

Transseksualnost kao interdisciplinarni fenomen

Bolanča, Josipa

Master's thesis / Diplomski rad

2014

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:105:876268>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-08**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Josipa Bolanča

**Transseksualnost kao
interdisciplinarni fenomen**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

Diplomski rad je izrađen na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc.Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskog godini 2013./2014.

SADRŽAJ:

1. SAŽETAK	
2. SUMMARY	
3. UVOD.....	1
4. KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA.....	3
5. PODJELA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA.....	5
6. EPIDEMIOLOGIJA.....	6
7. ETIOLOGIJA.....	7
8. LIJEČENJE.....	9
9. ZAKLJUČAK.....	16
10. ZAHVALE.....	17
11. LITERATURA.....	18
12. ŽIVOTOPIS.....	20

1.SAŽETAK

Transseksualnost kao interdisciplinarni fenomen

Josipa Bolanča

Transseksualnost je trajan osjećaj nelagode i nepripadanja spolu u kojem je osoba rođena uz težnju da se živi i bude prihvaćena kao osoba suprotnog spola. Transseksualnost ima biološku etiologiju, ali za ishod poremećaja presudna je interakcija socijalnih i psiholoških čimbenika. Transseksualnost ili poremećaj rodnog identiteta prisutan je u svim društvima i civilizacijama. Pojavljuje se i u dječjoj dobi i u odrasloj. Puno je veća učestalost transseksualnosti u dječjoj dobi i muškom spolu. Liječenje transseksualnih osoba obuhvaća psihoterapiju, psihofarmakoterapiju te hormonalno i kirurško liječenje. Tijekom psihoterapije utvrđuju se stvarni životni ciljevi vezani za odnose s partnerom, obitelji, prijateljima, poslom. Provođa se edukacija i uključivanje u grupu kako bi se kroz tuđa iskustva stekao realniji uvid u teškoće koje sa sobom donosi promjena spola. Ako osoba zadovoljava uvjete za promjenu spola, a nakon psihoterapije i dalje ima snažnu želju za promjenom spola, tada se podvrgava širokom spektru medicinskih intervencija. U tom razdoblju uvodi se hormonalna terapija. Procedura zahtjeva da osoba prije upućivanja na kirurške intervencije bude podvrgnuta tzv. „iskustvu stvarnog života“. Kroz vremensko razdoblje od 1-2 godine, osoba treba „živjeti“ u željenom spolu. Ako je osoba i dalje odlučna promijeniti spol, tada se pristupa kirurškoj promjeni spola.

U Hrvatskoj se vrlo mali broj stručnjaka bavi transseksualnošću. Na transseksualnost se gleda kao na isključivo psihijatrijski poremećaj što doprinosi stigmatizaciji transseksualnih osoba. Te osobe jako pate i često nailaze na neprihvatanje od strane obitelji, prijatelja, nemaju financijskih sredstava koja su potrebna za liječenje, često boluju od depresije.

Ključne riječi: transeksualnost, psihoterapija, hormonalna terapija, kirurška terapija, stigmatizacija

2.SUMMARY

Transsexualism as an interdisciplinary phenomenon

Josipa Bolanča

Transsexualism is a constant feeling of discomfort and inappropriateness in the gender in which a person is born with a tendency to live and be accepted as a person of the opposite sex. Transsexualism has a biological etiology, but the outcome of the disorder is crucial interaction of social and psychological factors. Transsexualism or Gender Identity Disorder is present in all societies and civilizations. It also occurs in children and adult. Much higher incidence of transsexualism is in childhood and male. Treatment of transsexuals includes: psychotherapy, psychopharmacotherapy, hormonal and surgical treatment. During psychotherapy patient determines actual life goals for relations with a partner, family, friends and their job. Conducted training and inclusion in the group to make it through other people's experiences gained more realistic insight into the difficulties brought by the change of gender. If a person meets the criteria for a sex change, and after psychotherapy still has a strong desire to change sex, then it is subjected to a wide range of medical interventions. During this period is introduced in hormonal therapy. The procedure requires that the person before submitting to surgery has to be subjected to so-called "real-life experience". For a period of 1-2 years, a person needs to "live" in the desired gender. If the person is still determined to change gender, then they approach to a surgical sex change.

In Croatia, a small number of experts are dealing with transsexuality. Transsexuality is considered just as a psychiatric disorder which contributes to the stigmatization of transsexual people. These people really suffer and often face rejection by family, friends, do not have the financial resources needed to treat, often suffer from depression.

Keywords: transsexualism, psychotherapy, hormone therapy, surgical therapy, stigmatization

3.UVOD

Ljudi su određeni svojim spolom i rodom, odnosno spolnim i rodnim identitetom. Spol (engl. sex) se definira na temelju gena, kromosoma, gonada, unutarnjih spolnih organa i vanjskih spolnih organa. Spolni identitet, određen biološkim obilježjima spola, objektivna je kategorija, jasno uočljiva i okolini. Rodni identitet (engl. gender identity) jest psihološki spol tj. spoznaja osobe da je muško ili žensko. Rodna uloga (engl. gender role) obuhvaća sve ono što osoba čini, a na temelju čega drugi prepoznaju da se radi o muškoj ili ženskoj osobi. Spol i rod su ili muški ili ženski – rijetko oboje ili nijedno. Rijetko se događa da je dijete rođeno s karakteristikama oba spola - to je interseksualnost ili hermafroditizam. Interseksualnost je neusklađenost između gonada, unutarnjih spolnih organa, vanjskih spolnih organa, sekundarnih spolnih obilježja te psihičkog i socijalnog spola. Većina ljudi ne dovodi u pitanje spolu u kojem su rođeni. Njihov biološki spol sukladan je njihovom rodu. Oni prihvaćaju i izjednačavaju svoj biološki spol i rod (svoj spolni i rodni identitet). Kod nekih ljudi dolazi do nesklada između spola i rodnog identiteta (spolni i rodni identitet se ne podudaraju). Za to stanje upotrebljavaju se različiti nazivi: transeksualnost, transrodnost i poremećaj rodnog identiteta. Transrodnost se očituje u nadilaženju rodne uloge i identiteta, dok je transeksualnost nezadovoljstvo vlastitim biološkim spolom i želja da ga se promijeni u suprotni spol. Transrodnost je više društvena kategorija, a transseksualnost je stanje koje zahtijeva medicinsku skrb. Poremećaj rodnog identiteta (engl. gender identity disorders, GID), nadređeni je pojam, to je naziv za heterogenu skupinu poremećaja, kojima je zajedničko obilježje snažna i trajna želja biti osoba suprotnog spola. Afektivna komponenta ovog poremećaja je rodna disforija (engl. gender dysphoria). Nju obilježava nezadovoljstvo vlastitim spolom, želja da se bude suprotnog spola i želja da taj spol bude prihvaćen od drugih. Osoba s rodnom disforijom misli da je zarobljena u tijelu pogrešnog spola. Poremećaj rodnog identiteta javlja se u različitim intenzitetima. U nekih ljudi osjećaj nepripadanja spolu u kojem

su rođeni je blag i ne izaziva potrebu za promjenom, a kod nekih je intenzivan, narušava kvalitetu života i motivira osobu za promjenu spola. U nekih se osoba želja za promjenom spola nikad ne ostvari, a u nekih se ostvari djelomično. Ponekad su osobe zadovoljne učincima hormonalne terapije koji se manifestiraju u postizanju nekih obilježja suprotnog spola. Tada se istodobno javljaju obilježja i muškog i ženskog spola ili osobe osciliraju između oba spola. U nekim oblicima ovog poremećaja dolazi do potpune promjene spola (kirurška i hormonalna) koju prati i promjena rodne uloge u svima aspektima života (ovakva tranzicija spola završava promjenom osobnih dokumenata). Neki autori za ovakve ekstremne oblike upotrebljavaju pojam transseksualnost ili transseksualizam, a po drugima je transseksualnost naziv za svaki poremećaj rodnog identiteta (Begić, 2011.).

4.KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA

Američko psihijatrijsko udruženje (ASA) prvo je opisalo poremećaje rodnog identiteta. Tako DSM-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) iz 1980. definira transseksualnost i poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu, svrstavajući ih u kategoriju psihoseksualnih poremećaja. Revizija DSM-III., DSM-III-R 1987. godine dodaje još jednu podvrstu, poremećaj rodnog identiteta u adolescenciji ili zreloj dobi. DSM-IV ove poremećaje svrstava u zasebnu kategoriju nazvanu poremećaji spolnog i rodnog identiteta. Prema DSM-IV iz 1994. godine za poremećaj rodnog identiteta trebaju biti zadovoljena 4 kriterija. Mora postojati dokaz trajnog i snažnog poistovjećivanja sa suprotnim biološkim spolom te želja da se bude toga drugog spola (ili uporna tvrdnja osobe da to ona jest) (kriterij A). To poistovjećivanje sa suprotnim spolom nije želja za postizanje kulturoloških prednosti koje ima suprotni spol. Također mora postojati trajna nelagoda zbog vlastitog spola ili osjećaj neprikladnosti zbog spolne uloge vlastitog spola (kriterij B). Dijagnoza poremećaja rodnog identiteta ne postavlja se ako postoji organska podloga u smislu interseksualnosti (kongenitalna adrenalna hiperplazija, kongenitalni sindrom androgene osjetljivosti, Klinefelterov sindrom i sl.) (kriterij C). Također treba postojati dokaz o klinički značajnim smetnjama ili manjkavostima u socijalnom, radnom i drugim važnim područjima djelovanja (kriterij D). Prema DSM-5 klasifikaciji iz 2013. poremećaj rodnog identiteta (GID) je promijenjen u rodnu disforiju. Da bi se nekome dijagnosticirala rodna disforija osoba treba pokazivati jaku i trajnu identifikaciju sa željenim spolom, a ne samo želju za nekom od kulturnih prednosti kao drugi spol. U djece, poremećaj se očituje sa šest (ili više) od slijedećih simptoma najmanje u trajanju od 6 mjeseci: da je dijete u više navrata izrazilo želju da bude ili da dijete tvrdi da je ono suprotnog spola; u dječaka, sklonost odijevanju stereotipno ženske odjeće; kod djevojčica, inzistiranje na nošenje samo stereotipno muške odjeće; odbacivanje stereotipnih igračaka za njihov spol te jaka želja za sudjelovanjem u stereotipnim igrama i

igrama suprotnog spola te druženju sa osobama suprotnog spola; odbojnost prema vlastitim spolnim organima i snažna želja za primarnim (imanje penisa ili vagine) ili sekundarnim (npr. menstruacija) spolnim karakteristikama suprotnog spola.

U adolescenata i odraslih, poremećaj se manifestira tako da osoba izražava želju da bude drugog spola, često se ponaša kao da je drugog spola, ima želju da bude i da je drugi tretiraju kao osobu drugog spola. Osoba ima trajnu nelagodu u vezi svoga biološkog spola i ima osjećaj neprikladnosti u rodnoj ulozi tog spola što uzrokuje klinički znatne tegobe ili pogoršanje u socijalnim, profesionalnim ili drugim važnim područjima djelovanja.

Prema Medicinskoj klasifikaciji bolesti (MKB) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) kriteriji za poremećaj rodnog identiteta (F64.0) su slični – osoba želi živjeti i biti prihvaćena kao da je osoba suprotnog spola. Osoba također želi da njezino tijelo bude što sličnije željenom spolu, što ostvaruje kroz kirurški i hormonalni tretman. Transseksualni identitet prisutan je kroz najmanje dvije godine te to stanje nije simptom nekoga drugog psihičkog poremećaja ili kromosomske abnormalnosti. Međunarodna klasifikacija bolesti ove poremećaje dijeli na transeksualnost, transvestizam i poremećaj spolnog identiteta u dječjoj dobi, a svrstava ih u kategoriju poremećaja ličnosti i ponašanja. Trenutačno je u nacrtu MKB-a 11 u poglavlju 7: Mentalni i ponašajni poremećaji (u MKB 10 je to bilo poglavlje F) kategorija „poremećaj rodnog identiteta“ uklonjena. U nacrtu su također uklonjene i druge stigmatizirajuće kategorije poput fetišizma, fetišističkog transvestizma ili sadomazohizma. SZO predlaže novu kategoriju „rodna inkongruencija“ (neusklađenost) pod novim poglavljem 6 „stanja povezana sa seksualnim zdravljem“. Nova kategorija uključuje rodnu neusklađenost adolescenata i odraslih i rodnu neusklađenost djece. Prestanak etiketiranja transseksualnih osoba kao mentalno bolesnih biti će važan korak naprijed što će umanjiti stigmatizaciju transseksualnih osoba.

5. PODJELA POREMEĆAJA RODNOG IDENTITETA

Više je podjela poremećaja rodnog identiteta. Najvažnije su one po dobi, prema smjeru tranzicije spola te prema seksualnoj orijentaciji. Prema dobi poremećaji rodnog identiteta dijele se na poremećaje u dječjoj, adolescentnoj i odrasloj dobi. Prema smjeru tranzicije spola poremećaji se dijele na transeksualne osobe muško u žensko, MuŽ (prema engl. Male-to-Female, MtF) i transeksualne osobe žensko u muško, ŽuM (prema engl. Female-to-Male) (Jokić-Begić i sur., 2008). Također se koriste nazivi, prema željenom spolu tranzicije (suprotnom od biološkog), transeksualna žena (MuŽ) i transeksualni muškarac (ŽuM). Važna je i podjela prema seksualnoj orijentaciji. Seksualna orijentacija predstavlja usmjerenost osobe prema određenom spolu u pitanju seksualnog uzbuđenja, tj. određuje se na temelju onoga što kod određene osobe pobuđuje seksualnu reakciju. Ona je određena spolom partnera u odnosu na biološki spol, a može biti homoseksualna i nehomoseksualna. Tako se muškarci s poremećajem rodnog identiteta dijele na homoseksualne (engl. Homosexual GID), nehomoseksualne s autoginofilijom (engl. Autogynephilic GID) i na aseksualne muškarce (Blanchard, 1985.) Autoginofilija je parafilija u kojoj muškarac spolno uzbuđenje postiže ili održava zamišljajući sebe kao ženu (Blanchard, 1989). Smatra se da postoji više razlika između homoseksualnih i nehomoseksualnih osoba s poremećajima rodnog identiteta. Homoseksualni poremećaj rodnog identiteta je po mnogim obilježjima (epidemiološki, etiološki) sličniji homoseksualnosti, dok je nehomoseksualni poremećaj rodnog identiteta sličniji fetišističkom transvestizmu. Žene s poremećajima rodnog identiteta su homoseksualne i nehomoseksualne orijentacije.

6.EPIDEMIOLOGIJA

Epidemiološka istraživanja poremećaja rodnog identiteta nisu brojna, a njihova učestalost dosta varira. To je posljedica činjenice da se takva istraživanja razlikuju s obzirom na dob osoba, ali i na to promatraju li se sve osobe s ovim poremećajem ili samo osobe s transeksualnošću (kao ekstremnim oblikom toga stanja). Najveća je učestalost poremećaja rodnog identiteta u dječjoj dobi i ona se odrastanjem smanjuje (Green i Blanchard, 2000). U odrasloj dobi transeksualnost mnogo rjeđa. Kod muškaraca to je 1 na 10 000 do 30 000, a kod žena 1 na 30 000 do 100 000. (Baker i sur., 1993; De Cuypere i sur. 2007). Prema tim podacima bi mogli zaključiti da u Hrvatskoj ima između 50 i 150 bioloških muškaraca i 15 do 50 bioloških žena s poremećajem rodnog identiteta. Prema studiji iz 2008. na Novom Zelandu utvrđena je prevalencija 1:3,639 MuŽ i 1:22,714 ŽuM osoba.

Najviše odraslih s poremećajem rodnog identiteta pojavljuje se u dobi od ranih dvadesetih godina. Dječji poremećaj rodnog identiteta rijetko završava tim poremećajem u odrasloj dobi. Smatra se da četvrtina ili još manje djece s transseksualnim obilježjima će odrasti u transseksualne osobe. Veći dio djece s poremećajima rodnog identiteta u odrasloj dobi su homoseksualne orijentacije. Iako većina odraslih transseksualnih osoba već od djetinjstva pokazuje znakove rodne disforije, jedan dio počinje osjećati potrebu za promjenom spola tek u pubertetu. U pravilu se radi o MuŽ transseksualnim osobama koje seksualno privlače muškarci. Broj transseksualaca koji su pristupili promjeni spola žensko u muško puno je veći u odnosu na broj transseksualaca muško u žensko u tranzicijskim zemljama, nego u zemljama Zapadnog svijeta gdje je omjer obrnut. Takav omjer odraz je drugačije kulturološke sredine, odnosno odraz sustava koji je pomaknut tradicionalnijem ili patrijarhalnijem, gdje je uloga muškarca u određenim sociološkim aspektima povoljnija od ženske uloge.

7. ETIOLOGIJA

Etiologija poremećaja rodnog identiteta je nepoznata, a brojne teorije koje objašnjavaju uzroke ovog stanja, mogu se podijeliti u biološke i psihološke. Od bioloških hipoteza najznačajnije su genetske, hormonalne i neurorazvojne. Prenatalna diferencijacija spola primarno je kromosomalna i određena u trenutku oplodnje. Nju prati gonadalna diferencijacija koja je posljedica postojanja gena za determinaciju testisa na Y kromosomu koja dovodi do razvitka muških ili ženskih spolnih žlijezda. Tada se uključuje hormonalna funkcija koja dodatno diferencira spolne organe, ali i dovodi do spolne diferencijacije mozga. Taj se proces naziva organizacija ili instalacija mozga, a završava nekoliko mjeseci nakon rođenja. Pod utjecajem testosterona mozak se razvija kao muški, a u odsutnosti testosterona kao ženski mozak. Konačni cilj tog procesa je pripremiti središnji živčani sustav za buduće spolno i rodno ponašanje koje će biti usklađeno sa spolom i aktivirano hormonima u pubertetu.

Atipična prenatalna izloženost hormonima mogao biti faktor u razvoju transeksualnosti (Vujović i sur. 2014.). Postoje dokazi da su omjer 2. i 4. prsta (2D:4D) povezuje negativno s prenatalnim testosteronom i pozitivno s estrogenima. Naime, odrasli muškarci obično imaju duži četvrti prst od drugoga, što omjer dužine ta dva prsta ruke čini manjim u odnosu na žene kod kojih je četvrti prst po svojoj dužini sličan drugome, pa je omjer gotovo 1. Kako je duljina ta dva prsta odnosno njihov omjer pod prenatalnim utjecajem testosterona smatra se kako bi znatno drukčiji omjer u transeksualnih osoba bio posredan znak povezanosti prenatalnih androgena i transeksualnosti. Istraživanja su pokazala kako se transeksualne Muž osobe značajno razlikuju s obzirom na omjer dužine drugog i četvrtog prsta u odnosu na kontrolnu skupinu muškaraca, a značajno se manje razlikuju u odnosu na žene. S druge strane, nema razlika u tom omjeru između transeksualnih (ŽuM) osoba i netranseksualnih žena (Schneider i sur., 2006). Značajne su i neurorazvojne teorije koje upućuju na određene

promjene u mozgu. Intersticijske jezgre strije terminalis (engl. Bed nucleus of the stria terminalis, BSTc) odgovorne su za spolno ponašanje, odnosno spolnu diferencijaciju. Ovo područje u muškaraca dvostruko je veće i brojnije neuronima nego u žena. Kod Muž transeksualaca (koji su završili kiruršku tranziciju spola i stalno su primali ženske spolne hormone) ova je jezgra veličinom i brojem neurona odgovarala jezgri u žena (Zhou i sur., 1995). Suprotan je nalaz nađen kod ŽuM transeksualaca. Te žene su primale testosteron, a veličina njihove intersticijske jezgre strije terminalis veličinom i brojem neurona bila je kao kod muškaraca.

Psihosocijalne teorije uključuju rane psihološke gubitke koje dovode do različite odgojne i socijalne utjecaje na razvitak transeksualnosti, i kod dječaka i kod djevojčica. Tako su utvrđeni neki rizični čimbenici za razvitak poremećaja rodnog identiteta. Muž transeksualne osobe su često u dječjoj dobi imale udaljen odnos s ocem, a ŽuM osobe su u djetinjstvu češće nego djevojčice iz kontrolne skupine bile zlostavljane (Bradley i Zucker, 1997.). Također je utvrđeno da su dječaci sa ženskim oblikom ponašanja bili u pretjerano bliskom, čak simbiotskom odnosu s majkom. Djevojčice sklone muškom ponašanju često su emocionalno zapuštane od strane majki, dok ih očevi nisu mogli zamijeniti u oblikovanju ženskog ponašanja.

U osoba s transeksualizmom opisuje se značajno povećana stopa emocionalnog zlostavljanja u djetinjstvu i češća disocijativna stanja u odnosu na zdrave kontrole. Međutim drugi autori smatraju da je poremećaj osobnosti, osobito narcisoidni ili granični, uvijek u osnovi transeksualizma, odnosno da se transeksualizam može smatrati podvrstom graničnog poremećaja osobnosti s obzirom na ključne sličnosti oba poremećaja (visoka razina agresije, smanjen intenzitet objektnih relacija, oslabljeno testiranje realiteta i slabe granice ega.

8. LIJEČENJE

Internacionalno udruženje The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) odredilo je protokol pod nazivom „Standards of care for gender identity disorder“ koji se primjenjuje u većini zemalja. Liječenje transseksualnosti je opsežno i složeno, osobito u slučaju spolnog identiteta koji je započeo u djetinjstvu. Prema tom protokolu, liječenje podrazumijeva timski rad psihijatar, endokrinologa i kirurga. Rad psihijatra uključuje postavljanje dijagnoze transseksualizma i komorbiditetnih psihijatrijskih bolesti, savjetovanje i obavještanje bolesnika o mogućnostima liječenja, provedbu suportivne psihoterapije, ocjenjivanje prikladnosti i spremnosti kandidata na promjenu spola, preporuke ostalim liječnicima tima, pisma preporuke ostalim članovima tima s relevantnim podacima iz povijesti bolesti, edukaciju članova obitelji, zaposlenika i institucija te praćenje bolesnika nakon promjene spola. Rad endokrinologa uključuje primjenu hormona. Hormoni se primjenjuju nakon fizikalnog pregleda i općih laboratorijskih testova, uz pisani pristanak bolesnika. U žena se ireverzibilno postiže dubina glasa, povećanje klitorisa, smanjenje dojki, dlakavost i androgena ćelavost, a reverzibilno povećanje tjelesne težine, povećanje libida, smanjenje masnog tkiva na bokovima i povećanje mišićne mase. Nuspojave uključuju infertilitet, akne, emocionalnu labilnost, povećanje libida, promjena distribucije masnog tkiva, povećani rizik od kardiovaskularnih bolesti, benignih i malignih tumora jetre i jetrenog oštećenja. Spolni hormoni imaju direktan učinak na seksualno funkcioniranje. Testosteron ima važnu ulogu na motivacijski dio ciklusa seksualnog odgovora, tj. na seksualnu želju, a kod muškaraca utječe i na erektilnu funkciju (tj. hipogonadizam je ugrožava). Estrogen igra ulogu u seksualnom uzbuđenju (konkretni važan je za vlaženje rodnice) i u fazi orgazma. S obzirom na to, za očekivati je da će hormonsko liječenje dovesti do specifičnih problema kod transseksualnih osoba. U prilog važnosti testosterona za seksualnu želju govori podatak da transseksualne žene imaju nešto povećanu učestalost smanjene seksualne želje (jer one dobivaju estrogene i

antiandrogene), a da kod transseksualnih muškaraca gotovo da i nema smanjene seksualne želje, već redovito dolazi do veće učestalosti masturbacije (no zbog snižavanja razine estrogena može biti smanjen orgazmički kapacitet). Spolni hormoni također mogu imati i druge posljedice koje ugrožavaju seksualno funkcioniranje. Česte nuspojave testosterona (kod transseksualnih muškaraca) su pretilost, povećan rizik od cerebrovaskularnih bolesti, promjene raspoloženja, što sve može utjecati, direktno ili indirektno, na sve faze seksualnog odgovora (npr. promjene na krvnim žilama ugrožavaju fazu uzbuđenja, depresivne reakcije fazu želje, pretilost sliku o sebi i sl.). Primjena estrogena kod transseksualnih žena može dovesti do povećanog rizika od depresije, hipertenzije, bolesti štitnjače, hiperprolaktinemije, šećerne bolesti, a što sve utječe na seksualno funkcioniranje. Zbog svega navedenog vrlo je važno s transseksualnom osobom razgovarati prije uvođenja hormona i o utjecanju hormona na seksualno funkcioniranje te na moguće mjere kojima se ove negativne posljedice mogu umanjiti. Prije početka tranzicije, a svakako u fazi prije hormonskog liječenja, potrebno je procijeniti seksualno funkcioniranje osobe. Ova procjena treba uključivati razgovor o psihoseksualnom razvoju, dosadašnjim seksualnim iskustvima (solitarni i dijadni), razgovor o seksualnoj orijentaciji, eventualnoj prisutnosti parafilčnih fantazija ili aktivnosti, seksualnom funkcioniranju kroz pojedine faze seksualnog odgovora, eventualno prisutnim seksualnim problemima i poremećajima. Svi uobičajeni seksualni poremećaji (kao što su prijevremena ejakulacija, erektilna disfunkcija, anorgazmija, smanjena seksualna želja, itd.) mogu se javiti i kod osoba s rodnom disforijom. Važnost procjene seksualnog funkcioniranja leži i u tome što je jedan od najvažnijih prognostičkih čimbenika za seksualno funkcioniranje nakon operacije upravo stupanj zadovoljstva i stupanj funkcionalnosti seksualnog života prije započinjanja tranzicije. Promjeni spola se obično pristupa nakon 18. godine, a u nekim zemljama u dobi nakon 16 godina. S obzirom na opsežnost i ireverzibilnost postupaka, te veliku mogućnost komplikacija hormonskog i kirurškog postupka, odluka o pravilnom liječenju mora biti

rezultat interdisciplinarnog timskog rada. Takvih timova u našoj zemlji nema, što predstavlja dodatni problem od praktične važnosti u radu s takvim osobama.

Za uspjeh liječenja od iznimne je važnosti pravilan odabir kandidata, jer promjena spola može biti uspješna samo u pažljivo odabranih pacijenata tijekom psihoterapijskog praćenja.

Psihoterapija je usmjerena na suportivne tehnike, psihoedukaciju, savjetovanje, uključivanje u grupu transseksualnih osoba (kako bi se kroz tuđa iskustva stekao bolji uvid u teškoće koje prate promjenu spola). Ta psihoterapija traje oko godinu dana, a njezino trajanje ovisi o individualnoj situaciji. Tijekom psihoterapije dio transseksualnih osoba odustaje od promjene spola. Psihoterapija pomaže osobama koje žele „ispraviti“ svoj rodni identitet. Oni koji ne odustaju uključuju se u „iskustvo stvarnog života“ te nastavljaju tranziciju spola (hormonalnu, kiruršku). Od psihoterapijskih metoda koriste se kognitivno-bihevioralne, psihoanalitičke, ali i sve druge koje ostvaruju zadane ciljeve. Pokazale su se korisnim i tehnike grupnog rad (poglavito homogenih grupa). Psihofarmakoterapijski dio tretman važan je kod rodne disforije, odnosno simptoma depresivnog i anksioznog poremećaja. Osobitu pažnju treba posvetiti suicidalnom riziku transseksualnih osoba, koji su izraženiji kod mlađih. Najčešće se propisuju antidepresivi i anksiolitici, rjeđe stabilizatori raspoloženja, a najrjeđe antipsihotici. Nakon uspješno učinjene promjene spola smanjuje se broj transseksualnih osoba koje uzimaju psihofarmakoterapiju.

KIRURŠKA TRANZICIJA ŽENSKOG U MUŠKI SPOL (FTM)

Kirurška tranzicija ženskog u muški spol obuhvaća: supkutanu mastektomiju, histerektomiju i ovariektomiju te genitalnu transformaciju. Redukcija tkiva dojke temelji se na supkutanoj mastektomiji uz prezervaciju bradavica areola kompleksa. Obzirom na oblik i veličinu dojki, te kvalitetu kože (elasticitet) postoji nekoliko tehnika redukcije tkiva dojki s idejom minimalnih ožiljaka. Najlakša je tzv. „semicirkularna tehnika“ pri čemu se jednim

semicirkularnim periareolarnim rezom pristupa na tkivo dojke. Takva tehnika moguća je kod malih dojki i ostavlja minimalan periareolarni ožiljak. U slučajevima većeg volumena dojki u obzir dolazi „transareolarna tehnika“, koja omogućuje redukciju bradavica-areola kompleksa; ta tehnika ostavlja nešto veći ožiljak. „Koncentrična cirkularna tehnika“ vrlo je prihvatljiva metoda redukcije tkiva dojki kao i kože. Ta tehnika vrlo jednostavno dopušta i postupak relokacije bradavica-areola kompleksa uz vrlo zadovoljavajuće ožiljke. Katkad je tu tehniku, zbog dimenzija dojki, potrebno proširiti na tehniku koja obuhvaća medio-lateralnu dodatnu eksciziju kože dojki što u slučajevima slabe dlakavosti na prednjoj stani prsnog koša ostavlja ožiljke; ta se tehnika vrlo rijetko koristi. U slučajevima vrlo velikih dojki potrebno je učiniti tzv. „free-nipple“ tehniku pri čemu se tkivo dojke maksimalno reducira, a bradavica-areola kompleks u tom se slučaju koristi kao slobodni kožni transplantat pune debljine kože; ta je tehnika tehnički jednostavna, ali je vezana nerijetko s mogućim problemom nekroze dijela kompleksa što ostavlja estetski neprihvatljive ožiljke.

Histerektomija/ovariektomija su operacijski zahvati koji se mogu učiniti u istom aktu sa supkutanim mastektomijom. Ovaj se zahvat može učiniti endoskopski asistirano.

Transformacija genitalnih organa obuhvaća vaginektomiju, rekonstrukciju dijela uretre, rekonstrukciju neopenisa (faloplastika) i implantaciju testikularnih proteza (skroto-testikuloplastiku). Faloplastika podrazumijeva rekonstrukciju estetski prihvatljivog neopenisa po mogućnosti i s „rekonstruiranim“ erogenim i taktilnim senzorijskim živcem. Do sada se podlaktični režanj pokazao kao metoda izbora kao najbolje mikrokirurško rješenje u rekonstrukciji neopenisa. Ova je tehnika složena mikrokirurška tehnika koja zahtijeva formiranje i neouretre, podlaktični osjetni živac spaja se s ilioingvinalnim živcem u cilju protektivnog senzibiliteta, dok je klitoris baza neopenisu u cilju protektivnog senzibiliteta. Defekt na podlaktici se pokriva slobodnim kožnim transplantatom. U istom aktu se učini vaginektomija, te rekonstrukcija uretre. Rekonstrukcija testisa se čini ugradnjom testikularnih proteza

(silikonske proteze) uglavnom 6 mjeseci nakon prethodno rekonstruiranog skrotuma i neopenisa. Godinu dana po učinjenoj rekonstrukciji neopenisa i uspostavljanja senzibiliteta moguće je u strogo indiciranim slučajevima implantirati i erektilnu protezu u cilju postizanja kontrolirane erekcije. Kao druga rekonstrukcijska opcija neopenisu osim podlaktičnog režnja može se upotrijebiti i fibularni režanj u cilju semierekcije, no taj se režanj nije pokazao kao dobra opcija obzirom na „stalnu“ erekciju i relativno loš estetski rezultat. U dobro indiciranim slučajevima natkoljениčni režanj i još neki perforatorski režnjevi mogu također biti rekonstrukcijske mogućnosti. Metoidioplastika je postupak rekonstrukcije mikrofalusa od klitorisa kad je potrebna rekonstrukcija vrlo malog penisa. U istom aktu može se rekonstruirati skrotum transpozicijskim režnjevima od labia majora zajedno s vaginektomijom.

KIRURŠKA TRANZICIJA MUŠKOG U ŽENSKI SPOL (MTF)

Amputacija penisa i formiranje neovagine prvi je akt kirurške tranzicije muškarca u ženu. Corpora cavernosa se amputiraju ostavljajući mali dio za formiranje corpora klitorisa. Corpus spongiosum ostavlja se zajedno s kateterom do trenutka skraćivanja uretre i formiranja neomeatusa. Od kože penisa formira se neovagina, a od dijela skrotuma formiraju se velika labija, a testisi se amputiraju. Koža penisa se šiva tako da se formira neovagina koja se kao takva uvrće u vezikorektalni prostor uz formiranje neouretre-neomeatusa; uretra se skraćuje na dimenzije „ženske“ uretre. Dubina neovagine formira se s obzirom na lokalne anatomske karakteristike kože prethodnog penisa kao i „veličine“ rekto-vezikalnog prostora i uglavnom dozvoljava rekonstrukciju dubine od 8-10 cm. Radi održavanja „prohodosti“ neovagine i minimiziranja stenoza obavezna je terapija „širenja“ uporabom dilatora odgovarajućih dimenzija. Augmentacija dojki radi se identičnom tehnikom augmentacije dojki kao i kod

žena. Izbor implantata isti je kao i kod klasične augmentacijske mamoplastike. Ultrazvučna dijagnostika trebala bi prethoditi svakoj augmentaciji.

S ciljem postizanja još boljeg „spolnog estetskog dojma“ operirane osobe u dobro indiciranim slučajevima moguće je učiniti dodatne kirurške zahvate. U slučajevima potrebe za korekcijom nosa, gdje „muški“ nos ne odgovara „ženskom“ licu moguće je učiniti rinoplastiku.

Odgovarajućim tehnikama (transfer masti, filer) povećavanja usana, obraza moguće je naglasiti oblik lica. Raznim tehnikama liposukcije moguće je korigirati oblik lica. Raznim tehnikama liposukcije moguće je korigirati oblik bokova, koljena, abdomena, nadlaktica i/ili podbratka. U slučajevima tranzicije spola (Muž) moguće je smanjiti projekciju Adamove jabučice (tiroidne hrskavice) na vratu ili naglasiti oblik bokova transferom masnog tkiva, odnosno naglasiti projekciju gluteusa implantacijom posebnih glutealnih implantata ili transferom masnog tkiva.

Kod djece se relativno često pojavljuju ponašanja koja nisu rodno uobičajena, no većina djece će se do puberteta ponašati na društveno očekivan način. Manji broj djece će kroz djetinjstvo intenzivirati rodno neuobičajena ponašanja te će ujedno pokazivati sve intenzivnije znake rodne disforije, odnosno osjećaja neusklađenosti spolnih karakteristika i rodnog identiteta. U svjetskim centrima postoje stručni interdisciplinarni timovi koji skrbe za djecu s ovim poremećajem i njihove roditelje. Preporuka je da se do 12. godine provodi isključivo psihološko savjetovanje. Ako poremećaj ustraje i intenzivira se tijekom prepuberteta, tada se hormonalno zaustavlja pubertet i intenzivira se psihološko savjetovanje kako bi se roditeljima i djetetu pomoglo u donošenju daljnjih odluka o liječenju. Dijete se, zbog zaustavljenih tjelesnih promjena koje bi donio pubertet, pošteđuje stresa. Ako se odustane od daljnjih operativnih zahvata, tada se ukidaju hormoni i pubertet se normalno razvija u smjeru kako ga diktira biološki spol. Ako se donese odluka o tranziciji, tada se nakon 16. godine daju spolni

hormoni suprotni od biološkog spola čime započinje pubertet u željenom spolu, a nakon 18. godine se provode i operativni zahvati. Istraživanja su pokazala da svi navedeni postupci pridonose kvaliteti života djece i njihovih roditelja. Adolescenti koji su prošli kroz čitav postupak su zadovoljniji i boljeg psihičkog stanja nego što su to odrasle transseksualne osobe koje su prošle postupak tranzicije, što potvrđuje značenje ranijih intervencija. U Hrvatskoj se o ovoj temi ne provode niti istraživanja niti postoje centri kojima bi se roditelji mogli obratiti. U djece mlađe od 12 godina ne provode se nikakvi medicinski zahvati, ali se provodi psihološko savjetovanje djece i roditelja (Spack, 2012). Ono se uglavnom sastoji od psihoedukacije tijekom koje se roditeljima i djeci na primjeren način pojasni o kakvom se poremećaju radi, njegovim ishodima te načinu pružanja pomoći. Pruža im se podrška, a mogu se uključiti i u grupe roditelja i djece s istim problemom. Na taj način se izbjegava osjećaj marginalizacije i osamljenosti te se dobiva socijalna podrška.

9.ZAKLJUČAK

Transseksualnost je složen poremećaj koji se pojavljuje u svim društvima gotovo jednakom incidencijom, ali socijalne reakcije u potpunosti su određene vrijednosnim sustavom društva. Ima li društvo i medicinska struka negativan stav prema transseksualnosti, a posebice prema postupku promjene spola, takve će se osobe nerado obraćati po pomoć. Multidisciplinarni pristup (liječnik obiteljske medicine, psiholog, psihijatar, endokrinolog, ginekolog, urolog, plastični kirurg, socijalni radnik) osnovni je preduvjet uspješnog procesa tranzicije spola. Vrlo je važan holistički pristup rješavanja problema gdje se promatra osoba u cijelosti, a ne samo nužna potreba za kirurškom rekonstrukcijom. Na kraju, tranziciju spola prate pravno-legislativni postupci. Pitanja koja se odnose na pravne aspekte promjene spola odnose se na uređenje pretpostavaka za promjenu spola, dostupnost medicinske zaštite pri promjeni spola, pravo na upis željenog imena te promjene podataka o spolu u državne matice, usklađivanje dokumenata s novim identitetom, mogućnost sklapanja braka sa željenom osobom. U našoj je zemlji problem transseksualnosti svakako zanemaren, a samo liječenje onemogućava nedostatak specijaliziranih timova endokrinologa, kirurga i psihijatar, nepostojanje zajedničkog stava struke o načinu procjene podobnih kandidata za promjenu spola, vremenu početka liječenja, te uopće specijaliziranih stručnjaka u tom području.

10.ZAHVALE

Zahvaljujem mentoru, prof.dr.sc. Draženu Begiću na njegovim sugestijama i na dostupnosti.

Zahvaljujem i svojoj obitelji bez koje bi moje studiranje bilo neostvarivo te dragim kolegama i prijateljima na podršci.

11.LITERATURA

1. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
2. Jokić-Begić N, Babić Čikaš A, Jurin T, Lučev E, Markanović D, Ručević S. Transseksualnost: Život u krivom tijelu? Liječnički Vjesnik 2008; 130: 237-247.
3. Jokić-Begić N. Psihosocijalne karakteristike transseksualnih osoba u Hrvatskoj. Socijalna psihijatrija 2008; 36: 116-124.
4. Rojnić Kuzman M, Medved V, Hotujac Lj. Transseksualizam – psihijatrijsko-klinička evaluacija – prikaz bolesnice. Socijalna psihijatrija 2005; 33: 158-164.
5. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. Revizija.Zagreb:Medicinska naklada 1994.
6. Blanchard R. Early History of the Concept of Autogynephilia. Archives of Sexual Behavior 2005; 34: 439-446.
7. Blanchard R. The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. Journal of Nervous and Mental Disease; 1989; 177, 616-623.
8. Blanchard, R. Typology of male-to-female transsexualism. Archives of Sexual Behavior 1985; 14: 247-261.
9. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4.izdanje (DSM-IV). Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
10. Standards of care for gender identity disorder. The World Professional Association fore Transgender Health (WPATH).www.wpath.org
11. Vujović S, Popović S, Sbutega-Milošević G, Đorđević M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: A Twenty-Year Follow-Up Study.2009; 6(4): 1018-1023.
12. Vujović S, Popović S. Finger length ratios in Serbian transsexuals. ScientificWorldJournal. 2014;2014:763563.

13. Radaković B. Interseksualizam. U: Šimunić V. i sur. Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak 2001.
14. Bancroft J. Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone Elsevier, 2009; 289-302
15. Dean J. Gender identity and related disorders. U Porst H, Reisman Y. The ESSM syllabus of sexual medicine. Medix 2012; 1011-1026
16. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995; 378:68-70
17. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2000; 85(5):2034-2041.
18. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ. The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. Journal of Sexual Medicine 2008; 5:1892-1897.
19. Moore E. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes and adverse effects. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88(8):3467-3473
20. Monstrey SJ. Surgical therapy in transsexual patients: a multidisciplinary approach. Acta Chir Belg 2001; 101(5):200-209
21. Fang RH, Chen TJ, Chen TH. Anatomic study of vaginal width in male-to-female transsexual surgery. Plast Reconstr Surg 2003; 112(2):511-514

12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 12.09.1986. u Šibeniku. 2001.g. završila sam Osnovnu školu „Primošten“.

2005.g. završila sam Gimnaziju Antuna Vrančića u Šibeniku i iste godine upisala Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu uz potporu MZOS-a. Aktivno se služim engleskim i talijanskim jezikom, a španjolski poznajem. U slobodno vrijeme bavim se trčanjem, plivanjem. Velika sam ljubiteljica 7. umjetnosti, poezije i životinja.