines (64) kod zelenih afričkih majmuna. Majmunima su dani autići, lutke i drugi spolno neutralni predmeti (igračke). Ženke majmuna su uzimale lutke te su proučavale njihov ano-genitalni sustav, dok su muški majmuni uzimali autiće i lopte. Niti jedan spol nisu zanimali neutralni predmeti, kao što su igračka psa ili slikovnica. To je kasnije dokazano i kod ljudske vrste (47,64).

Prema studiji koju su napravili Iijima, Arisaka, Minamoto i Arai (65), djevojčice prilikom crtanja koriste jarke boje, kao što su crvena, žuta i narančasta. Njima crtaju ženske likove, leptiriće i cvijeće te to čine na podu, smireno i organizirano. Za razliku od toga dječaci crtaju: tehničke objekte, transportne objekte (aute, zrakoplove, itd.), oružje i sportove te pritom koriste tamne boje (najviše plavu), a cijela skica izgleda neuredno i neorganizirano. Isti takav tip muških crteža crtale su djevojčice s KAH-om (kongenitalna adrenalna hiperplazija) zbog lučenja testosterona u fetalno doba. Iste te djevojčice su kasnije zadobile i muške spolne karakteristike, iako jesu ili nisu bile medicinski tretirane na vrijeme. Uočeno je da djevojke s KAH-om imaju veće šanse postati lezbijke ili transseksualke. Ova studija pokazuje kako hormoni igraju važnu ulogu u ponašanju djevojčica, premda su stereotipi ukazivali na drugačiji obrazac crtanja (47).

Većina studija pokazuju razlike u obrascu ponašanja dječaka i djevojčica. Npr. djevojčice vode konkretne razgovore, vođene uzajamnim razumijevanjem te slaganjem oko određenih teza te priznavanjem drugih govornika. Dječaci, naprotiv, upadaju u riječ jedni drugima, stavljaju veto i pritom traže ispunjavanje zahtjeva, zbijaju šale, natječu se za vodeću riječ itd. (46,60).

Interesantna je socijalizacija djeca u pubertetu koji nastupa u zadnjim godinama osnovne škole te u počecima srednje škole. Tada se djeca zbližavaju u uže grupe, koje predstavljaju određeni interes, hobi, aktivnost itd., nego što su grupe bile formirale u ranijoj dobi (osnovnoj školi), primarno na temelju segregacije spola. Kao primjere možemo spomenuti: grupu „kompjuterskih štrebera“ (eng. nerd), koji su na dnu socijalizacijske ljestvice među muškarcima; te grupu „top girls“, što znači „djevojke na vrhu“ socijalizacijske ljestvice, tj. nad svim ostalim djevojkama. To su djevojke koje su modno osviještene, koje ostale djevojke idoliziraju ili maštaju biti one. Zaključno rečeno, socijalna moć u doba puberteta je odraz kategorije u kojoj određeni pojedinac pripada. Ako je ona veća, veći je i poredak na hijerarhijskoj ljestvici socijalizacije. Djeca koja se nalaze na samom dnu ljestvice, ostaju često

usamljena jer se nitko od vršnjaka ne želi poistovjećivati s njima te time biti i sam stigmatiziran kao manje vrijedna osoba. U takvih pojedinaca često dolazi do razvoja poremećaja ličnosti, a s njim i poremećaja razvoja rodnog identiteta (62).

Psihoanalitičke teorije proučavaju reakcije djeteta na svjesnost postojanja razlika između spolova, bilo to anatomskih ili socijalnih. Isprava je ta reakcija egoistična, u smislu da su svi isti kao i to dijete. Npr. dječaci misle da svi ljudi imaju penis, kao i oni. Međutim, s vremenom, u interakciji s drugima, počinju poprimati sliku o postojanju rodno/spolnih razlika, koja još nije kompletna. Stoga su pogreške u interpretaciji određenih informacija ili pojava vrlo česte. Isto tako, unutar tih interpersonalnih izmjena informacija, npr. s djevojčicama, dječaci se počinju bojati da bi izgubili penis, pošto postoje osobe bez njega. Tako naizgled krive i veoma zbudjujuće teze koje okupiraju mlade umove, sa psihoanalitičkog stajališta „drže vodu“ i mogu voditi k pojavi transseksualnosti (4,19–21,46).

Predškolci pokazuju povećani interes za svoje genitalije. Tako počinju eksperimentirati s njima, što rezultira seksualnim užitkom, a time i zadovoljavanjem nagona libida. Masturbiranje postaje sve učestalije i pruža jedan oblik opuštanja (19,20,46). Nije strano čuti kako dijete govori majci ili ocu da se skine i uđe u kadu, prilikom kupanja, kako bi poistovjetio svoj spol/tijelo s istim ili tuđim spolom/tijelom. (46).

Predškolci kada traže ljubavnog partnera idu premisom da bi najbolji odabir bio upravo njihov roditelj suprotnog spola. Upravo se tu javlja edipski kompleks koji govori djetetu da je roditelj najbolji ljubavni partner jer ga on najbolje razumije te ga je on od rođenja hranio, čuvao, brinuo se za njega itd. (19,20,46). Ako djeca ne razriješe svoj edipski kompleks (posesivnost prema određenom roditelju) onda mogu razviti nesigurno-ambivalentno ponašanje, što krajnje može voditi prema razvoju transseksualnosti (19,20,46).

Psihoanalitičke teorije polaze od teze da je transseksualnost rezultat neriješene separacijske anksioznosti (4). Npr. prema istraživanju Persona i Oveseya, kako navodi Jokić-Begić i Begić (4), Muž stvaraju fantaziju o simbiotskom sjedinjenju s majkom kako bi nadvladati anksioznost. Person i Ovesey nadalje tvrde da postoji par mehanizama obrane koji pritom vode direktno ili indirektno prema transseksualnosti. Dakle, kako dječak odrasta, može se odlučiti na kiruršku tranziciju spola (završna etapa sjedinjena s majkom) ili na transvestizam (eksperimentna faza odraza osjećaja u novonastaloj rodnoj ulozi) ili okrenuti prema homoseksualnoj orijentaciji.

Zanimljivo je za reći da je prema istraživanju Savin-Williamsa, kako navodi Davies (46), seksualna orijentacija ukorijenjena tek u kasnoj adolescenciji zbog hormonskih promjena u pubertetu, koje bitno utječu na mentalni razvoj.

Prema istraživanju Bailey i Zuckera, kako navodi Davies, homoseksualna i biseksualna orijentacija mogu se pojaviti i ranije, u dobi između 10 i 12 godina, baš onda kada se razvijaju prve heteroseksualne simpatije (46).

Davno se homoseksualnost smatrala socijalno naučenom ili odabranom; kao stil života („lifestyle choice“). Ipak danas je zaključeno da je seksualna orijentacija fiksirana i nepromjenjiva u odrasloj dobi (47). Prema istraživanju LeVaya, kako navodi Swaab (47), ne postoji studija koja pokazuje uspješnost izmjene seksualnu orijentacije pojedinaca. Od svih raznih tehnika, između kojih je pokušano s kastracijom, primjenom testosterona ili estrogena (pojačavaju libido, ali ne mijenjaju seksualnu orijentaciju), davanjem emetika i istodobnim pokazivanjem homoerotskih slika, psihoanalizom, elektrošokovima i zatvaranjem u samice, osobe su i dalje zadržale homoseksualnost kao seksualnu orijentaciju.

Zabilježene su npr. neoplastične promjene u odrasloj dobi, kao što je tumor u hipotalamusu i prefrontalnom korteksu, koji je doveo do promjene seksualne orijentacije iz heteroseksualnosti u pedofiliju (66).

Slučaj Davida Reimera (ili slučaj „John-Joan-John“) je bila bitna prekretnica u tadašnjim vladajućim psihološkim dogmama jer se je vjerovalo da je čovjek psihoseksualno neutralan pri rođenju te da normalni psihoseksualni razvoj ovisi samo o gonadama (17,18,44,47). Jedna od vladajućih dogmi je bila Moneyeva, kako navodi Swaab (47), da rodni razvoj počinje tek u prvoj godini i završava s 3 do 4 godine starosti djeteta.

Naime, u spomenutom slučaju radilo se o dječaku (kariotipa XY) (pseudonima John), starosti od 8 mjeseci, koji je zadobio tešku malformaciju penisa prilikom operacije fimoze. Na nagovor liječnika, roditelji su ga počeli odgajati kao djevojčicu te su mu odmah promijenili ime (pseudonima Joan). Tijekom odrastanja, roditelji mu nikad nisu dali naslutiti da je zapravo drugog roda. Još je interesantnije da je David imao brata blizanca, koji se normalno razvijao i nikada nije znao za bratovu zlu sudbinu koja ga je snašla. Dogovoreno je s dječjim

kirurgom i psihijatrima da će Davidu napraviti orhidektomiju (sa 17 mjeseci) te vaginoplastiku jer se u to vrijeme smatralo da je lakše napraviti vaginu, nego penis (zastarjela dogma) te je takva teza ishodila ovom slučaju. Također je dogovoreno da će Davidu redovito davati estrogene kako bi se osjećao kao „žensko“ te kako bi potaknuli rast grudi. Njegovi roditelji su jednom prilikom izjavili kako se ne može uopće uočiti ikakav detalj koji bi mogao raskrinkati Davida, no samo ako bi se on htio u danom trenutka pristojno (feminizirano) ponašati. Drugom prilikom izjavili su da bi David ponekad bio teške naravi. Naime, poderao bi haljinu sa sebe i počeo bi se divlje ponašati, baš kao dječak, odnosno, kao njegov brat blizanac. Često je imitirao oca. Npr., ako bi se otac brijao u kupaonici i David bi se htio brijati. Majka ga je htjela odgovoriti od toga ponašanja, nudeći mu ruž kao kompenzaciju za britvicu, kojeg bi on odmah odbacio. Nije se htio igrati s lutkama, nego s bratovim („muškim“) igračkama, no ovaj mu to nije htio dopustiti, stoga je David sačuvao sav prikupljeni džeparac te bi otišao kupiti svoje nove „muške“ igračke. U školi bi se htio igrati s dječacima, no oni ga nisu htjeli primiti u svoje društvo niti su ga djevojčice išta više podnosile. Čak mu je bio zabranjen ulaz u ženski wc jer je urinirao stojeći, a ne sjedeći, na što su se djevojčice izrazito užasavale, stoga je odlazio u muški wc. Ovo devijantno ponašanje, neobičnog obrasca za djevojčice, nagovijestalo je potpuno rasulo u Davidovoj psihi. Sve je kulminiralo s tim da je David bio izbačen iz škole jer je udario djevojčicu koja mu se rugala. David je kasnije u intervjuu izjavio da se s točno 9 godina više uopće nije osjećao kao žena, već kao muškarac. Psihijatri su napravili pritisak na Davida i njegove roditelje, odnosno da se terapija estrogenima učestali i poveća, na što je David pobjegao iz bolnice i sakrio se na tavan obližnje zgrade. Sam je rekao da se u tom trenutku sve činilo neizbježno i da je jedini način da njegova patnja nestane, čin suicida. Nakon svega što se dogodilo, otac mu je odlučio reći istinu. U tom trenutku Davidu je sve konačno imalo smisla, cijeli njegov život, kako se je čudno osjećao „zarobljenim u tuđem tijelu“. S 14 godina, napravljena je faloplastika i mastektomija te je započeta terapija testosteronom. Davidovim roditeljima je sugerirano da promjene prebivalište, kako bi izbjegli javno izrugivanje, no oni su to odbili učiniti. Nedugo zatim, David se vratio u školu i začudo svi školarci koji su odbijali njegovo postojanje, sada su ga prihvatili. Bio je popularan među djevojkama, kao i među dečkima. Roditelji su mu čak kupili kombi koji mu je pomogao u zbližavanju sa suprotnim spolom. Nakon svega što se dogodilo, David uopće nije bio psihički hendikepiran. S 25 godina se oženio s par godina starijom ženom i prihvatio je njezinu djecu iz prvog braka kao svoju. Njihov seksualni život bio je skroz normalan te je u novoj obitelji on bio „glava kuće“. Njegova žena rekla je da se uopće ne može reći na Davidu da je prije bio ženska osoba niti da je uvidjela ikakvo patološko

ponašanje (depresivno, suicidalno itd.) tokom njihova braka. David je na kraju počinio suicid 2004. godine, no razlog tome nisu bile psihičke bolesti s kojima se bori većina transseksualnih osoba, nego novac izgubljen u dionicama (44).

Ovaj slučaj jasno ukazuje da je ljudsko ponašanje uvjetovano kariotipom i hormonskim utjecajem u prenatalno doba. Također, nikakav psihosocijalni utjecaj (odgoj) niti kirurška operacija (kastracija) ne može promijeniti već ukorijenjenu ljudsku ćud (rodni identitet) pa ni seksualnu orijentaciju. Stoga ova premisa zagovara dominantni utjecaj biološke teorije nad psihosocijalnom teorijom (44,47). Sa psihološkog gledišta, bitno je saslušati pacijenta kako se on osobno osjeća i koji tip terapije bi osobno htio (samo hormoni s ili bez kirurške tranzicije spola). Odbacivanjem starih dogmi ušli smo u novo razdoblje gdje se interaktivno bavimo s pacijentima i u taj cijeli proces uključen je interdisciplinarni tim: od doktora opće prakse, socijalnog radnika, kirurga, psihijatra, psihologa, ginekologa, urologa, endokrinologa, do pravnika (2-4,44,47).

3. PATOLOŠKI OBRAZAC RAZVOJA SPOLNOG I RODNOG IDENTITETA

Promjene u normalnom, fiziološkom obrascu mogu biti hormonalnog ili genetskog podrijetla, kao što je već navedeno u prijašnjem poglavlju. Te promjene mogu voditi prema različitim fetalnim ishodima, odnosno različitim bolestima, koje se međusobno razlikuju po kariotipu te fenotipu pojedinca (a radi se o jednom te istom fetusu). Naravno da takva promjena može imati utjecaj i na rani razvoj mozga, što može dovesti do kasnijih poremećaja rodnog identiteta (8,10,26,28,45,47).

Anomalije mogu zahvatiti spolne kromosome (gonosome) ili tjelesne kromosome (autosome). U pravilu, anomalije koje zahvaćaju spolne kromosome imaju blažu ekspresiju na poremećaj fenotipa pojedinca, nego anomalije tjelesnih kromosoma. Gonosomni poremećaji su veoma prepoznatljivi pa se već na „prvi pogled“ uočava karakterističan fenotip (59).

Postoji nekoliko primjera već spomenutih stanja, čiju ćemo psihopatologiju uskoro razjasniti.

3.1. TURNEROV SINDROM

Anomalija koja zahvaća spolne kromosome (gonosome) s incidencijom javljanja od 1:2500 (28). Kariotip takvih osoba najčešće iznosi 45,X (može biti 46,X s mikro ili makro delecijom dugog ili kratkog kraka X kromosoma te mozaicizmom 45,X/46,XX ili 45,X/46,XY). Ova bolest jedini je primjer monosomije (postojanje samo jednog gonosoma) koja je spojiva sa životom. Takve osobe su fenotipski žene (vanjštine svojstvene za ženske osobe), ali ne i s potpuno razvijenim sekundarnim spolnim osobinama (npr. grudima). Budući da se tijekom fetalnog razvoja nisu razvili funkcionalni jajnici, već su na njihovom mjestu ostali fibrozirani tračci bez jajnih stanica, takve žene su sterilne. One su niskog rasta (između 140 do 150 cm), sa smanjenom donjom vilicom, visokog nepca, kratkog vrata sa specifičnim lateralnim naborima koji se protežu od uha do ramena (pterigij), amenorejom te s poremećajima srčanog i mokraćnog sustava (59).

Mentalni razvoj takvih osoba je uredan, ali mogu se javiti psihičke smetnje vezane zbog specifičnih fenotipskih obilježja koja odudaraju od socijalnih normi (stereotipa „normalne“

djevojke) okoline (4). Ovaj sindrom prepoznaje se tek u školskoj dobi, kada djevojčice zaostaju s rastom za ostalim djevojkama, što se tretira estrogenima u pubertetu. Životni vijek može biti normalan, ovisno o poremećajima srčanog i mokraćnog sustava (59).

Rodni identitet ovih osoba najčešće je ženskog tipa. Međutim, zbog već spomenute činjenice o neplodnosti, ove osobe osjećaju se manje „ženstvenima“ pa rodna uloga može varirati (10). Isto tako, Turnerov sindrom najčešće spada u podlogu nastanka interseksualnosti (4).

Interesantna je činjenica da je najveći broj spontanih pobačaja, utvrđenih prilikom obdukcije, kariotipa 45,X (59).

3.2. KLINEFELTEROV SINDROM

Još se naziva i sindrom XXY. Češći je u djece starijih očeva i/ili majki (59). Incidencija javljanja iznosi 1:600 do 1:1000 (28).

Anomalija je definirana kariotipom s dva ili više kromosoma X i s jednim ili više kromosoma Y. Fenotipski se radi o muškarcima s atrofijom testisa i odsustvom spermiogeneze (infertilnošću). Međutim, javlja se hiperplazija Leydigovih stanica i hipersekrecija FSH (folikulostimulirajući hormon). Takve osobe su visokog rasta s izraženom ginekomastijom (59). Također, izostaje razvoj muških sekundarnih spolnih obilježja (4), dok u određenog broja ljudi postoji i mentalna zaostalost (59).

Sindrom XXY se otkriva tek u odrasloj dobi zbog neplodnosti tih muškaraca, a inače oni vode skroz normalan život. Što osoba ima više X kromosoma, klinička slika je izraženija. Postoji simptomatsko liječenje androgenima, no oni ne popravljaju sterilnost (59).

Danas je sve češći porast broja osoba s Klinefelterovim sindromom koji razvijaju poremećaj rodnog identiteta (10).

Klinefelterov sindrom, kao i Turnerov sindrom, isto spada među uzroke razvoja interseksualnosti (4).

3.3. HERMAFRODITIZAM

U pravom smislu riječi znači „pravi dvospolci“. Kasnije je dogovoren termin „ovotestikularni poremećaj diferencijacije spola“. Hermafroditi su rijetke osobe koje imaju tkivo jajnika i sjemenika, stoga mogu fenotipski nositi dvostruke (dvosmislene) seksualne karakteristike, muških i/ili ženskih osoba (interseksualnost) (59).

S druge strane, to su osobe podvojene između svojih gonada, sekundarnih spolnih osobina, psihičkog i socijalnog spola itd. (4).

Kariotip je najčešće 46,XX u 50 % hermafrodita. Međutim, u 30 % njih postoje razni oblici mozaicizma, npr. 45,X/46,XY ili 46,XX/46,XY, dok u 20 % osoba, kariotip je 46,XY. Krajnja dijagnostika ostvaruje se na osnovi biopsije gonada (59).

Interseksualne osobe odabiru svoj rodni identitet kada budu u potpunosti spremne, tj. da li žele biti muškog ili ženskog roda/spola. Neke mogu odabrati biti izvan binarnog rodnog sustava i klasificirati se kao „treći“ rod (10).

Transseksualnost i interseksualnost se razlikuju. Kao prvo, kod transseksualnosti spol je već razvijen (bilo muški ili ženski), dok kod interseksualnosti on je nepotpuno razvijen. Druga razlika je ta što interseksualne osobe žele spol s kojim su rođene korigirati prema potpunom muškom ili ženskom spolu, dok transseksualci žele vlastiti biološki spol promijeniti u suprotni (4).

3.4. PSEUDOHERMAFRODITIZAM

Pseudohermafroditi su tzv. „lažni dvospolci“ (67). Može postojati ženski i muški tip pseudohermafroditizma. Kod žena, kariotipa 46,XX, uredno su formirani jajnici (nastali od Müllerovog kanala), dok je vanjšina (s vanjskim gonadama) maskulinizirana. Razlog tome jest prenatalna izloženost fetusa visokim koncentracijama androgena (virilizacija). Povišene koncentracije mogu biti ili majčina ili fetalna podrijetla. Uzroci majčina podrijetla jesu ijetrogeno davani androgeni tijekom trudnoće te tumori (luteomi ili androgeni tumori), a kod djeteta glavni uzrok jest kongenitalna adrenalna hiperplazija (59).

Muškarci, normalnog kariotipa 46,XY, mogu imati uredno razvijene testise (nastali od Wolffovih kanala), ali s vanjskom feminizacijom, dok drugi mogu imati i unutarnje ženske strukture. Razlozi mogu biti genetski ili endokrini. Kod genetskih uzroka postoji parcijalna delecija kratkog kraka Y pa nedostaje SRY, stoga se razvija Müllerov kanal (isti uzrok može se javiti i kod kromosomskog mozaika XO/XY). Endokrini uzroci mogu biti razni, od nereaktivnosti Leydigovih stanica, manjka enzima za sintezu i metabolizam testosterona, sindroma androgene neosjetljivosti, do smanjenog metabolizma AMH-a (59).

Nereaktivnost Leydigovih stanica je rijedak uzrok muškog pseudohermafroditizma. Kariotip je muški (46,XY). Uzroci mogu biti aplazija, hipoplazija ili funkcionalni poremećaj Leydigovih stanica na stimulaciju LH-a (luteinizirajućeg hormona) i hCG-a (59).

Sveukupno postoji 5 glavnih enzima zaslužnih za sintezu testosterona. U nadbubrežnoj žlijezdi to su: 20,22-dezmozolaza, 3- β -hidroksisteroid-dehidrogenaza i 17-hidroksilaza, dok su u testisu: 17,20-dezmozolaza i 17-ketosteroid-reduktaza. U slučaju nedostatka ili manjka aktivnosti (najčešće vezano za autosomno recesivno nasljeđivanje bolesti) jednog od njih, kod muškaraca kariotipa 46,XY, razvija se karakteristična slika dvosmislenih vanjskih genitalija, ali s dobro diferenciranim testisima. U slučaju nedostatka enzima nadbubrežne žlijezde, uz već opisano stanje, javlja se dodatno i adrenalna insuficijencija, koja je veoma opasna i liječi se terapijom adekvatne zamjene kortikosteroida i mineralosteroida (59).

Kod poremećaja u sintezi, sekreciji i odgovoru na AMH radi se o fenotipskim muškarcima, kariotipa 46,XY. Postoji uredno razvijeno muško vanjsko spolovilo. Uz normalno razvijene unutarnje muške strukture, postoje uterus i jajovodi. Razlog tome je AMH koji neadekvatno signalizira destrukciju Müllerovih kanala. Bolest se najčešće prikazuje hernijom uterusa u ingvinalno područje (59).

3.4.1. KONGENITALNA ADRENALNA HIPERPLAZIJA (KAH)

Autosomno recesivno nasljedna metabolička bolest nedostatka steroidogenih enzima; grupe citokrom P450 oksidaze. Zbog nedostatka određenog enzima, dolazi do nakupljanja intermedijarnih steroida čime nastaje različit spektar izražaja ove bolesti (59).

Klinička slika može biti različito izražena, od virilizacije djevojčica, hipoglikemije, renalnog gubitaka soli, hipertenzije, do nedostatka maskulinizacije dječaka itd. Npr. najčešći je nedostatak enzima 21-hidroksilaze, dok je drugi po učestalosti nedostatak 11-hidroksilaze. Incidencija bolesti iznosi od 1:10 000 do 1:15 000. Zajedničko svim enzimskim poremećajima jest smanjena sinteza kortizola. Kortizol je regulator lučenja ACTH-a (adrenokortikotropinski hormon), što znači da smanjenim lučenjem kortizola, sustavom negativne povratne sprege, luči se povišena koncentracija CRF-a (kortikotropin-oslobađajući hormon) iz hipotalamusa, što rezultira povišenjem koncentracije ACTH-a (luči se iz adenohipofize) u krvi, koja povećava aktivnost i potiče na rast kore nadbubrežne žlijezde. To rezultira začaranom lančanom reakcijom jer se kortizol i dalje ne bude stvarao, intermedijarni steroidi će se i dalje nakupljati u krvi, što će i dalje povećavati sekreciju ACTH-a (59).

U 90 % slučajeva postoji nedostatak 21-hidroksilaze. Ovaj poremećaj zahvaća podjednako i mušku i žensku djecu. Postoje 2 oblika bolesti. Jedan oblik sa sindromom gubitka soli i drugi bez gubitka soli (ili s parcijalnim gubitkom soli zbog manjka 21-hidroksilaze). Kod djevojčica prilikom rođenja vidimo dvosmisleno vanjsko spolovilo zbog virilizacije fetalnim androgenima (povećan klitoris, fuzija labija s urogenitalnim sinusom), ali s uredno razvijenim unutarnjim ženskim spolovilom. Kod tih djevojčica javlja se između ostalog i preuranjeni pubertet, pubična i aksilarna dlakavost, akne, dubok glas, ubrzan rast kostiju i mišićavost. Kod dječaka zbog iste povećane koncentracije androgena postoji pigmentirani skrotum, povećan penis, skrotum i prostata, pubična i aksilarna dlakavost svojstvena muškarcima, ubrzan rast, mišićavost tijela itd. Testisi su naprotiv maleni, bez sposobnosti spermatogeneze. Zbog nedostatka 21-hidroksilaze, uz virilizaciju, postoji i blok u stvaranju kortizola i aldosterona. To rezultira adrenalnom krizom, koja se pojavljuje već u prvim danima nakon rođenja (59). Novorođenčad je blijeda, dehidrirana, hipotonična, cijanotična, hladne kože, učestalog povraćanja, povećanog kalija te smanjenog natrija. Sve to zajedno rezultira kolapsom i šokom (59).

Kod nedostatka 11-hidroksilaze postoji također adrenalna hiperplazija te virilizacija, ali umjesto niskog tlaka, postoji visok tlak (zbog postojanja deoksikortikosterona koji ima mineralosteroidnu aktivnost) (59).

Dijagnostika ove bolesti moguća je biokemijskom analizom steroida u krvi i mokraći. Nalazom pojedinih enzima, znamo o kojem se enzimskom bloku radi. Terapija je doživotna supstitucijska, čime se daju krajnji hormoni koji nedostaju, npr. kortizol i/ili aldosteron (59).

Pitanje rodnog identiteta kod osoba s KAH-om jest složena tematika. Npr. ako uzmemo u obzir djevojčice, koje su kariotipa 46,XX, one su tijekom prenatalnog razvoja bile „programirane“ kao žene te su se razvili ovariji. Istodobni utjecaj androgena tijekom prenatalnog razvoja dovodi do virilizacije (maskulinizacije) cijele vanjštine djevojčice. Ove djevojčice se kasnije mogu identificirati kao žene, što i kromosomski jesu, premda one mogu biti odgajane kao muškarci jer ih roditelji, a i okolina tako tretira zbog vanjskog „muškog“ izgleda. Dakle, one se mogu identificirati i kao muškarci. Zato su potrebna daljnja istraživanja u vezi pravilnog pristupa ovoj problematici. Za sada se preporučuje da se s bilo kojom intervencijom pričekava do puberteta, kako bi one samostalno odlučile što su, odnosno što žele biti (muškarci ili žene). Rodna uloga je najčešće muškog stereotipa (10).

Jedna studija pokazuje da djevojčice koje su bile izložene visokim razinama testosterona „in utero“, zbog npr. sindroma policističnih jajnika, imaju šanse od 300 do 1000 puta veće za razvoj transeksualnosti, dok djevojčice s KAH-om imaju rizik od 1% do 3% za razvoj transeksualnosti (68).

3.4.2. NEDOSTATAK 5- α -REDUKTAZE

Poremećaj perifernog metabolizma testosterona. Incidencija u sjevernoj Americi je 1:40 000 muškaraca. Kariotip je 46,XY. Nedostatkom enzima 5- α - reductaze dolazi do razvoja dvosmislenih vanjskih genitalija, dok su unutarnje normalno diferencirane (testisi). Vanjština je feminizirana, dok penis nalikuje klitoris. Razlog tome jest, što je za maskulinizaciju potrebna pretvorba testosterona u DHT, a upravo to posreduje 5- α - reductaza (10).

U pubertetu dolazi do izražene maskulinizacija zbog enormnog lučenja testosterona iz testisa. Rodni identitet najčešće je ženski, no nakon puberteta, mijenja se u muški rod (59).

Postoji teorija da je mozak od početka maskuliniziran, no da je do puberteta suprimiran pa se takve osobe očituju ženskim rodom. Tek nakon puberteta (porasta razine testosterona) rod se ponovno mijenja u muški, tj. nativni (mozak je opet maskuliniziran) (10).

Postoji par primjera gdje je uočen drugi obrazac rodnog identiteta. Naime, kod nekih osoba napravljena je orhidektomija s davanjama estrogena pa su te osobe zadržale ženski rodni identitet. Druge osobe odgajane su interseksualno te im je tijekom puberteta pružena šansa da se sami izjasne, tj. odluče za određeni rod. Treći su od početka odgajani kao djevojčice te su i zadržali do kraja svoga života ženski rodni identitet (10).

3.4.3. SINDROM ANDROGENE NEOSJETLJIVOSTI

Naziva se još i testikularna feminizacija ili Morrisov sindrom (4). Incidencije 1:20 000 (10).

Može biti kompletna ili inkompletna oblika. Nasljeđuje se spolno vezano (X vezano recesivno). Radi se o ne funkcioniranju androgenih receptora, tj. nereagiranju krajnjeg organa (s tim receptorima na sebi) na androgene. Kariotip je 46,XY. Takvi muškarci najčešće su prezentirani s kriptorhizmom, ženskim izgledom vanjskih genitalija (labioskrotalna fuzija) sa slijepom vaginom te bez postojanosti uterusa i jajovoda (59).

Sav testosteron koji nastaje u vrijeme puberteta, pretvora se u estradiol pa se time razviju ženska sekundarna spolna obilježja (ginekomastija i pubična dlakavost) (10,59).

Osobe s kompletnim oblikom androgene neosjetljivosti treba odgajati kao djevojčice. Dok kod djelomičnog (inkompletnog) oblika bolesti postoji teška odluka jer je teško predvidjeti krajnji razvoj rodnog identiteta i stupanja virilizacije takvih osoba, tj. u kojem će se pravcu bolest razvijati (59).

Važno je za reći da se u intrauterino doba razvija feminizacija mozga, odnosno ženski rodni identitet te se takve osobe odgajaju kao djevojčice (10).

Svi se ti muškarci izjašnjavaju ženama te je potrebna orhidektomija radi malignog potencijala nespuštenih testisa, uz doživotno primanje estrogena (10).

Zabilježeno je da su te „žene“ (mada kariotipski muškarci; 46,XY) najbliže izgledu „medijskih savršenih“ ili „idealiziranih žena“, negoli prave žene (kariotipa 46,XX) (10).

Prema studiji koja je provedena među ženama sa sindromom androgene neosjetljivosti, većina njih je bila zadovoljna svojim fenotipskim izgledom, seksualnom funkcijom, heteroseksualnom orijentacijom, libidom i rodnim identitetom (52).

4. KLASIFIKACIJA I DIJAGNOSTIKA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA

4.1. POVIJESNI PREGLED KLASIFIKACIJA

Aktualnu desetu Međunarodnu/Internacionalnu klasifikaciju bolesti iz 1990. godine (MKB-10/ICD-10) revidira i objavljuje Svjetska Zdravstvena organizacija (WHO), dok peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti iz 2013. godine (DSM-5) revidira i objavljuje Američko psihijatrijsko društvo (APA) (14,15).

Ovim pregledom ukazat ćemo na komplicirane promjene u konceptualizaciji termina vezanih za rod i spol kroz povijest (prema revidiranju Dijagnostičkih i statističkih priručnika mentalnih bolesti) (14).

Periodično često uvedene promjene unutar tih psihijatrijskih klasifikacija jesu međusobno vrlo slične, pogotovo između zadnje generacije DSM-a i ICD-a (DSM-5 i ICD-10), premda uvijek postoje razlike, koje ćemo isto prikazati nadoknadno (14,15).

Tijekom povijesti, u zapadnoj civilizaciji, spol i rod su bili shvaćani kao sinonimi jer ljudi (laici) nisu dovodili u pitanje sukladnost svoga spola i roda, odnosno nisu uvidjeli različitost njihovih koncepata (fizička sfera koja predstavlja spol te psihička sfera koja predstavlja rod). Međutim, s vremenom te pojavom transseksualaca i interseksualaca u društvu („odstupanja u društvu“), uvidjela se razlika između spola i roda te su time ljudi shvatili da ono čime je čovjek izvana okarakteriziran ne mora značiti da se on tako i osjeća. Dakle, primijećena je i potvrđena postojanost šireg spektra ljudi s različitom idejom identifikacije, usko vezane sa specifičnom psihopatologijom, a to je poremećaj rodnog identiteta. Time su započeti prvi začetci razdvajanja spolne i rodne terminologije (1-4,8,9,14,17,18,20,45).

Prema istraživanjima Američkog Psihijatrijskog društva (APA) 1975. godine, kako navodi Janssen i Busa (3), poremećaj rodnog identiteta (tadašnji distress) shvaćao se kao seksualna devijacija pa je tako 1968. godine u DSM-II i klasificirano.

Tek se od 1980. godine u DSM-III uvodi pojam transseksualnosti, kao termin detaljnije separacije spola i roda, no i ona se shvaća kao psihoseksualni poremećaj, no zato se barem odvaja od seksualne orijentacije (i ostalih parafilija) i transvestizma (3,14,69)

APA 2000. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), uvodi novi termin „GID“ (eng. gender identity disorder) u DSM-IV, ali on biva klasificiran u grupi „spolnih i rodni poremećaja“.

APA 2013. godine u DSM-5, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), kompletno odvaja rod od spola pojmom rodne disforije (GD); kao specifičan termin i samostalnu grupu.

Kao što vidimo rod je bilo teško razlučiti od spola jer je rodni identitet složen koncept (14). U prilog tome govori istraživanje Ruble i Martin iz 1998. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), da se na rodni identitet isprva gledalo kroz kognitivnu dimenziju. Tek kasnije, počela se uočavati njegova afektivna dimenzija (14,70). S vremenom predložen je peterodimenzionalan model rodnog identiteta, koji je uključio „članstvo određenoj rodnoj kategoriji“, „rodnu centralnost“, „rodnu ugodnost“, „rodno zadovoljstvo“ i „osjećaj rodne tipičnosti“ (14,71).

APA 1980. godine u DSM-III, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), uvršćuje tri nova termina „poremećaja rodnog identiteta“, a to su „transseksualnost“ (302.5x), „poremećaj rodnog identiteta u djece“ (GIDC) (302.60) i „atipični poremećaj rodnog identiteta“ (302.85). Njihova zajednička karakteristika je bila što su ukazivali na nesklad između biološkog spola i rodnog identiteta.

APA 1980. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), uspostavlja dva kriterija koja vrijede za transseksualnost. To su: kriterij A koji obuhvaća osjećaj neugodnosti i neprikladnosti osobnog anatomskog spola, dok je kriterij B obuhvaćao upornu želju za odstranjenjem genitalija i prelaskom u suprotni spol.

Ostali kriteriji prema APA 1980. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), tvrde da ovaj poremećaj mora biti u kontinuitetu barem 2 godine i da ne smije biti povezan s drugom psihičkom bolesti (npr. shizofrenijom) ili dr. fizičkim interspolnim stanjem.

APA 1980. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), objasnila je „atipični poremećaj rodnog identiteta“ kao podgrupu u koju spadaju sva ona stanja koja se ne mogu svrstati niti u jednu od navedene dvije preostale podgrupe (to je kriterij C: „kriterij iznimke“). APA 1980. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), svrstava transseksualnost, GIDC i atipični poremećaj rodnog identiteta u grupu psihoseksualnih poremećaja.

APA 1987. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), u reviziji DSM-III, svrstava dvije nove podgrupe, umjesto „atipičnih poremećaja rodnog identiteta“, a radi se o: „poremećajima rodnog identiteta u adolescenciji i odrasloj dobi; netransseksualnog tipa“ (GIDAANT) i „poremećajima rodnog identiteta; nespecificirani drugačije“ (GIDNOS).

APA 1987. godine, navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), izbacuje transseksualnost (302.50), GIDC (302.60), GIDAANT (302.85) i GIDNOS (302.85) iz grupe psihoseksualnih poremećaja i svrstava ih u novostvorenu grupu „poremećaja ranog djetinjstva, djetinjstva i adolescencije“.

APA 1987. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), tvrdi da je glavna razlika između transseksualnosti i GIDAANT-a, što u transseksualnosti osobe u trajanju od najmanje dvije godine, žele ukloniti svoje primarne i sekundarne spolne karakteristike i steći osobine suprotnog spola, dok u GIDAANT-u osobe to ne žele.

APA 1987. godine u DSM-III-R, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), odbacuje prijašnji kriterij da dr. psihičke i/ili kromosomne bolesti te interseksualna stanja ne mogu postojati zajedno s transseksualnošću.

Nadalje, APA 1987. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), učvršćuje kriterije GIDC-a, u kojima npr. uzevši djevojčice, one iskazuje veliku nelagodu (distres) što su djevojčice i iskazuju veliku želju da postanu dječaci, što i obrnuto vrijedi i za dječake.

APA 1994. godine u DSM-IV, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), izbacuje termin GIDAANT-a. Razlog tome bio je nedostatak jasnoće u razlici između transseksualnosti i GIDAANT-a te nemogućnost odobravanja kirurške tranzicije spola osobama s GIDAANT-om (14,72).

Transseksualnost i GIDC su stopljeni u jedan opširniji termin „poremećaja rodnog identiteta u adolescenciji i odrasloj dobi“ (GID) (14,72,73).

APA 1994. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), ističe naglasak unutar GIDC-a na suprotnom obrascu ponašanja djece od uobičajenog; društveno pripisanog

određenom rodu (eng. cross-gender behaviour). Uz to APA iste 1994. godine unutar GIDC-a, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), također ističe naglasak na opetovanoj želji djeteta za promjenom spola i opetovanom isticanju djeteta da je ono suprotnog spola. Između ostalog, APA iste 1994. godine u DSM-IV, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), stvara kriterij D koji predstavlja smetnje u svakodnevnom životu i drugim važnim funkcijama.

APA 1994. godine u DSM-IV, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), svrstava podgrupe GID (302.85), GIDC (302.6) i GIDNOS (302.6) u novu grupu „spolnih i rodni poremećaja identiteta“.

Rodna disforija je termin koji se je pojavio u DSM-5, 2013.godine, kao krajnji rezultat separacije termina roda od termina spola (3). APA 2013. godine u DSM-5, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), ubacuje nove termine. Tako umjesto GID-a, ubačena je rodna disforija (GD) (u adolescenciji i odrasloj dobi (302.85) i u djetinjstvu (302.6)), umjesto GIDNOS ubačene su „druge specifične“ (302.6) i „nespecifične rodne disforije“ (302.6). Oni su pripisani istoimenoj novoj grupi „rodne disforije“.

Konačno se u DSM-5 rodna disforija razdvaja od seksualnih disfunkcija i seksualne orijentacije (parafilija), odnosno termina roda od termina spola jer se uviđa da su to dva različita pojma. Termin spola je proglašen kao izrazito konfuzan element u DSD (disorders of sex development) tematici pa je zbog toga i započeta njihova separacija (roda i spola). Također, rodni identitet se razdvaja od rodne uloge te se oba počinju shvaćati kao spektar različitih koncepata (13,14,74).

APA 2013. godine u DSM-5, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), proširuje kriterije za dijagnostiku GD u odraslih, dok suprotno tome sužuje kriterije u djece. Vremenski kriterij za dijagnosticiranje GD u djece, adolescenata i odraslih je kliničkim konsenzusom dogovoren na minimalno trajanje od 6 mjeseci (13). Glavni fokus termina „rodne disforije“ prema APA iz 2013. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), jest na visini intenziteta osjećaja neugodnosti (tzv. distresa) pojedinca kojeg on svakodnevno proživljava i kojim biva sputavan u svakodnevnom funkcioniranju. To je veliki pomak jer se je prije velika pažnja pridavala identitetu osobe, tj. kako se ona identificira u danom trenutku, što može biti individualno veoma varijabilno. Dakle, afektivna sfera rodne disforije uzela je vodeći prioritet.

Što se tiče seksualne orijentacije, homoseksualnost je bila kontroverzno definirana u DSM-III kao varijacija transseksualnosti (npr. muškarci koji se osjećaju kao žene, privlače drugi muškarci) (14,72).

Interseksualnost nije bila svrstana niti u jednu grupu unutar DSM-III (14). Sve dok je APA 1994. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), nije svrstala u GIDNOS podgrupu (osobe kriterija C; „iznimke“). Kasnije joj je APA, 2013. godine, kako navode Beek, Cohen-Kettenis i Kreukels (14), dala mogućnost svrstavanja u „druge specifične“ i „nespecifične“ GD.

MKB-10 iz 1992. godine poremećaje seksualnosti i rodnog identiteta uvršćuje u grupu „mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja“. Točnije radi se o 4 manje subgrupe: seksualne disfunkcije, neuzrokovane organskim poremećajima ili bolestima (F52), poremećaji rodnog identiteta (F64), poremećaji seksualne sklonosti (F65), psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja povezani sa spolnim razvojem i orijentacijom (F66) (15).

Grupa „mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja“ uključuje subgrupu „poremećaji odrasle ličnosti i ponašanja“, koja ima svoju subgrupu „poremećaji rodnog identiteta“. Potonje spomenuta subgrupa može se dalje podijeliti na „transseksualnost“, „transvestizam-dvostruke uloge“, „poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu“, „drugi poremećaji rodnog identiteta“ i „nespecifični poremećaji rodnog identiteta“. Za razliku od toga, DSM-V nema superiornu grupu svima njima, nego ima samo „rodnu disforiju“ s podjelom na „rodna disforija u adolescenciji i odrasloj dobi“, „rodna disforija u djetinjstvu“, „druge rodne disforije“ i „nespecifične rodne disforije“ (15).

DSM-5 navodi da se rodna disforija kod djece treba iskazati s minimalno 6 dijagnostičkih kriterija, u trajanju od 6 mjeseci, te da ne postoji donja dobna zadana granica potrebna za potvrdu dijagnoze. MKB-10 navodi da se rodna disforija u djece treba iskazati s minimalno 2 kriterija, u trajanju od 6 mjeseci, te da donja dobna zadana granica ističe da dijete mora ući u pubertet, kako bi se dijagnoza potvrdila.

DSM-5 navodi da se rodna disforija u odraslih treba iskazati s minimalno 2 kriterija, u trajanju od 6 mjeseci, dok MKB-10 navodi da treba postojati 2 kriterija, u trajanje od 2 godine za potvrdu dijagnoze (3,4,15).

4.2. DIJAGNOSTIČKE SMJERNICE

APA 2013. godine u DSM-5, kako navode Janssen i Busa (3), stvara dijagnostičke kriterije A i B koji opisuju „rodnu disforiju u djetinjstvu“. Kriterij A govori o izraženom neskladu između doživljenog roda i pripisanog roda, koji traje najmanje 6 mjeseci, s najmanje 6 pratećih simptoma (od kojih A1 kriterij uvijek mora biti nazočan). To su: 1. jaka želja osobe da postane drugog roda ili inzistiranje osobe da je ona drugog roda (ili bilo kojeg drugog alternativnog roda, različitog od pripisanog roda); 2. u dječaka snažna sklonost za oblačenjem ženske odjeće, uz izrazit otpor za nošenjem istospolne odjeće ili u djevojčica snažna sklonost za nošenjem muške odjeće, uz izrazit otpor nošenja ženske odjeće; 3. snažna sklonost za promjenom rodni uloga i igranja samih tih uloga, bilo u stvarnosti ili fantaziji; 4. snažna sklonost za igračkama i aktivnostima stereotipno vezanih za suprotni/drugi rod; 5. snažna sklonost za partnerima u igri, drugog roda; 6. u dječaka izrazita odbojnost prema tipičnim muškim igračkama te grubim aktivnostima, a kod djevojčica izrazita odbojnost prema tipično ženskim igračkama i aktivnostima; 7. snažna odbojnost prema vlastitom tijelu; 8. snažna želja za primarnim i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama drugog spola.

Prema APA iz 2013. godine, kako navode Janssen i Busa (3), kriterij B govori o stanju kliničko izraženog distresa ili narušavanja socijalnih, školskih ili nekih drugih područja funkcioniranja.

APA 2013. godine u DSM-5, kako navode Janssen i Busa (3), stvara dijagnostičke kriterije A i B „rodne disforije u adolescenciji i odrasloj dobi“. Kriterij A govori o izraženom neskladu između doživljenog roda i pripisanog roda, koji traje najmanje 6 mjeseci, s najmanje 2 prateća simptoma, od kojih to mogu biti: 1. očiti nesklad između doživljenog roda i primarnih i/ili sekundarnih spolnih osobina; 2. snažna želja za nestankom primarnih i/ili sekundarnih spolnih osobina ili želja za zaustavljanjem razvoja očekivanih sekundarnih spolnih osobina; 3. snažna želja za primarnim i sekundarnim seksualnim osobinama drugog roda; 4. snažna želja za postankom suprotnog roda (ili bilo kojeg drugog alternativnog roda, različitog od pripisanog

roda); 5. snažna želja pojedinca da se prema njemu tretira kao prema drugom rodu; 6. snažno uvjerenje da osoba ima osjećaje i reakcije drugog roda. Prema APA iz 2013. godine, kako navode Janssen i Busa (3), isti kriterij B, kao kod djece, vrijedi i u adolescenciji i odrasloj dobi.

Prema MKB-10, dijagnostički kriteriji za transseksualnost jesu: 1. snažna želja osobe prema životu suprotnog roda i njegovom prihvaćanju kao osobe drugog roda, praćena sa snažnom željom da svoje tijelo učini što usklađenije sa željenim rodom, bilo kroz operacije i hormonske terapije; 2. transseksualni identitet je prisutan najmanje 2 godine; 3. poremećaj transseksualnosti nije simptom neke druge psihičke ili kromosomske bolesti (75).

Prema MKB-10, dijagnostički kriteriji za poremećaj rodnog identiteta u djeci su različiti za dječake i djevojčice. Za dječake vrijedi: 1. pojedinac iskazuje kontinuirani i izraženi distress prema činjenici da je muškog roda te ima želju za postankom ženskog roda ili rjeđe, inzistira da je djevojčica; 2. preokupacija sa stereotipnim ženskim aktivnostima potkrijepljene sklonošću za ženskom odjećom, ženskim igrama te otporom prema muškim stereotipnim igračkama, aktivnostima i odjećom; 3. konstantno nepriznavanje muške anatomske strukture, potkrijepljeno s najmanje jednom od izjava: da će izrasti u ženu, da su mu testisi i penis ogavni te da će nestati, da je najbolje ne imati penis i testise; 4. dječak još nije ušao u pubertet; 5. poremećaj mora biti prezentiran barem 6 mjeseci (75).

Za djevojčice vrijedi isto, samo drukčije preformulirano radi se o: 1. djevojčica iskazuje kontinuirani i izraženi distress prema činjenici da je ženskog roda te ima želju za postankom muškog roda ili rjeđe, inzistira da je dječak; 2. kontinuirana averzija prema ženskoj odjeći te inzistiranje za nošenjem muške odjeće; 3. kontinuirano nepriznavanje ženske anatomske strukture, potkrijepljeno s najmanje jednom od izjava: da ima penis ili da će on narasti, odbija urinirati u sjedećem položaju, odbija činjenicu da će joj narasti grude ili da će dobiti menstruaciju; 4. djevojčica još nije ušla u pubertet; 5. poremećaj mora biti prezentiran barem 6 mjeseci (75).

Kao što vidimo prema dijagnostičkim kriterijima, DSM-5 je za razliku od MKB-10 izrazitije isključiv (76).

Za postavljanje dijagnoze transseksualizma potreban je tim psihijatar, koji će pratiti pacijenta godinu dana te na temelju uočenih činjenica ili obrazaca ponašanja, koji se slažu s dijagnostičkim kriterijima DSM-5 ili MKB-10, proglasiti dijagnozu (4).

Neki kliničari koji ne mogu pronaći uzrok u distresu djeteta, odnosno da li je on uzrokovan rodnom disforijom, koriste različite alate kako bi si u tome pripomogli. Radi se o: Achenbach child behavior checklist (77), Utrecht (78), Body image skalama (79) i drugim upitnicima, koje mogu i roditelji koristiti (3).

Često se osobe s rodnom disforijom srame svojega tijela ili se osjećaju neugodno pa je potrebno kod takvih pacijentima ostvariti povjerljiv odnos. Fizikalni pregled potreban je kod prisutnosti interseksualnosti ili nekih drugih genitalnih malformacija (80).

Prilikom psihoanalitičkog razgovora s djetetom, važno je ne skakati s predodžbom roda djeteta, nego ga upitati kako se zove i kojeg je roda. Time dobivamo važnu informaciju o samodeklaraciji osobe (3).

Vrlo je važno prilikom dijagnosticiranja poremećaja rodnog identiteta uzeti heteroanamnezu od strane roditelja. Oni pripomažu psihijatru jer pridonose s važnim informacijama o psihološkom, ali i spolnom razvoju djeteta (npr. masturbiranju). Također uzimaju se i informacije od psihologa, učitelja te drugih područja interesa na kojima se dijete nalazi. Time ne dobivamo samo biološku, nego i psihosocijalnu pozadinu razvoja djeteta, o kojima smo u prethodnim poglavljima govorili (3,8,45-47).

Tijekom razgovora s djetetom, možemo dobiti uvid o seksualnoj povijesti/iskustvu djeteta. Vrlo često djeca nemaju seksualna iskustva, no ipak, razlog zašto ih pitamo krije se u potencijalnoj zaraženosti od spolno prenosivih bolesti. Uvijek je interesantno upitati za moguće simpatije, npr. u školi ili van nje. Također je važno uzeti informacije o povijesti uzimanja lijekova (80).

Među 86 % transseksualaca u Australiji česta je ilegalna upotreba anabolika, međutim iz pogrešnih razloga jer ih oni smatraju potrebnim za tranziciju spola. Razlog zašto ih ilegalno uzimaju, temelji se na strahu od predrasuda, stereotipizacije, nerazumijevanja liječnika itd. Ista studija pokazuje da je 39 % transseksualaca u Australiji imalo neki oblik plastične

operacije (tranzicije spola), dok je samo 12 % osoba prihvatilo novu rodnu ulogu i nije rabilo nikakve hormonske preparate niti su išli u privatne klinike na operacije (3,80,81).

Nakon psihološke obrade, pacijent se upućuje endokrinologu, koji isključuje endokrinu patologiju (Turnerov sindrom, Klinefelterov sindrom, hermafroditizam itd.), koja daje sličnu kliničku sliku. Obavlja se kompletni internistički pregled koji uključuje uvid u: kompletnu krvnu sliku, sedimentaciju krvi, razinu fibrinogena, c-reaktivnog proteina, ukupnog kolesterola, lipoproteina male gustoće (LDL), triglicerida, lipoproteina velike gustoće (HDL), bilirubina, natrija, kalija, kalcija, fosfora, šećera u krvi, aspartat aminotransferaze (AST), alanin aminotransferaze (ALT), folikulostimulirajućeg hormona (FSH), luteinizirajućeg hormona (LH), prolaktina, estradiola, progesterona, slobodnog testosterona, androstendiona, dehidroepiandrostendiona (DHEAS), 17- hidroksiprogesterona, tiroidnog stimulirajućeg hormona (TSH), slobodnog tiroksina (fT4), elektrokardiogram (EKG), ultrazvuk dojki, abdomena, male zdjelice te kariotipizaciju (4).

Na temelju dobivenih nalaza dobivamo sliku o zdravlju, hormonskom statusu određene osobe, mogućem postojanju kontraindikacija za hormonsku terapiju itd. Inače su MuŽ transseksualci potpuno zdravi muškarci, a ŽuM potpuno zdrave žene (4).

Prije započinjanja terapije, potrebno je muškarcima, odnosno ženama ukazati na mogućnost zamrzavanja genetskog materijala u banci spermija/jajnih stanica jer bi se time, u bližoj budućnosti, osobi omogućila moguća želja za osnutkom obitelji, na temelju njenog genetskog materijala (4).

4.3. DIFERENCIJALNA DIJAGNOSTIKA

U tijeku radne dijagnostike rodne disforije moramo imati na umu i druge diferencijalne kliničke slike, koje imaju sličan obrazac ponašanja. U taj diferencijalno dijagnostički spektar spadaju interseksualnost i ostali oblici patološkog obrasca razvoja spolnog i rodnog identiteta (koji su već objašnjeni), transvestizam, fetišistički transvestizam, shizofrenija, Aspergerov sindrom, granični poremećaj ličnosti, disocijativni poremećaj identiteta, dismorfofobija te psihoza (1,80).

Transvestizam je psihički poremećaj koji se karakterizira oblačenjem odjeće suprotnog roda u kojem nema seksualnog uzbuđenja niti fantazije. Razlog tome je želja da se iznenadi okolina ili neki oblik umjetničkog performansa, zabavnog programa itd. Čest je kod heteroseksualnih muškaraca. Važno je naglasiti da takve osobe ne žele promijeniti spol (kirurškim putem i/ili hormonskim supstancama). Većinom vremena takve osobe će oblačiti rodno primjerenu odjeću te će obnašati rodnu ulogu prikladnu svome rodu (1,80).

Fetišistički transvestizam ili transvestitski fetišizam jest oblik parafilije koja je okarakterizirana oblačenjem odjeće suprotnog spola, sa željom izazivanja ili pojačavanja seksualnog uzbuđenja i fantazijskih igrica (najčešće prije i za vrijeme seksualnog odnosa). Osim toga, osobe se mogu pojavljivati i u javnosti tako obučene. Vrlo je česta kod heteroseksualnih i biseksualnih muškaraca. Obično takve osobe u javnosti, ispod tipično muške odjeće, nose žensko rublje (1,80).

Shizofrenija rijetko uzrokuje poremećaj rodnog identiteta. Još je rjeđe da se u komorbiditetu pojavljuje s rodnom disforijom. Naime, pozadina uzroka jesu sumanute ideje kombinirane s halucinacijama, iluzijama, derealizacijom, depersonalizacijom, poremećajem afekta itd. Vrlo je teško odvojiti shizofreniju koja se očituje samo depersonalizacijom (kada se ne pojavljuju svi skupa karakteristični) od transseksualnosti. U tom slučaju važno je pratiti bolesnika, uzeti temeljitu heteroanamnezu i detaljno tražiti druge, moguće uzroke ili simptome, u drugim sferama pacijentova života (1,80).

Sama psihoza koja se javlja u smislu deluzije rodnog identiteta vrlo je rijetka. Najčešće se ona pojavljuje kao simptom neke druge mentalne bolesti, kao na primjer shizofrenije, već gore objašnjenje (80).

Aspergerov sindrom može u svojoj psihopatologiji uključivati i poremećaj rodnog identiteta. Interesantno je da se obje patologije tipično dijagnosticiraju s tri godine starosti djeteta. Kao uzrok nastanka GID-a unutar Aspergerova sindroma navodi se opsesivno-kompulzivni poremećaj, no potrebna su daljnja istraživanja za potvrdu te uzročno posljedične povezanosti, kao i otkriće drugih mogućih uzroka (80).

Granični poremećaj ličnosti ima čvrstu podlogu za uzrokovanje GID-a. Karakterizira ga: model emocionalne nestabilnosti; intenzivnih i impulzivnih interpersonalnih odnosa; kronični osjećaj praznine; anksioznost od napuštanja; suicidalno ponašanje i druga vrlo slična simptomatologija s kojom se osobe s transeksualnošću mogu poistovjetiti. Često takvi pojedinci uz GID, imaju i druge mentalne poremećaje. Granični poremećaj odlikuje se narušavanjem self-identiteta, tj. u ovom slučaju pogrešne interpretacije seksualne orijentacije i rodnog identiteta (1,80).

Disocijativni poremećaj jest iznimno rijedak uzrok transeksualnosti. Definiran je kao kompletni ili inkompletni gubitak integracije svih čovjekovih funkcija (svijesti, razmišljanja, identiteta, osjetilnih senzacija itd.). Može nastati nakon traume ili u stanju višestruke ličnosti, gdje osobe mogu imati rodnu disforiju pripisanu određenom identitetu (1,80).

Dismorfofobija jest stanje osjećaja neugode, tj. negativno zamišljenih preokupacija o izgledu vlastitog tijela, kao defektnom ili disproporcionalnom. Osobe se ne smatraju drugog roda, već pronalaze određene dijelove tijela (npr. gonade ili grudi) koje smatraju devijantnim te ih žele ukloniti (80).

5. EPIDEMIOLOGIJA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA

Rodni identitet je itekako fluidan (3). Točni podaci o epidemiologiji poremećaja rodnog identiteta nisu poznati. Razlog tome jest povijesno mijenjanje definicije poremećaja rodnog identiteta te dijagnostičkih smjernica. Ne zaboravimo da svako društvo (kultura) ima svoj pogleda na transrodnost. Pojedine države diskriminiraju određena odskakanja od socijalnih normi binarnog rodnog sustava. Transseksualci se kao i druge „non-binary manjine“ (LGBTIQ zajednice) često sakrivaju unutar društva, tj. boje se izrugivanja te smatraju da time ugrožavaju svoju karijeru, posao i obitelj. Dakle, važno je da se svako društvo osvijesti i prihvati njihovo postojanje, a u tom procesu jasno pripomažu nacionalni programi promicanja različitosti te realizacija tih istih, kroz moderne medije. Isto tako, važno je da se na prigodan način objasne pojedine definicije transrodnosti te drugi termini vezani uz tu tematiku jer nije isto pripadniku nekog drugog jezika pročitati na internetu definiciju na engleskom jeziku i pravilo je prevesti, a kamoli shvatiti o čemu je riječ. U drugu ruku, neki ljudi se osjećaju „rodno neprikladno“, ali se ne poistovjećuju s ljudima s rodnom disforijom (oba termina su objašnjena u prvom poglavlju). Stoga nije ni čudno što ti podaci variraju, ovisno od države do države, čime se postavlja važno pitanje: da li je državi u interesu istražiti svoju populaciju ili je u interesu pojedinaca izaći u javnost sa svojom „pričom“ (9)?

Epidemiološki podaci variraju ovisno od istraživanja do istraživanje, primarno oviseći o broju ispitanika, broju dobrovoljaca, metodama istraživanja itd. (2,3). Definijski gledano, prema DSM-III i DSM-III-R transseksualnost je vrlo rijetka bolest (11). Ako pogledamo podatke o prevalenciji transseksualnosti u razlici od 2 godine, oni se značajno razlikuju. Primjerice, prema podacima metaanalize iz 2015. godine, prevalencija transseksualnosti za muškarce odrasle dobi iznosi 1:14 705, a za žene 1:38 461 (11,82). Isto tako, prema istraživanju American Psychiatric Association (APA), kako navodi Zucker (11), prevalencija rodne disforije među muškarcima odrasle dobi iznosi 5 do 14 muškaraca na 1000 muškaraca opće populacije, dok za žene odrasle dobi iznosi 2 do 3 žene na 1000 žena opće populacije.

U Republici Hrvatskoj epidemioloških podataka o transseksualnosti nema jer nitko nije postavio ovaj tip istraživačkog pitanja (4).

U Novom Zelandu se pretpostavlja da je prevalencija transseksualca u općoj populaciji odrasle dobi 1:6 364, dok je omjer pojave među muškarcima (MtF) i ženama (FtM) odrasle dobi 6:1, što bi značilo da je prevalencija pojave transseksualnosti u MtF 1:3 639, a u FtM 1:22 714 (80,83).

U Nizozemskoj se pretpostavlja da je među odrasloj dobi 4,6 % muškaraca i 3,2 % žena podvojenog (ambivalentnog) rodnog identiteta te da je 1,1 % muškaraca i 0,8 % žena rodno neprikladnog identiteta. Prebrojeni su i pojedinci koji su željeli neki oblik medicinske pomoći, njih 0,6 % muškaraca i 0,2 % žena odrasle dobi (11,84).

Primjerice, u Belgiji je uočeno da 2,2 % muškaraca i 1,9 % žena odrasle dobi gaji rodno ambivalentne osjećaje te da 0,7 % muškaraca i 0,6 % žena odrasle dobi gaji rodno neprikladne osjećaje (11,85).

0,2 % britanske populacije Ujedinjenog Kraljevstva, starosti preko 16 godina, smatra se transrodno. Isto tako, zabilježeno je da je do 2009. godine u UK-u između 5 000 i 6 200 osoba kirurški promijenilo spol (2,86).

Prema istraživanju Cohen-Kettenis i Pfäfflin, kako navode Janssen i Busa (3), u Nizozemskoj se 2,5 % do 5 % djece ponaša obrascem suprotnog spola, dok se 1 % do 2 % identificira suprotnog spola. Međutim, u adolescentnoj populaciji 1,1 % do 3,1 % adolescenata identificira se ambivalentnog roda (interseksualnost), dok se 0,2 % do 0,4 % identificira transseksualcima (3).

Prema istraživanju Hermana, Floresa, Browna, Wilsona i Conrona, kako navode Janssen i Busa (3), 0,7 % adolescenata u SAD-u, starosti između 13 i 17 godina, izjašnjava se transrodno.

Odrasle osobe s poremećajem rodnog identiteta (GID) pojavljuju se u ranim dvadesetim godinama, premda, kako one same navode, prve ideje o „neadekvatnom spolu/rodu“ javljale su se netom prije ili tijekom puberteta. U odnosu na odrasle, u dječjoj dobi poremećaj rodnog identiteta uzima maha prije puberteta ili tijekom puberteta. Iako nam se ova dva oblika GID-a čine jednaka, najčešće oni nisu povezani. Što znači da dječji GID rijetko završava s tim istim poremećajem u odrasloj dobi. Većina djece s GID-om odrasta s poremećajem seksualne

orijentacije, tj. homoseksualnošću, a samo četvrtina djece ili manje od toga odrasta u transseksualne osobe (4).

U prošlosti je prosječna dob ljudi, koji su se odlučili za promjenu spola iznosila 42 godine. Razlog tako kasnom odlučivanju za tranzicijom spola prethodile su razne predrasude te diskriminacije društva prema transrodnim osobama. Na svu sreću, danas je sve veći porast mladih koji žele, već u doba puberteta, mijenjati spol upravo zbog smanjivanja ljudske neinformiranosti te tenzija u društvu. Zahvaljujući globalizaciji društva i prihvaćanjem LGBTIQ zajednice, pojedinac je danas u mogućnosti napraviti životno bitnu prekretnicu što ranije i sa što manje problema, stresa i straha. (2,86).

Danas u suvremenom društvu treba realizirati demarginalizaciju LGBTIQ zajednice. Naime, ne radi se samo o bolesti u užem smislu, nego o različitosti unutar društva, koje društvo mora prihvatiti i na čiju identifikaciju svaki pojedinac ima, i mora imati pravo, čak i u konzervativnim državama (9).

6. KLINIČKA SLIKA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA

Klinička slika odgovara tipičnim dijagnostičkim kriterijima koji su već navedeni u poglavlju „klasifikacija i dijagnostika poremećaja rodnog identiteta“, dok je atipična klinička slika isto tako objašnjena u poglavlju „patološki obrazac razvoja spolnog i rodnog identiteta“.

U najvećem broju slučajeva radi se o potpuno zdravim transseksualnim ženama i muškarcima, ali sa specifičnim obrascem ponašanja (3,4).

Kod poremećaja rodnog identiteta u djetinjstvu djevojčice se oblače u mušku odjeću, traže roditelje da ih šišaju na kratko, žele da ih se zove muškim imenima, uriniraju stojeći, druže se samo s dječacima i ulaze u njihove igračke grupe, dok su im najomiljenije igračke autići i oružje. Nasuprot tome, dječaci se oblače u suknje, preferiraju ženska imena, puštaju kosu, igraju se s lutkama i to unutar ženskih skupina, uriniraju sjedeći, skrivaju penis itd. Oba spola navode da su završili u „tuđem“ tijelu pritom inzistirajući da su zapravo suprotnog roda. Osjećaju odbojnost prema svome spolovilu, pritom ga ne dodiruju niti ga pokazuju svome seksualnom partneru (simpatiji). Time se već u maloj dobi suočavaju s netolerantnom okolinom što dovodi do javljanja osjećaja manje vrijednosti, depresije i anksioznosti (3,4,46).

U doba puberteta, dobivanjem sekundarnih spolnih osobina (doba rasta gonada, grudi, pubične i aksilarne dlakavosti itd.) nastavlja se njihova agonija, produbljuje se njihovo beznađe, sve više raste autodestruktivno razmišljanje prema vlastitom tijelu, proizlazi konflikt prema netolerantnoj okolini, javlja se destrukcija vlastitog „selfa“ u kojem osoba ne zna da li joj je dopušteno osjećati išta više prema osobi istog roda, a da pritom shvaća da nije homoseksualna. U ovom razdoblju često dolazi do izražaja socijalnog povlačenja, zapostavljanja, psihičkih smetnji te suicidalnosti. Dakle, prateći komorbiditeti jesu anksioznost, depresija, suicidalnost, shizofrenija, granični poremećaj ličnosti i dr. (3,4,46).

Studija prema istraživanju de Vries, Doreleijers, Steensma i Cohen-Kettenis (87), pokazuje da među 32,4 % mladeži s GD postoji bar jedan prateći komorbiditet.

Druga studija prema istraživanju Reisner, Vetters, Leclerc, Zaslów, Wolfrum, Shumer i Mimiaga (88), pokazuje da se u 6 % do 42 % transseksualaca javljaju depresivne smetnje, a u 10 % do 45 % suicidalni pokušaji, dok se u 26 % njih javlja anksioznost.

Najbolji protektivni čimbenik u ovom slučaju jest podrška okoline, najprije uže obitelji, a onda i šireg broja prijatelja i poznanika (3).

Prije je postojala podjela transseksualnih osoba na četiri grupe koje su se razlikovale po seksualnoj orijentaciji (homoseksualne MuŽ i ŽuM osobe te nehomoseksualne MuŽ i ŽuM osobe). Danas tu podjelu izbjegavamo, odnosno podjelu na homoseksualne i heteroseksualne osobe te rabimo novu podjelu prema spolu koji osobu privlači (4).

Najčešće, kod većine djece s potvrđenom dijagnozom transseksualnosti, poremećaj rodnog identiteta odrastanjem nestaje jer djeca konačno prihvaćaju sami sebe, odnosno usklađuju svoj biološki spol sa subjektivnim rodom. Kod manjeg dijela druge transseksualne djece, poremećaj rodnog identiteta se učvršćuje, postaje „kronificiran“ i „vuče se“ kroz godine. Izuzetak su transseksualna djeca kod kojih je potvrđena i homoseksualna orijentacija. Kod njih poremećaj rodnog identiteta odrastanjem „prelazi“ u homoseksualnost (4).

„MuŽ osobe koje privlače muškarci“ (prijašnje klasificirane kao homoseksualne MuŽ osobe) obilježene su intenzivnom rodnom disforijom (visokom distresu) u djetinjstvu. Radi se o homoseksualnim osobama koje privlače heteroseksualni muškarci, ali ih žele „osvojiti“ kao žene, stoga teže što ranijoj kirurškoj tranziciji spola. Navode da bi promjenom spola imali zdravu heteroseksualnu vezu. Premda, prema homoseksualnim muškarcima osjećaju prezir. Takve osobe su nakon promjene spola veoma zadovoljne ishodom operacije i navode bolju kvalitetu svakodnevnog života (4,89).

„ŽuM osobe koje privlače žene“ (prijašnje klasificirane kao homoseksualne ŽuM osobe) također su obilježene intenzivnom disforijom u doba djetinjstva. Dakle, radi se o lezbijkama koje žele biti voljene kao muškarci. Naime, radi se o seksualno asertivnim osobama, više seksualno ljubomornima, nego emocionalno pa imaju više seksualnih partnera kako bi zadovoljile svoju asertivnost i na neki način i kompenzirale svoju ljubomoru (4,89).

„MuŽ osobe koje privlače žene“ (prijašnje klasificirane kao nehomoseksualne MuŽ osobe) jesu jedinstvena skupina koje ne samo da seksualno privlače žene, već se ovdje radi o specifičnom tipu parafilije, točnije autoginofiliji u kojoj osoba teži za promjenom svoje rodne uloge u žensku rodnu ulogu, baš zato što je fascinirana ženskim likom te se zamišlja kao žena, čime raste i seksualna uzbuđenost. Najčešće se radi o muškarcima koji su oženjeni, ali su iznimno nezadovoljni u braku pa više preferiraju lezbijsku vezu (preferiraju sve što više ima veze ili je blisko sa ženskim likom). Nakon tranzicije spola, izrazito su nezadovoljni i ističu žaljenje. U ovoj skupini postoji niz drugih, pratećih psihičkih poremećaja (4,89).

„ŽuM osobe koje privlače muškarci“ (prijašnje klasificirane kao nehomoseksualne ŽuM osobe) jesu vrlo rijetka skupina (4). Naime, njih privlače muškarci te zbog toga žele promijeniti spol i postati „gej“ kako bi im se što lakše približili, pogotovo homoseksualcima (90). Nakon tranzicije spola iskazuju veliko zadovoljstvo (4,89).

Odrasle osobe s GD nastoje živjeti kao osobe suprotnog spola. Kod njih se češće susreće otvoreni verbalni i neverbalni način manifestiranja transseksualnosti, za razlike od djece koja se sa svojim distresom zatvaraju u sebe (4).

7. TERAPIJA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA

Liječenje transseksualnosti jest veoma kompleksan proces, koji se sastoji od tri dijela, koje pacijent kronološki prolazi, a to su: psihološki, tjelesni i pravni dio (1). U zapadnom svijetu stvoreni su „Standardi skrbi za osobe s poremećajem rodnog identiteta“ koje propisuje The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (9). Ovi standardi detaljno propisuju proceduru kako pristupiti pacijentima s transseksualnošću. Skrb se pruža u specijaliziranim centrima u kojem rade interdisciplinarni tim psihijatar, endokrinologa, kirurga, psihologa, socijalnih radnika, pravnika itd. Najprije oni provode psihoterapiju u trajanju od godine dana (nije točno propisano, može i manje, ovisno o individualnoj procjeni psihijatra) i time utvrđuju da li je osoba kandidat za tranziciju spola (4). Psihoterapija pomaže i u liječenju komorbiditeta (depresija, anksioznost, suicidalnost ...) te pomaže u obiteljskoj komunikaciji, u obiteljskom zblizavanju i prihvaćanju trenutne situacije, socijalnoj integraciji itd. (3).

Tijekom psihoterapije razmatraju se i druge opcije, npr. ostati istog spola ili primati samo hormonsku terapiju za stabilizaciju psihičkog stanja, ili se osobe kroz interaktivne grupe (npr. osoba koje su već promijenile spol) upoznaju i pripremaju za teškoće koje nadolaze. Psihološka potporna terapija se organizira tijekom i nakon medicinskih intervencija (hormonske i/ili kirurške), zato što je potrebno dosta vremena da dođe do izražaja sekundarnih spolnih osobina te da pacijent duševno prihvati novonastalu situaciju. Psihološka potpora od godine dana predstavlja za pacijenta kritično razdoblje u kojem se on mora ponašati u skladu sa željenim/suprotnim spolom (promjena rodne uloge), promijeniti ime, svakodnevno se odijevati u odjeću suprotnog roda itd. Interesantno je da tijekom psihoterapije čak trećina sudionika odustane o ideje tranzicije spola (4,9).

Ako osoba i dalje, nakon uspješno obavljene psihoterapije, inzistira na promjeni spola, započinje se s drugim korakom, a to je hormonska supstitucijska terapija (4). Hormonska terapija, osim u svrhi stabilizacije psihe, uzima se i kao supstanca „statusa quo“, tj. odgađanja puberteta i izbjegavanja spolnog razvoja u zacrtanom biološkom smjeru (gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analozi, spironolakton, oralne kontracepcijske pilule) (3,4). Postupnim pojačavanjem koncentracije hormona suprotnog spola potiče se razvoj tjelesnih osobina suprotnog spola (npr. Muž osobe uzimaju estrogen i progesteron, a ŽuM osobe testosteron) (4). Brzina nastanka spolnih promjena može varirati od tri mjeseca do tri godine

(74). WPATH i „Endocrine society guidelines“ prije su predlagale da se s hormonskom terapijom započne tek sa 16 godina starosti djeteta, danas je to stvar fleksibilnosti, što znači da se može započeti i ranije (9,91). Hormoni se daju doživotno, a njih kontrolira endokrinolog (2,4). Primjerice, testosteron odgađa menstruaciju te produbljuje glas, dok estrogen izglađuje kosu i potiče rast grudi (69). Naime, ne treba zanemariti i štetni utjecaj hormona, bilo fizički ili psihički. Kod transseksualnih muškaraca najčešće nuspojave jesu hipertenzija, hiperlipidemija, dijabetes tipa dva, policitemija, jetrene lezije, akne, „sleep“ apneja i alopecija, dok su kod transseksualnih žena tromboza, jetreni kamenci, hipertrigliceridemija, hiperprolaktinemija, dijabetes tipa dva i teško postizanje orgazma (2). Također je potrebno pacijentu naglasiti da hormoni imaju ireverzibilan utjecaj na ljudsko tijelo te da se nakon primijenjene terapije, ne može poništiti promjena (GnRH, spironolakton i oralne kontracepcijske pilule imaju reverzibilan učinak) (3,4).

Potrebno je skrenuti pozornost pacijentu da bi užurbano donesena odluka imala utjecaj ne samo na obiteljski život, nego i na poslovni i/ili akademski uspjeh. Poželjno bi bilo da osoba prilikom uzimanja hormona provede godinu do dvije, u novonastaloj situaciji, kako bi se vidjela uspješnost nošenja s poteškoćama te reagiranje okoline. Dobar dio transseksualnih osoba odustane u ovome trenutku jer se ne mogu nositi s novonastalim promjenama u svim sferama njihova života, premda postoji i nekolicina onih koji imaju pozitivan osvrt oko novonastalog stanja. Oni dalje odlučuju da li žele nastaviti prema sljedećem koraku, a to je tranzicija spola. Naravno postoje i one osobe koje su konačno pronašle svoj unutarnji mir i ne žele nastaviti s tranzicijom spola. One mogu ostati doživotno na hormonskoj terapiji, mogu i ne uzimati hormone, ako ne žele ili mogu ostati na psihološkoj terapiji, ovisno kako tko smatra da je najbolje za njega/nju. Posao je psihijatra poštivati tuđu odluku i napraviti sve što je u njegovoj moći kako bi se pojedinac osjećao prihvaćenim i shvaćenim (barem s medicinske strane, ako već ne može od obližnje okoline) (4,9).

Kirurška promjena spola (eng. gender reassignment surgery – GRS) obuhvaća niz operacija koje se provode s idejom što preciznijeg „imitiranja“ suprotnog spola. Kod MuŽ osoba radi se o: mamoplastici, orhidektomiji, penektomiji, vaginoplastici i rekonstrukciji vanjskog spolovila. Kod ŽuM osoba radi se mastektomija, ovarijskektomija, histerektomija, faloplastika i skrotoplastika. Nakon toga slijede druge estetske operacije (transplantacija kose, liposukcija itd.). Važno je za reći da ovim operacijama tu nije kraj jer transseksualci imaju razne specifične želje koje treba ispuniti. Primjerice, rinoplastikom nosa (kako bi nos bio što sličniji

određenom spolu) te dr. estetskim operacijama pojedinac navodi kako bi mu to bilo od iznimne pomoći, da se u cijelosti upotpuni u novoj ulozi (spolu) (2,4).

Interesantno je da neki pojedinci traže pomoć i od logopeda, kako bi se i govorno postavili u novom rodnom identitetu (2).

WPATH i „Endocrine society guidelines“ predlažu da se s kirurškim procesom započne tek s punoljetnosti djeteta (ovisno od države do države), premda je uočena sve ranija kirurška tranzicija spola (9,91).

Nakon svega nabrojenoga slijede pravni postupci u vezi promjene imena i spola na osobnoj iskaznici i dr. zakonskih zavrzlama (4).

Pristup kod interseksualnosti jest isti, samo drugačijeg redoslijeda. Prvi korak jest kirurško odstranjivanje „viška spolnih organa“ pa onda kirurška rekonstrukcija željenog spola s davanjem specifičnih hormona za taj spol/rod. Svemu ovome prethodi pacijentova želja, odnosno izjašnjenje kojeg je roda (za vrijeme puberteta) (59).

Nakon uspješne tranzicije spola, najoduševljenije su MuŽ osobe (i to homoseksualne orijentacije), dok su ŽuM osobe (nehomoseksualne orijentacije) najnezadovoljniji (4,89,92,93).

Prema komentarima kirurga, lakše je napraviti muške atribute kod ŽuM osoba, nego ženske atribute kod MuŽ osoba. ŽuM osobe teže prihvaćaju ishod operacije, smatraju ga nedostatnim, najčešće zbog komplikacija faloplastike te krajnje erektilne disfunkcije. MuŽ osobe strijepe hoće li operacija dati dobar rezultat, odnosno hoće li biti seksipilniji. Međutim, ako se pita seksualne partnere obje grupe (MuŽ i ŽuM osoba), svi oni daju odlične komentare (93).

Preoperativne osobe izražavaju veliku zabrinutost prema fizičkom izgledu, naglašavaju manjak samouvjerenosti, nedostatak ljepote, visok stupanj anksioznosti i depresije, dok su postoperativne osobe dale pozitivan osvrt na sve navedene sfere života (89,92,93).

Jedna studija pokazuje da 1 % do 2 % osoba izražava žaljenje radi postupka tranzicije spola (94).

Važno je za naglasiti da bi zavod za javno zdravstvo, zajedno sa svojim nacionalnim programima probira za određeni tumor, trebao biti alarmiran o ukupnom broju transseksualaca (koji su promijenili spol) i interseksualaca, kako bi se na vrijeme mogao dijagnosticirati tumor. Problem je za pojedinca javno govoriti o njegovoj spolnoj tranziciji, stoga je teško takvoj osobi pristupiti te ostvariti s njom konkretan razgovor u kojoj je upozoravamo na mogući razvoj spolnih i/ili dr. organskih novotvorina (npr. karcinom dojke nakon mamoplastike u Muž osoba). Tako smo dugo očekivanu želju (tranzicije spola) upropastili s novom razinom distresa (brige) (2).

Primjerice, kod Muž osoba koje još nisu uklonile prostatu moramo napraviti probir za adenokarcinomom prostate. Kod ŽuM osoba koje nisu uklonile vaginu, kao i kod Muž osoba s implantiranom vaginom, potrebno je napraviti bris cerviksa rodnice zbog straha od raka vrata rodnice (2).

U oba spola u kojih je učinjena gonadektomija potrebna je redovita denzitometrija kostiju zbog straha od osteoporoze kostiju (74).

8. ZAKLJUČAK

Razvoj spolnog identiteta jest komplicirani evolucijski proces na koji istodobno imaju utjecaj prirodni i okolišni fenomeni (eng. nature & nurture), svaki u točno tempiranom trenutku. Njihovim združenim djelovanjem dobivamo jednu jedinstvenu jedinku u cijeloj ljudskoj vrsti, koja se razlikuje čak i od svoje genetičke kopije. Odlika svakog identiteta pa tako i spolnog, jest individualna realizacija čovjeka u prostoru i vremenu, odnosno deklaracija pojedinca određenoj grupi interesa unutar društva prema kojoj on može postići puni potencijal. Nasuprot tome, ako slijedimo ovu premisu, rodnu disforiju mogli bismo nazvati „pogreškom“ u razvoju čovjeka, koja sa svojom specifičnom psihopatologijom sprječava čovjeka u svim sferama njegova života da postigne puni potencijal, odnosno da se identificira pa i time i realizira. Krivo bi bilo tvrditi da je rodna disforija pogreška. Naime, radi se o bolesti, kao i o svakoj drugoj, samo kompliciranijom jer ne znamo točnu etiologiju na koju bismo djelovali i čime bismo već u startu prevenirali njen nastanak. Transseksualci su obični ljudi, kao i svi drugi, no oni imaju drukčiji pogled na vlastito tijelo. Zbog konstantnog osjećaja neugode te straha od vlastitog tijela percipiraju ga „tuđinskim“ i degeneričkim pa se polagano počinju odvajati od njega. Pritom inzistirajući da su drugog imena, drugog spola te osjećajući snažnu želju za promjenom nekih dijelova tijela, kako bi se konačno mogli osjećati ugodno u svojoj koži. Veoma su emocionalno nestabilni što dovodi do visoke suicidalnosti. Imaju specifičan obrazac ponašanja karakterističan za suprotan spol, koji time odudara od socijalnih normi koje propisuje društvo. Stoga su često stigmatizirani te se većina njih sakriva od društva, misleći da su „neprirodni“ i da će ispasti neshvaćeni ili predmetom sprdnje. Sve ovo kada se uzme u obzir sputava pojedinca bilo u društvenoj afirmaciji (akademske ili poslovne uspješnosti), bilo u svakodnevnim aktivnostima. Transseksualnost nije još dovoljno istražena pa nemamo ni dovoljno informacija o kolikom se točnom broju ljudi radi. Većina populacije ne razumije njihov problem jer se ne mogu nikako poistovjetiti s njihovom unutrašnjom rascijepjenošću. Rascijepjenost između anatomske spola, s kojim su rođeni, kojeg im je društvo pripisalo i potvrdilo te onog spola u kojem se najbolje osjećaju. Pristup ovoj problematici rješava se multidisciplinarnim timom kako bi se dobila što veća kvaliteta zdravstvene zaštite. Potreban je dugogodišnji rad s pacijentima u kojem oni moraju prihvatiti svoje tijelo i same sebe te ako je moguće pokušati kirurškim putem ostvariti njihovu dugo očekivanu želju za osjećajem sigurnosti i ugone u novom tijelu.

9. ZAHVALE

Zahvaljujem se svome mentoru prof. dr. sc. Rudolfu Gregureku na stručnoj pomoći i vodstvu pri izradi ovog diplomskog rada. Nadalje, zahvalio bi se svojoj djevojci Kati na iznimnom strpljenju te u konačnici, najveće hvala mojoj obitelji na razumijevanju i podršci tijekom studiranja.

10. POPIS LITERATURE

1. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija: Poremećaji spolne uloge, seksualne sklonosti i orijentacije. Zagreb: Medicinska naklada; 2015. Str. 275-284.
2. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: A guide for non-specialists. *J R Soc Med.* 2017;110(4):144–152.
3. Janssen A, Busa S. Gender Dysphoria in Childhood and Adolescence. U: Driver D. Shari ST, ur. *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry.* Elsevier Inc.; 2018. Str. 1–10.
[pristupljeno 21.12.2019] Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-51147-6.00001-6>
4. Jokić-Begić N, Begić D. *Suvremeni pristup transseksualnosti.* Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
5. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The report of the 2015 U.S. Transgender survey. Washington, D.C.: National Center for Transgender Equality; 2016.
[pristupljeno 4.12.2019.] Dostupno na:
<http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF>
6. Douglas N. *Trans Guidance for GPs.* Brighton and Hove CCG 2016.
7. American Psychological Association. *Answers to your Quest: For a better understanding of sexual orientation & homosexuality.* Washington, D.C.: 2008; Dostupno na:
www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf.
8. Roselli CE. Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *J. of Neuroendocrinol.* 2018; 30:e12562 Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/jne.12562>
9. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J i sur. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism.* 2012;13(4):165–232.
10. Ghosh S. Gender identity [Internet]. *Emedicine.medscape.com.*2015 [pristupljeno 4.12.2019]. Dostupno na: <https://emedicine.medscape.com/article/917990-overview>
11. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* 2017;14(5):404–11.

12. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):499–513.
13. Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT, Drescher J, Meyer-Bahlburg HFL, Pfäfflin F, Womack WM. Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Arch Sex Behav.* 2013;42(5):901–14.
14. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):5–12.
15. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB i sur. 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.
16. Stryker S, Whittle S. *The transgender studies reader.* New York: Routledge; 2006.
17. Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marital Ther.* 1994;20(3):163–177.
18. Money J. Psychology of intersexes. *Urol Int.* 1965;19(1–3):185–189.
19. Gregurek R. *Psihološka medicina. Psihološki razvoj-psihodinamski koncept.* Zagreb: Medicinska naklada; 2011. Str. 39-68.
20. Marcus S. Freud's three essays on the theory of sexuality. *Partis Rev.* 1975;42(4):517–534.
21. Khan M, Haider K. Girl's First Love; Their Fathers: Freudian Theory Electra complex. *Research Journal of Language, Literature and Humanities, International Science Congress Association [Internet].* 2015;2(11):1–4.
22. Stuart J. A Story of Her Own: The Female Oedipus Complex Reexamined and Renamed. *Int J Psychoanal.* 2009;90(5):1207–11. doi:10.1111/j.1745-8315.2009.00205_7.x
23. Hunt S. An Introduction to the Health of Two-Spirit People: Historical, Contemporary and emergent issues. *Natl Collab Cent Aborig Heal.* 2016;28.
24. Šimunić V i sur. *Ginekologija: Razvoj ženskih spolnih organa (Diferencijacija spola).* Zagreb: Naklada Ljevak; 2001. Str. 11-17.

25. Lin YT, Capel B. Cell fate commitment during mammalian sex determination. *Curr Opin Genet Dev* [Internet]. 2015;32:144–52. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gde.2015.03.003>
26. Grinspon RP, Rey RA. Disorders of Sex Development with Testicular Differentiation in SRY-Negative 46,XX Individuals: Clinical and Genetic Aspects. *Sex Dev*. 2016;10(1):1–11.
27. Ellis N, Goodfellow PN. The mammalian pseudoautosomal region. *Trends Genet*. 1989;5(12):406–10.
28. Cox KH, Bonthuis PJ, Rissman EF. Mouse model systems to study sex chromosome genes and behavior: Relevance to humans [Internet]. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2014;35(4):405–19. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2013.12.004>
29. Graves JAM. The origin and function of the mammalian Y chromosome and Y-borne genes – an evolving understanding. *BioEssays*. 1995;17(4):311–20.
30. Graves JAM, Koina E, Sankovic N. How the gene content of human sex chromosomes evolved. *Curr Opin Genet Dev*. 2006;16(3):219–24. doi: 10.1016/j.gde.2006.04.007
31. Skaletsky H, Kuroda-Kawaguchi T, Minx PJ, Cordum HS, Hillier LD, Brown LG i sur. The male-specific region of the human Y chromosome is a mosaic of discrete sequence classes. *Nature*. 2003;423(6942):825–37.
32. Xu J, Distèche CM. Sex differences in brain expression of X- and Y-linked genes. *Brain Res*. 2006;1126(1):50–5.
33. Quinn A, Koopman P. The molecular genetics of sex determination and sex reversal in mammals. *Semin Reprod Med*. 2012;30(5):351–63.
34. Carré GA, Greenfield A. Characterising novel pathways in testis determination using mouse genetics. *Sex Dev*. 2014;8(5):199–207.
35. De Santa Barbara P, Bonneaud N, Boizet B, Desclozeaux M, Moniot B, Sudbeck P i sur. Direct Interaction of SRY-Related Protein SOX9 and Steroidogenic Factor 1 Regulates Transcription of the Human Anti-Müllerian Hormone Gene. *Mol Cell Biol*. 1998;18(11):6653–65.
36. Vidal VPI, Chaboissier MC, De Rooij DG, Schedl A. SOX9 induces testis development in XX transgenic mice. *Nat Genet*. 2001;28(3):216–7.

37. Weiss J, Meeks JJ, Hurley L, Frassetto A, Jameson JL, Raverot G. SOX3 is required for gonadal function, but not sex determination, in males and females. 2003;23(22):8084–91.
38. Polanco JC, Wilhelm D, Davidson TL, Knight D, Koopman P. SOX10 gain-of-function causes XX sex reversal in mice: Implications for human 22q-linked disorders of sex development. *Hum Mol Genet.* 2009;19(3):506–16.
39. Mandel H, Shemer R, Borochowitz ZU, Okopnik M, Knopf C, Indelman M i sur. SERKAL Syndrome: An Autosomal-Recessive Disorder Caused by a Loss-of-Function Mutation in WNT4. *Am J Hum Genet.* 2008;82(1):39–47.
40. Crisponi L, Deiana M, Loi A, Chiappe F, Uda M, Amati P i sur. The putative forkhead transcription factor FOXL2 is mutated in blepharophimosis/ptosis/epicanthus inversus syndrome. *Nat Genet.* 2001;27(2):159–66.
41. Långström N, Rahman Q, Carlström E, Lichtenstein P. Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: A population study of twins in Sweden. *Arch Sex Behav.* 2010;39(1):75–80.
42. Hamer DH, Hu S, Magnuson VL, Hu N, Pattatucci AML. A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science.* 1993;261(5119):321–7.
43. Cooke B, Hegstrom CD, Villeneuve LS, Breedlove SM. Sexual differentiation of the vertebrate brain: Principles and mechanisms. *Front Neuroendocrinol.* 1998;19(4):323–62.
44. Diamond M, Sigmundson K. Sex reassignment at birth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(3):298-304.
45. Savic I, Garcia-Falgueras A, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. U: Savic I, ur. *Progress in Brain Research.* Elsevier B.V. 2010;186:41–62. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-53630-3.00004-X>
46. Davies D. *Child development: A practitioner's guide (2nd ed.). Social work practice with children and families.* The Guilford Press, New York. 2004.
47. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2007;21(3):431–44.

48. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet.* 2002;32(4):251–7.
49. Bailey JM, Pillard RC. A Genetic Study of Male Sexual Orientation. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1089–96.
50. Blanchard R. Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality. *Horm Behav.* 2001;40(2):105–14.
51. Cohen-Kettenis PT. Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Arch Sex Behav.* 2005;34(4):399–410.
52. Wisniewski AB, Migeon CJ, Meyer-Bahlburg HFL, Gearhart JP, Berkovitz GD, Brown TR i sur. Complete androgen insensitivity syndrome: Long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(8):2664–9.
53. Ehrhardt AA, Meyer-Bahlburg HFL, Rosen LR, Feldman JF, Veridiano NP, Zimmerman I i sur. Sexual orientation after prenatal exposure to exogenous estrogen. *Arch Sex Behav.* 1985;14(1):57–77.
54. Titus-Ernstoff L, Perez K, Hatch EE, Troisi R, Palmer JR, Hartge P i sur. Psychosexual characteristics of men and women exposed prenatally to diethylstilbestrol. *Epidemiology.* 2003;14(2):155–60.
55. Chung WCJ, De Vries GJ, Swaab DF. Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. *J Neurosci.* 2002;22(3):1027–33.
56. Allen LS, Hines M, Shryne JE, Gorski RA. Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *J Neurosci.* 1989;9(2):497–506.
57. Martin CL, Ruble D. Children’s Search for Gender Cues: Cognitive Perspectives on Gender Development. *Curr Dir Psychol Sci.* 2004;13(2):67–70.
58. Martin CL, Ruble DN. Patterns of Gender Development. *Annu Rev Psychol.* 2010;61(1):353–81.
59. Mardešić D, Barić I, Barišić N, Batinić D, Begović D, Bilić E i sur. *Pedijatrija. Osmo izdanje.* Zagreb: Školska knjiga; 2016.
60. O’Brien M. Gender Identity and Sex Roles. *Handb Soc Dev.* 1992;325–45.

61. Martin CL, Ruble DN, Szkrybalo J. Cognitive theories of early gender development. *Psychol Bull.* 2002;128(6):903–33.
62. Maccoby EE. *The two sexes. Growing Up Apart, Coming Together.* Cambridge, Massachusetts, London, England: The Belknap press of Harvard University Press. 1998.
63. Killen M, Pisacane K, Lee-Kim J, Ardila-Rey A. Fairness or stereotypes? Young children's priorities when evaluating group exclusion and inclusion. *Dev Psychol.* 2001;37(5):587–96.
64. Alexander GM, Hines M. Sex differences in response to children's toys in nonhuman primates (*Cercopithecus aethiops sabaues*). *Evol Hum Behav.* 2002;23(6):467–79.
65. Iijima M, Arisaka O, Minamoto F, Arai Y. Sex differences in children's free drawings: A study on girls with congenital adrenal hyperplasia. *Horm Behav.* 2001;40(2):99–104.
66. Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1986;49(8):867–73.
67. Green R. Robert Stoller's *Sex and Gender: 40 years on.* *Arch Sex Behav.* 2010;39(6):1457–65.
68. Zucker KJ, Bradley SJ, Oliver G, Blake J, Fleming S, Hood J. Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia. *Horm Behav.* 1996;30(4):300–18.
69. Brown Christie JRW. Paraphilias: Sadomasochism, Fetishism, Transvestism and Transsexuality. *BJP;* 1983, 143:227-231.
70. Egan SK, Perry DG. Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Dev Psychol.* 2001;37(4):451–63.
71. Tobin DD, Menon M, Menon M, Spatta BC, Hodges EVE, Perry DG. The Intrapyschics of Gender: A Model of Self-Socialization. *Psychol Rev.* 2010;117(2):601–22.
72. Bradley SJ, Blanchard R, Coates S, Green R, Levine SB, Meyer-Bahlburg HFL i sur. Interim report of the DSM-IV Subcommittee on Gender Identity Disorders. *Arch Sex Behav.* 1991;20(4):333–43.
73. Zucker KJ, Spitzer RL. Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):31–42.

74. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-Van De Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ, Spack NP i sur. Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3132–54.
75. Međunarodno udruženje za rodnu disforiju Harry Benjamin. Standardi pomoći za poremećaje rodnog identiteta. Beograd: Gayten-LGBT, Centar za promociju prava seksualnih manjina 2006. Str. 1–31.
76. Borba Soll BM, Robles-García R, Brandelli-Costa A, Mori D, Mueller A, Vaitses-Fontanari AM i sur. Gender incongruence: A comparative study using ICD-10 and DSM-5 diagnostic criteria. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40(2):174–80.
77. Achenbach TM, Ruffle TM. The child behavior checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatr Rev.* 2000;21(8):265–71.
78. Schneider C, Cerwenka S, Nieder TO, Briken P, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G i sur. Measuring Gender Dysphoria: A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Arch Sex Behav.* 2016;45(3):551–8.
79. Lindgren TW, Pauly IB. A body image scale for evaluating transsexuals. *Arch Sex Behav.* 1975;4(6):639–56.
80. Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2015;44(11):792–6. Dostupno na: <https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2015/November/November-Focus-Atkinson.pdf>
81. Pitts M, Mitchell A, Croy S, Couch M, Mulcare H, Patel S. *Tranznation : A report on the health and wellbeing of transgender people in Australia and New Zealand.* Melbourne, Australian Research Centre in Sex, Health & Society; 2007
82. 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. *European Psychiatry* [Internet]. 2015;30(6):807–15. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
83. Veale JF. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42:887-889.

84. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav.* 2014;43(2):377–85.
85. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F i sur. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav.* 2015;44(5):1281–7.
86. Reed B, Rhodes S, Schofield P, Wylie K. Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. *Gender Identity Research and Education Society.* 2009. Str. 1–36. [Pristupljeno 1.12.2019.]. Dostupno na: <http://xa.yimg.com/kq/groups/17851560/542410794/name/GenderVarianceUK-report.pdf>
87. De Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2011;52(11):1195–202.
88. Reisner SL, Veters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D i sur. Mental health of transgender youth in care at an adolescent Urban community health center: A matched retrospective cohort study. *J Adolesc Heal [Internet].* 2015;56(3):274–9. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
89. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individual's mental health: A systematic review. Vol. 12, *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* Dove Medical Press Ltd.; 2016.;12. Str. 1953–66.
90. Dickey R, Stephens J. Female-to-male transsexualism, heterosexual type: Two cases. *Arch Sex Behav.* 1995;24(4):439–45.
91. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, i sur. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(11):3869–903.
92. Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 Patients of both sexes. *Arch Sex Behav.* 1996;25(5):515–25.
93. Kraemer B, Delsignore A, Schnyder U, Hepp U. Body image and transsexualism. *Psychopathology.* 2008;41(2):96–100.
94. Pfafflin F. Regrets After Sex Reassignment Surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality.* 1993, 5:4, 69-85. doi: 10.1300/J056v05n04_05

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Domagoj Kovačina

Adresa i poštanski broj: Kralja Tomislava 5, Veliki Grđevac, 43270

E-pošta: domagoj.kova@gmail.com

Državljanstvo: Hrvatsko

Nacionalnost: Hrvat

Datum rođenja: 6.2.1994.

Spol: Muško

OBRAZOVANJE:

Datum (od-do): 2012.- sadašnjost

Naziv i vrsta obrazovne ustanove: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Naslov postignut obrazovanjem: doktor medicine

Datum (od-do): 2008.-2012.

Naziv i vrsta obrazovne ustanove: Gimnazija Bjelovar (opća gimnazija)

Datum (od-do): 2000.-2008.

Naziv i vrsta obrazovne ustanove: OŠ Mate Lovraka, Veliki Grđevac

OSOBNNE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI:

Znanje stranih jezika: Njemački jezik: B2 razina (razumijevanje, govor i pisanje)

Engleski jezik: A2 razina (razumijevanje, govor i pisanje)

Računalne vještine: poznavanje Microsoft Office programa,

Vozačka dozvola: položen vozački ispit B kategorije

