Pregled
Review

TRANSSEKSUALNOST: ŽIVOT U KRIVOM TIJELU?

TRANSSEXUALITY: LIVING IN A WRONG BODY?

NATAŠA JOKIĆ-BEGIĆ, ANA BABIĆ ČIKEŠ, TANJA JURIN, † EMIL LUČEV, DRAGANA MARKANOVIĆ, SILVIJA RUČEVIĆ*

Deskriptori: Transseksualnost – dijagnostika, klasifikacija, psihologija

Sažetak. Transseksualnost je trajni osjećaje nelagode i nepripadanja spolu u kojem je osoba rođena uz težnju da se živi i bude prihvaćen kao osoba suprotnog spola. Poremećaj se javlja u dječjoj i odrasloj dobi. Teško je procijeniti čestinu poremećaja, ali se može tvrditi da se u populaciji nalazi najmanje jedan transseksualni muškarac na 30 000 odraslih muškaraca i jedna transseksualna žena na 100 000 odraslih žena. Etiologija poremećaja još je nerazjašnjena, iako postoje naznake da bi transseksualnost mogla biti povezana s nestandardnom hormonalnom aktivnošću u prenatalnoj i kratkoj perinatalnoj fazi razvoja koja uvjetuje spolno »pogrešnu« mozgovnu organizaciju. Transseksualci se razlikuju s obzirom na biološki spol i rodni identitet (muško-u-žensko, žensko-u-muško), te s obzirom na seksualnu orijentaciju (homoseksualni i nehomoseksualni). Za većinu operiranih transseksualnih osoba operativna promjena spola je proces koji unaprjeđuje kvalitetu života. Pružanje pomoći transseksualnim osobama složen je posao koji zahtijeva suradnju stručnjaka za mentalno zdravlje (psihijatra, psihologa), endokrinologa i kirurga.

Descriptors: Transsexualism – diagnosis, classification, psychology

Summary. Transsexuality is a permanent feeling of uneasiness and non-affiliation to the gender in which a person was born, accompanied with a permanent striving to live and be accepted as a person of the opposite gender. The dysfunction appears in childhood and adult age. There is at least one transsexual male in 30.000 adult men and one transsexual female in 100.000 adult women. The aetiology of the dysfunction is still not elucidated, although there are hints connecting transsexuality with a non-standard hormonal activity in prenatal and short perinatal phase of development, which determines an erroneous sexual organization of the brain. Transsexuals differ with respect to biological gender and gender identity (male-to-female, female-to-male) as well as with respect to sexual orientation (homosexual and non-homosexual). For the majority of operated transsexuals the change of gender is a process which improves the quality of life and psychological health. Offering help to transsexuals is an exceptionally difficult task which demands cooperation of a mental health professional (psychiatrist, psychologist), endocrinologist and a surgeon.

Liječ Vjesn 2008;130:237–247

Transseksualnost je poremećaj koji karakterizira trajan i snažan subjektivni osjećaj pripadanja suprotnom spolu kod fenotipno, kromosomski i hormonalno zdravih osoba koje teže promjeni spola putem hormonalne terapije i kirurških zahvata.[1] Doživljaj »zarobljenosti u krivom tijelu« često je prisutan od najranijeg djetinjstva. Netransseksualnim osobama teško je shvatiti osjećaj »krivog tijela« jer je poimanje sebe kao muškarca ili žene toliko duboko usađeno u osobni identitet da najveći broj ljudi nikada ne sumnja u svoj spol. Transseksualci također bez sumnje znaju jesu li muškarci ili žene, ali pogled na vlastito tijelo i socijalna okolina govore suprotno. Pri tome se ne radi o shizofrenim osobama niti hermafroditima, već o pojedincima koji su najčešće izvrsno uklopljeni u društvo, obrazovani i bez dubljih psihopatoloških odstupanja. Većina ih se pokušava prilagoditi životu u ulozi biološkog spola, uz intenzivnu osobnu patnju. Napredak medicine koji je otvorio mogućnost operativne promjene spola zajedno s napretkom u hormonalnoj terapiji i sociokulturnom ozračju koje dopušta njihovu primjenu, omogućuje transseksualnim pojedincima ostvarenje željenog i usklađivanje tjelesnih karakteristika s rodnim identitetom, iako u medicinskoj i psihološkoj stručnoj javnosti još uvijek postoje podvojena mišljenja o opravdanosti tog postupka.

Subjektivni osjećaj nesklada između biološki određenog spola i osobnoga rodnog identiteta opisan je još u starom vijeku i poznat je u različitim kulturama. Povijesni izvori navode brojne primjere muškaraca koji su se oblačili ili živjeli kao žene i primjere žena koje su se oblačile ili živjele kao muškarci. Osim poznatih povijesnih ličnosti kao što je Ivana Orleanska, postoje brojni drugi primjeri žena koje su radile kao mornari ili su bile vojnici. U 17. i 18. stoljeću ovaj fenomen nije bio rijedak u Zapadnoj Europi te je gotovo 100 slučajeva prijavljeno samo u Nizozemskoj.[2,3] Retrospektivno se samo može nagađati o razlozima zbog kojih su se osobe odlučivale na život u ulozi drugog spola. Povijesni izvori navode na zaključak da su motivi muškaraca koji su se predstavljali kao žene bili vođeni seksualnim porivima, dok su žene koje su preuzimale muške uloge to činile radi moći i utjecaja koje takva uloga nosi sa sobom. Međutim, neke od žena su tijekom suđenja ili u svojim autobiografijama navodile želju i namjeru da promijene spol te bi po da-

* **Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu** (prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić, prof. psihologije; Tanja Jurin, prof. psihologije), **Katedra za psihologiju, Filozofski fakultet u Osijeku** (Ana Babić Čikeš, prof. psihologije; Dragana Markanović, prof. psihologije; mr. sc. Silvija Ručević, prof. psihologije), **Splošna bolnišnica Novo Mesto** († Emil Lučev, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. N. Jokić-Begić, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu, I. Lučića 3, 10000 Zagreb, e-mail: njbegic@ffzg.hr

Primljeno 13. travnja 2008., prihvaćeno 17. rujna 2008.

našnjim kriterijima vrlo vjerojatno bile dijagnosticirane kao transseksualne osobe.

Transseksualnost je prisutna u svim društvima, ali je različit način na koji je izražena i integrirana u pojedinim zemljama. Iako u većini zemalja prelaženje rodnih granica obično generira moralnu osudu više nego suosjećanje, u nekim kulturama postoje primjeri gdje ponašanja koja prelaze rodne granice nisu stigmatizirana.

U Indiji i Pakistanu muškarci koji se osjećaju i ponašaju kao žene, hijre, čine zasebnu kastu, odnosno religijski kult. U odrasloj dobi vlastitom se odlukom pridružuju hijrama i nakon pokusnog perioda dobivaju ženska imena i oblače se u žensku odjeću. Tradicionalno ne uzimaju spolne hormone za feminizaciju, ali se penis, skrotum i testisi amputiraju. Smatraju ih nekom vrstom »trećeg spola«. Hijre zarađuju za vlastiti život, često kao čuvari javnih kupelji, a redovito su prisutni (kao zabavljači i nositelji sreće) na svetkovinama prigodom rođenja muškog djeteta.

U Omanu muškarci koji žive kao žene nazivaju se xaniths, međutim, za razliku od hijra i dalje zadržavaju muška imena, nose odjeću koja nije isključivo niti ženska niti muška te šišaju kosu na srednju dužinu. Mogu sudjelovati u aktivnostima koje se smatraju isključivo ženskima, npr. ples, ali kao muškarci imaju pravo u javnost izlaziti bez pratnje. Nadalje, imaju pravo na samostalan život, biti zaposleni, pa čak raditi kao prostitutka (u društvu koje zabranjuje žensku prostituciju).

Još jedan kulturni oblik transseksualnosti jest berdache među američkim Indijancima koji ga nazivaju i alternativnim spolom. Radi se o muškarcima koji su u djetinjstvu pokazivali feminizirano ponašanje, a u odrasloj dobi počinju se oblačiti kao žena, obavljati »ženske« poslove, imati spolne odnose s muškarcima te ponekad živjeti kao berdache supruga. Imaju poseban status u društvu te predstavljaju uzor i muškarcima i ženama zbog postignute unutrašnje ravnoteže muškog i ženskog spola.[4]

Nadalje, u pojedinim dijelovima Balkana (Crna Gora, Kosovo, Albanija) zabilježeni su slučajevi žena koje su živjele kao muškarci, virdžina, tobelija ili zavjetovanih djevojaka, što je jedan oblik ženskog celibata kombiniranog s potpunom rodnom inverzijom. U svakodnevnom životu virdžine su nosile mušku odjeću i oružje, pušile duhan i kretale se u muškom društvu. U njihovu plemenu poštivali su ih kao »pravog« muškarca, odnosno, u javnom i privatnom običajnom pravu one su imale sve muške povlastice. Najčešći razlog zbog čega je djevojka postala virdžina jest što u obitelji nema muške djece, a prema starim plemenskim zakonima jedino su muškarci mogli nasljeđivati imovinu. U takvim obiteljima djevojčice su nakon rođenja proglašene za »sina« te su od malih nogu odgajane kao dječaci. Zavjet celibata, odnosno »prelazak« u drugi spol se nije davao javno zbog čega se često događalo da biološki spol djevojčice, virdžine, bude potpuno nepoznat za okolinu sve do njihove smrti.[5]

U većini društava, uz ranije spomenute izuzetke, transseksualnost se vidi kao anomalija,[6] koja se u razvijenim zemljama opisuje i tretira kao medicinski fenomen od sredine prošlog stoljeća.

Moderna dokumentirana povijest transseksualnosti i medicinske promjene spola započela je u Njemačkoj gdje je i obavljena prva operacija promjene spola na danskom umjetniku Einaru Wegeneru, koji je 1930. godine postao Lily Elbe. Osim odstranjenja penisa Einaru su presađeni jajnici i maternica. Operacija se pokazala fatalnom i Lili Elbe umire 1931. godine. Međutim, tek pričom o bivšem vojniku Georgu Jorgensenu koji je postao Christine Jorgensen, transseksualnost je dobila svjetski publicitet. Jorgensen, rođen i odgajan kao dječak, godinama se borio s neizdrživim porivom da živi kao žena. Kirurška promjena spola obavljena je u Danskoj. Davanjem medijskog publiciteta jedna osobna priča pretvorena je u masovnu senzaciju. Promjene spola i danas privlače pažnju medija, ali mnogo je važnija znanstvena i stručna pozornost koja se poklanja ovom fenomenu.

Liječnik Harry Benjamin, osobni prijatelj Christine Jorgensen, 1966. godine objavljuje knjigu »Transseksualni fenomen« koja opisuje prirodu stanja, razliku između transseksualaca i transvestita te rezultate liječenja hormonima i kirurškim zahvatom. Benjamin je olakšao život mnogim transseksualcima. Postavio je smjernice terapije i utemeljio udrugu Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, koja i danas određuje smjernice i standarde liječenja.[7]

Ideja da je biološki spol promjenjiv, da muški i ženski spol nisu isključive kategorije, da treba razlikovati spol (kao biološku odrednicu) i rod (kao sociokulturnu i psihološku sastavnicu), da maskulinost i femininost ne proizlaze direktno iz biološkog spola, znači velik pomak od tradicionalne misli prema kojoj su sva ponašanja, misli i osjećaji muškaraca i žena proizlazili iz biološkog spola.[8]

Danas su operacije promjene spola uobičajene u svim većim medicinskim centrima diljem svijeta. U literaturi se mogu naći rezultati brojnih istraživanja o etiologiji, epidemiologiji i uspješnosti tretmana osoba s poremećajem spolnog identiteta, na osnovi kojih su nastali detaljni protokoli dijagnostike i tretmana ovoga složenog psihofizičkog stanja.[8]

Cilj ovog rada je dati pregled spoznaja o transseksualnosti u okviru biopsihosocijalnog modela, kako bi se hrvatska stručna javnost senzibilizirala za ovu problematiku. U nastavku rada objasnit ćemo termine iz ovog područja, prikazati dijagnostičke kriterije za poremećaj spolnog identiteta, epidemiološke podatke, različite podtipove poremećaja, biološke spoznaje o etiologiji poremećaja, psihološke osobitosti ljudi s poremećajem spolnog identiteta, smjernice za dijagnostiku i tretman, te hrvatska iskustva.

Terminologija

Transseksualnost je složen poremećaj, a njegova se složenost očituje i u terminima koji se rabe kako bi se opisale biološke, psihološke i socijalne odrednice, te proces promjene spola.

Potrebno je razlikovati biološki spol i rodni identitet osobe. Suvremena znanost razlikuje pojam spola (engleski: sex) i roda (engleski: gender).

Spol se odnosi na biološke karakteristike s kojima je osoba rođena, a koja omogućuje binarnu kategorizaciju na muški odnosno ženski spol. Osnovu kategorizacije čine primarne spolne karakteristike (genitalije). Postoje vrlo rijetki slučajevi interseksualnosti (hermafroditizma), kada je dijete rođeno sa značajkama obaju spolova.

Rod je sociopsihološka kategorija koja uključuje individualni doživljaj pripadanja određenom spolu. Osoba subjektivno zna je li muško ili žensko (ili u vrlo rijetkom slučajevima oboje ili nijedno). Kod najvećeg broja ljudi rodni identitet sukladan je spolu u kojem je osoba rođena. U rijetkim se slučajevima dogodi da spolni i rodni identitet nisu sukladni. Osoba tada ima osjećaj da je »zarobljena u krivom tijelu«. U suvremenoj društvenoj znanosti razlikuju se transrodnost i transseksualnost. Pojam transrodnosti obuhvaća općenito osobe koje na različite načine nadilaze spolne i rodne uloge i identitete, dok se transseksualnost od-

nosi na osobe koje u svom transrodnom identitetu teže prema modifikaciji svog tijela, kako bi promijenile svoj spol. Transrodnost je društvena kategorija, a transseksualnost je stanje koje zahtijeva medicinsku skrb.

Treba pojasniti i činjenicu da je seksualna orijentacija odvojena karakteristika identiteta osobe. Seksualna orijentacija je emocionalna, seksualna, romantična privlačnost prema osobama drugog i/ili istog spola. Osobe mogu, ali i ne moraju, izražavati vlastitu seksualnu orijentaciju u svom seksualnom ponašanju. Svaka osoba, pa tako i transseksualna, može biti heteroseksualne, homoseksualne ili biseksualne orijentacije. U objašnjavanju seksualne orijentacije transseksualnih osoba dolazi do pojmovne zbrke. Naime, većina za okolinu djeluje homoseksualno (jer ih privlače pripadnici istog biološkog spola), iako se oni osjećaju heteroseksualno (jer govore o svom rodnom identitetu, dakle osjećaju se suprotno od vidljivoga biološkog spola). U literaturi se njihova seksualna orijentacija označava s obzirom na biološki spol.

Uz nesklad između spolnog i rodnog identiteta veže se veći broj pojmova: spolna disforija, transseksualnost, poremećaj spolnog identiteta.

Spolna disforija je trajni osjećaj nelagode i nepripadanja spolu u kojem je osoba rođena. Ovaj se osjećaj najčešće javlja rano u djetinjstvu, ali kod većine se takve djece tijekom odrastanja spolni i rodni identitet usklade. Istraživanja pokazuju da oko 23% djece koja su u djetinjstvu pokazivala simptome spolne disforije odraste u transseksualne odrasle.[5,9,10]

Za trajne osjećaje nelagode i nepripadanja spolu u kojem je osoba rođena uz stalnu težnju da živi i bude prihvaćena kao osoba suprotnog spola rabe se termini: transseksualnost ili poremećaj spolnog (rodnog) identiteta. Koji će se termin upotrijebiti, ovisi o dijagnostičkoj klasifikaciji koja se rabi. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija (MKB-10) rabi naziv transseksualnost, a Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, IV. izdanje (DSM-IV) rabi naziv poremećaj spolnog identiteta.

Dijagnostički kriteriji

Termin transseksualac/ka uveden je u profesionalnu i javnu upotrebu u pedesetim godinama 20. stoljeća kao način označavanja osobe koja teži ili stvarno živi u anatomski suprotnoj rodnoj ulozi, bez obzira na to je li uzimala hormone ili je izvršena operacija.[7] Dijagnoza transseksualizma uvedena je u Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, 3. revizija (DSM-III), 1980. godine, za rodno disforične pojedince koji su iskazivali najmanje dvije godine kontinuiranog interesa za transformaciju spola njihova tijela i njihova društvenoga rodnog statusa. Poremećaj rodnog identiteta javlja se već u dječjoj dobi. Djeca poremećenog rodnog identiteta ne prihvaćaju svoje genitalije i žive u uvjerenju da će se nekako, kako budu rasli, njihovi spolni organi promijeniti u one suprotnog spola.[10] Njihovo ponašanje ne pristaje spolnim stereotipima kulture u kojoj odrastaju. Inzistiraju na odijevanju u odjeću suprotnog spola, spontano odabiru igre koje su karakteristične za suprotni spol i tvrde da su suprotnog spola.

Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija (MKB-10)[11] razlikuje transseksualizam od transvestizma (potreba odijevanja u odjeću suprotnog spola, ali bez želje za promjenom spola), i poremećaja rodnog identiteta u djetinjstvu. U Tablici 1. nalaze se dijagnostički kriteriji za poremećaje prema MKB-10.

U DSM-a IV[12] 1994. godine umjesto termina transseksualizam uvodi se termin poremećaj spolnog identiteta. Ovisno o dobi razlikuje se poremećaj u djece i u odraslih. Dijagnostički kriteriji dvaju klasifikacijskih sustava bitno se ne razlikuju, osim što DSM-IV uvodi dodatne odrednice za seksualno zrele osobe koje se temelje na seksualnoj orijentaciji. Uz dijagnozu poremećaja spolnog identiteta treba odrediti postoji li: seksualna sklonost prema muškarcima, seksualna sklonost prema ženama, seksualna sklonost prema oba spola, seksualna sklonost ni prema jednom spolu.[12]

Diferencijalnodijagnostički transseksualizam u odrasloj dobi treba razlikovati od transvestitskog fetišizma i shizofrenije. Transvestitski fetišizam je poremećaj koji se javlja kod heteroseksualnih muškaraca za koje preoblačenje u žensku odjeću predstavlja sredstvo za postizanje seksualne uzbuđenosti i kod kojih nema želje za trajnom promjenom spola.[12]

U shizofreniji se vrlo rijetko javlja sumanuta ideja o pripadnosti drugom spolu, međutim tada postoje i drugi znakovi i simptomi (halucinacije, ideje odnosa) koji pomažu pri postavljanju prave dijagnoze. Katkada je shizofreniju teško dijagnosticirati u početnoj fazi, pogotovo u slučaju negativnih simptoma, te se stoga ideja o pripadnosti drugom spolu uvijek treba pažljivo razmotriti.

Psihologijska obrada, kao sastavni dio dijagnostičkog procesa, treba obuhvatiti procjenu kognitivnih sposobnosti, osobina ličnosti te intenziteta psihičkih smetnji, čime se poboljšava pouzdanost dijagnoze. Kod transseksualnih osoba koje su kandidati za promjenu spola ne bi trebalo biti psihopatoloških znakova na testovima, osim blago izraženih anksiozno-depresivnih simptoma koji su reaktivne prirode.

U dječjoj dobi poremećaj spolnog identiteta treba razlikovati od dječjeg ponašanja koje ne zadovoljava kulturalne stereotipe muškosti ili ženskosti. Djevojčice i dječaci se mogu ponašati u nesuglasju sa spolnim stereotipima kulture u kojoj odrastaju (primjerice, djevojčice koje uživaju u »muškim« sportovima, ili dječaci koji se igraju lutkama), ali dijagnozu poremećaja spolnog identiteta treba postaviti tek kada je sindrom prisutan u potpunosti.[12]

Kod djece i odraslih s poremećajem rodnog identiteta javljaju se i popratni psihički poremećaji koji su često rezultat socijalne izoliranosti i neprihvaćanja. Izolacija i izopćenje pridonose osjećaju manje vrijednosti, što se posebno često vidi kod dječaka, zbog netolerantnosti društva prema feminiziranom ponašanju dječaka. Stoga je moguća pojava anksioznih smetnji, depresije, a kod adolescenata je posebno visok rizik od suicida.[12] U odrasloj dobi također se često uočavaju simptomi depresije i anksioznosti.

Učestalost poremećaja u dječjoj i odrasloj dobi

Procjena apsolutnog broja transseksualnih osoba se u brojnim istraživanjima pokazala metodološki teškom. Ta procjena najčešće se temelji na broju onih koji su se prijavili za operaciju promjene spola. Međutim, broj osoba koje se prijavljuju za promjenu spola ovisi o socijalnoj i kulturnoj prihvaćenosti tog postupka, pravima koja transseksualna osoba ima nakon postupka i dostupnosti tretmana. I danas u mnogim zemljama ne postoje institucije kojima bi se transseksualne osobe mogle obratiti za medicinsku i/ili psihološku pomoć. Zbog još uvijek prisutne stigmatizacije transseksualne osobe se često odlučuju na tretman u zemljama u kojima ne postoji registar osoba koje su se podvrgle operaciji promjene spola ili se odlučuju za privatne klinike koje

Tablica – Table 1.

MKB-10 dijagnostički kriteriji za F64.0
Dijagnostički kriteriji prema MKB-10 klasifikaciji MKB-10 sada pruža pet dijagnoza za Poremećaje rodnog identiteta (F64):
/ ICD-10 diagnostic criteria for F64.0
Diagnostic criteria according to ICD-10 now offers five diagnoses for gender identity disorder (F.64):

Transseksualizam (F64.0) ima tri kriterija
/ **Transsexualism** (F64.0) has three criteria:

1. Želja da se živi i bude prihvaćen/a kao pripadnik/ca suprotnog spola, obično praćena željom da se tijelo što je moguće više uskladi s preferiranim spolom kirurškim zahvatom i hormonskim tretmanom / The desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by the wish to make his or her body as congruent as possible with the preferred sex through surgery and hormone treatment;
2. Transseksualni identitet je stalno prisutan najmanje dvije godine / The transsexual identity has been present persistently for at least two years;
3. Poremećaj nije simptom nekoga drugog mentalnog poremećaja ili kromosomske nepravilnosti. / The disorder is not a symptom of another mental disorder or a chromosomal abnormality.

Transvestizam dvostruke uloge (F64.1) ima tri kriterija
/ Dual-role transvestism (F64.1) has three criteria:

1. Pojedinac se oblači u odjeću suprotnog spola s ciljem da izrazi privremenu pripadnost suprotnom spolu / The individual wears clothes of the opposite sex in order to experience temporary membership in the opposite sex;
2. Nema seksualne motivacije za oblačenje u odjeću suprotnog spola / There is no sexual motivation for the cross-dressing;
3. Pojedinac/ka nema želju za trajnom promjenom u suprotni spol. /The individual has no desire for a permanent change to the opposite sex.

Poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu (64.2) ima posebne kriterije za djevojčice i dječake.
/ **Gender Identity Disorder of Childhood** (64.2) has separate criteria for girls and for the boys.

Za djevojčice / For girls:	Za dječake / For boys:
1. Pokazivanje trajne i snažne tjeskobe jer je djevojčica i izražava želju da bude dječak (ne samo želju za nekom kulturološkom prednošću dječaka) ili tvrdi da je dječak; / The individual shows persistent and intense distress about being a girl, and has a stated desire to be a boy (not merely a desire for any perceived cultural advantages to being a boy) or insists that she is a boy 2. Nešto od sljedećega mora biti prisutno / Either of the following must be present: a) Trajna izražena averzija prema normativnom ženskom odijevanju i inzistiranje na odijevanju stereotipno muške odjeće; / persistent marked aversion to normative feminine clothing and insistence on wearing stereotypical masculine clothing b) Trajno neprihvaćanje ženskih anatomskih struktura, koje se dokazuje najmanje jednim od sljedećega / persistent repudiation of female anatomical structures, as evidenced by at least one of the following: • Tvrdnja da ima ili da će joj narasti penis; / an assertion that she has, or will grow, a penis • Odbijanje uriniranja u sjedećem položaju; / rejection of urination in a sitting position • Tvrdnja da ne želi da joj narastu dojke ili da ima menstruaciju. / assertion that she does not want to grow breasts or menstruate 3. Djevojčica još nije u pubertetu / The girl has not yet reached puberty; 4. Poremećaj mora biti prisutan najmanje 6 mjeseci. / The disorder must have been present for at least 6 months	1. Pokazivanje trajne i snažne tjeskobe jer je dječak i izražava želju da bude djevojčica, ili rađe, tvrdi da je djevojčica; / The individual shows persistent and intense distress about being a boy, and has a desire to be a girl, or, more rarely, insists that he is a girl 2. Nešto od sljedećega mora biti prisutno / Either of the following must be present: a) Zaokupljenost stereotipno ženskim aktivnostima, koja se iskazuje sklonošću bilo odijevanju bilo simulaciji ženskog odijevanja, ili jakom željom za sudjelovanje u igrama i razonodi djevojčica i odbacivanje stereotipno muških igračaka, igara i aktivnosti; / preoccupation with stereotypic female activities, as shown by a preference for either cross-dressing or simulating female attire, or by an intense desire to participate in the games and pastimes of girls and rejection of stereotypical male boys, games, and activities b) Trajno neprihvaćanje muških anatomskih struktura, koje se dokazuje najmanje jednom od sljedećih tvrdnji koje se ponavljaju: / persistent repudiation of male anatomical structures, as evidenced by at least one of the following repeated assertions: • Tvrdnja da će odrastajući postati žena (ne samo u smislu uloge); / that he will grow up to become a woman (not merely in the role) • Da su njegov penis ili testisi odvratni ili da će nestati; / that his penis or testes are digusting or will disappear • Da bi bilo bolje da nema penis ili testise. / that it would be better not to have a penis or testes 3. Dječak još nije u pubertetu / The boy has not yet reached puberty; 4. Poremećaj mora biti prisutan najmanje 6 mjeseci. / The disorder must have been present for at least 6 months.

Ostali poremećaji rodnog identiteta (F64.8) nemaju specifičnih kriterija / **Other Gender Identity Disorders** (F64.8) has no specific criteria.
Poremećaj rodnog identiteta, neodređen (F64.9) nema specifičnih kriterija / **Gender Identity Disorder, Unspecified** (F64.9) has no specific criteria.

nisu dužne prijaviti operaciju promjene spola.[6,13,14] Zbog ranije navedenih razloga neki autori smatraju da procjena koja se temelji samo na broju osoba prijavljenih za operaciju promjene spola (ili onih koje su već prošle operaciju) podcjenjuje stvarni broj transseksualnih osoba u društvu.[6,14]

Gruba procjena učestalosti ovog poremećaja u dječjoj dobi može se dobiti iz pitanja »Biste li željeli biti suprotnog spola« koja se nalazi u Skalama procjene ponašanja djece od 6 do 18 godina Thomasa Achenbacha. Kod dječaka od 4 do 5 godina želja je bila prisutna kod 15% ispitanih, u dobi od 6 do 7 godina 2,7%, u skupini od 8 do 9 godina u 5,1%, a za one od 10 do 11 godina u 1,1%. Kod djevojčica nađene su ujednačenije vrijednosti, s najvišim postotkom želje od 8% u dobi od 9 godina.[15] Roditeljske procjene govore o mnogo češćem transseksualnom ponašanju djece. U istom istraživanju roditelji dječaka dobi od 4 do 5 godina izvještavaju o 16% onih kod kojih uočavaju transseksualna ponašanja. U ostalim dobnim skupinama roditelji uočavaju ponašanja koja nisu karakteristična za spol u 10% djece. Kod djevojčica prema procjenama roditelja nađeno je 19% slučajeva transseksualnog ponašanja u dobi od 4 do 5 godina, dok su se za ostale dobne skupine te procjene kretale od

Tablica 2. *Prisutnost transseksualizma u različitim zemljama – pregled istraživanja*
Table 2. *Transsexuality in different countries – review of investigations*

Zemlja Country	Istraživači i godina Investigators and year	M u Ž* M to F	Ž u M** F to M	Omjer M : Ž Ratio M : F
Australija Australia	Ross i sur. 1981.[16]	1 : 24 000	1 : 150 000	6,1 : 1
Belgija Belgium	De Cuypere i sur., 2007.[17]	1 : 12 900	1 : 33 000	2,4 : 1
Danska Denmark	Sorensen i Hertoft, 1982.[18]			3,6 : 1
Kanada Canada	Blanchard i sur., 1987.[19]			1,7 : 1
Nizozemska The Netherlands	Bakker i sur., 1993.[20]			2,5 : 1
Nizozemska The Netherlands	van Kesteren i sur.,1996.[3]	1 : 11 900	1 : 30 400	3 : 1
Norveška Norway	Harldsen i Dahl, 2000.[21]			1,1 : 1
Njemačka Germany	Weitze i Osburg, 1996[22]	1 : 32 000	1 : 94 000	2,3 : 1
Poljska Poland	Godlewski, 1988.[23]			1 : 5,5
Poljska Poland	Herman-Jeglinska i sur., 2002.[24]			1 : 5,4
SAD USA	Pauly, 1968.[25]	1 : 100 000	1 : 400 000	4 : 1
Singapur Singapore	Tsoi, 1988.[26]	1 : 9 000	1 : 27 000	3 : 1
Sjeverna Irska Northern Ireland	O'Gorman, 1982[27]	1 : 53 000		3 : 1
Srbija Serbia	Vujović i sur., 2008.[28]	1 : 110 000	1 : 105 000	1 : 1
Španjolska Spain	Gomez-Gil i sur., 2008.[29]	1 : 21 000	1 : 47 000	2,2 : 1
Švedska Sweden	Olsson i Moller [30]	1 : 37 000	1 : 103 000	2,8 : 1
Velika Britanija Great Britain	Hoenig i Kenna, 1974.[31]	1 : 34 000	1 : 108 000	3,2 : 1

* M u Ž/M to F – muško-u-žensko transseksualci/male-to-female transsexuals
** Ž u M/F to M – žensko-u-muško transseksualci/female-to-male transsexuals

9 do 14%.[15] No, rezultati ovih nekoliko istraživanja ne mogu se sa sigurnošću generalizirati na ukupnu populaciju.

U kliničkim uzorcima djece na jednu prijavljenu djevojčicu s ovim poremećajem dolazi pet dječaka.[12] Veća zastupljenost dječaka dijelom odražava činjenicu da je nemogućnost uklapanja u spolne stereotipe veće »ruglo« za dječake nego za djevojčice.

Samo četvrtina djece koja su u djetinjstvu pokazivala transseksualna doživljavanja ili ponašanja odrasti će u transseksualne osobe.[7,8] Još nema odgovora na pitanje koji su rizični čimbenici koji održavaju poremećaj do odrasle dobi, i još važnije, koji su to zaštitni čimbenici koji dovode do usklađivanja spolnog i rodnog identiteta. Vjerojatno odgojni postupci i odnos okoline imaju značajnu ulogu. Treba istaknuti da većina djece koja su pokazivala smetnje spolne disforije u djetinjstvu u odrasloj dobi pokazuje homoseksualnu orijentaciju.[10]

U literaturi se mogu naći deskriptivni podaci o učestalosti poremećaja u odrasloj dobi iz Australije, Belgije, Danske, Kanade, Nizozemske, Norveške, Njemačke, Poljske, Singapura, Sjedinjenih Američkih Država, Sjeverne Irske, Srbije, Španjolske Švedske i Velike Britanije (tablica 2). Procjene učestalosti razlikuju se kako među zemljama tako i među razdobljima kada je istraživanje provedeno, što upućuje na kulturalne čimbenike koji nesumnjivo igraju ulogu u spremnosti transseksualnih osoba da potraže pomoć. S velikom se vjerojatnošću može zaključiti da se u populaciji nalazi najmanje jedan transseksualni muškarac na 30 000 odraslih muškaraca i jedna transseksualna žena na 100 000 odraslih žena.[10] Učestalost je vjerojatno i veća.

Većina istraživanja nalazi da je učestalost MuŽ veća od ŽuM transseksualnosti, u omjeru 3:1 (tablica 1). U Poljskoj je, s druge strane, sustavno zabilježen veći broj ŽuM od MuŽ transseksualaca.[23,24] Nije jasno što je uzrok ovog aberantnog rezultata.

Podtipovi transseksualnosti

S obzirom na biološki spol i rodni identitet razlikujemo dva tipa transseksualnih osoba: muško-u-žensko (MuŽ, engl. MTF) i žensko-u-muško (ŽuM, engl. FTM). Prvo slovo određuje biološki spol, a zadnje rodni identitet, odnosno željeni spol.

Istraživanja pokazuju brojne razlike u psihološkim i socijalnim karakteristikama dvaju podtipova transseksualaca.[24,32–39] Općeniti je zaključak da su ŽuM transseksualne osobe emocionalno stabilnije i bolje prilagođene prije operacije promjene spola. ŽuM transseksualci u većoj mjeri nego MuŽ žive u stabilnim partnerskim vezama, i to većinom s partnericom ženskog spola.[36,40] Zadovoljniji su svojim emocionalnim vezama,[40] koje prema istraživanju traju duže vrijeme prije početka intervencija promjene spola i imaju obilježja uobičajene heteroseksualne veze.[36] ŽuM transseksualci su obično prihvaćeni u potpunosti od svojih partneri-

ca kao osobe muškog spola i zbog toga operativnu promjenu spola prihvaćaju prirodnije od MuŽ transseksualaca.

Abramowitzev (1986)[41] pregled istraživanja pokazao je da operativna promjena spola dovodi do poboljšanja društvene prilagođenosti transseksualnih osoba, s tim da su žene transseksualci koje su promijenile spol u muškarca imale nešto više uspjeha u društvu od muškaraca koji su postali žene. ŽuM transseksualci su manje zadovoljni operacijom, ali su nakon operacije jednako dobro prilagođeni kao i MuŽ.[35] Kod MuŽ transseksualaca nakon procesa promjene spola dolazi do pozitivnih promjena u psihološkoj prilagodbi, odnosno nakon operacije su jednako dobro prilagođeni kao i ŽuM transseksualci.[42–44]

Zaključno, kod MuŽ transseksualaca nakon operacije promjene spola dolazi do bolje prilagodbe. Mogli bismo reći da ŽuM transseksualci, s druge strane, kvalitetnim odnosima s partnerima i socijalnom okolinom kompenziraju teškoće koje imaju tijekom i nakon kirurškog zahvata i zadržavaju razinu dobre prilagodbe.

S obzirom na seksualnu orijentaciju razlikuju se transseksualne osobe homoseksualne i nehomoseksualne orijentacije (podsjetimo, seksualna orijentacija označava se s obzirom na biološki spol). Istraživanja pokazuju da se među homoseksualnim i nehemoseksualnim transseksualcima uočavaju bitne razlike kako u uzrocima poremećaja tako i u manifestaciji, prilagodbi i ishodima liječenja.[19,32] Transseksualci različite seksualne orijentacije imaju različito transseksualno iskustvo i unatoč jednakoj razini spolne disforije koju doživljavaju, na različit se način s njom suočavaju.[19]

Uzmemo li zajedno kriterije smjera željene promjene spola i seksualne orijentacije, tada se razlikuju sljedeći podtipovi:

1. Homoseksualni MuŽ transseksualci. Oko polovice MuŽ transseksualaca pripada ovom podtipu.[45] Ova skupina izvještava o intenzivnoj spolnoj disforiji u djetinjstvu, želji za promjenom spola u mlađoj dobi, imaju uvjerljiviji izgled suprotnog spola i psihološki bolje funkcioniraju od heteroseksualnih transseksualaca. Osim toga, manje njih se oženilo i rjeđe osjećaju seksualno uzbuđenje prilikom oblačenja ženske odjeće.[32] Većina ih je prije obraćanja za stručnu pomoć živjela kao homoseksualci, ali time su bili nezadovoljni jer žele privući muškarca kao žena. Osim toga, njih seksualno privlače heteroseksualni muškarci, oni prema homoseksualnim muškarcima osjećaju odbojnost. Kada promijene spol, žele imati »normalnu« heteroseksualnu vezu. Nakon promjene spola zadovoljniji su ishodom i izvještavaju o boljoj kvaliteti života nego skupina heteroseksualnih MuŽ transseksualaca.[32]
2. Homoseksualni ŽuM transseksualci. Pokazuju iste osobine i obrasce ponašanja kao prethodna skupina, samo suprotnog »spolnog predznaka«: muškobanjaste djevojčice koje od ranog djetinjstva žele postati dječaci, privlače ih žene, u odrasloj dobi pokušavaju imati lezbijske veze, ali one ih ne zadovoljavaju jer žele biti voljene kao muškarci. Izvještavaju o nekonformnosti u djetinjstvu, preferiraju ženstvene partnerice, doživljavaju više seksualnu nego emocionalnu ljubomoru, seksualno su asertivne, imaju više seksualnih partnera, imaju želju za faloplastikom i veći interes za vizualne seksualne podražaje.[46]
3. Nehomoseksualni MuŽ transseksualci. Oko polovice MuŽ osoba pripada ovoj skupini koja ima različit razvitak transseksualnosti: Kao djeca ne pokazuju ženske karakteristike, seksualno ih privlače žene, ali u odrasloj dobi imaju snažnu potrebu zamišljanja sebe kao žene, uz potrebu života u ženskoj ulozi. Često su oženjeni, ali su nezadovoljni u braku jer žele sa svojom partnericom živjeti u lezbijskoj vezi. U ovoj skupini ima više psihopatoloških odstupanja te češće iskazuju nezadovoljstvo i žaljenje nakon operacije.[47]
4. Nehomoseksualni ŽuM transseksualci. Ova je kombinacija vrlo rijetka. U istraživanju Colemana i suradnika[48] pratili su 9 ŽuM transseksualaca koje su privlačili muškarci te došli do zaključka da su nakon operacije ostvarili zadovoljavajuće odnose s muškim homoseksualcima i da se u usporedbi s tom skupinom muškaraca nisu razlikovali u seksualnom zadovoljstvu i psihološkoj prilagodbi.

Kako bi razlikovao homoseksualne od nehomoseksualnih transseksualaca, kanadski je psiholog Ray Blanchard[47] krajem osamdesetih godina predložio hipotezu o autoginefiliji. Za razliku od transseksualnih osoba čija se spolnoj disforija počela manifestirati u djetinjstvu, Blanchard smatra da je kod druge skupine riječ o specifičnoj seksualnoj preferenciji. Prema njegovu sudu, autoginefilične transseksualce, koji su u pravilu muškog spola, seksualno uzbuđuje preoblikovanje – ili, točnije, feminizacija – vlastitoga tijela. Promjena je, dakle, seksualno, a ne spolno motivirana. Čini se da su homoseksualni i nehomoseksualni transseksualci dvije različite skupine koje na takav način treba i tretirati, kako u istraživanjima tako i u kliničkom radu.

Neurobiologija transseksualnosti

Da je utjecaj bioloških čimbenika u razvoju transseksualnosti najveći, pokazuju činjenice kako je taj poremećaj prisutan u svim kulturama i društvima s gotovo istom prevalencijom kao i omjerom muških i ženskih transseksualnih osoba.[7] Na biološku podlogu poremećaja upućuje i činjenica da se kod velikog broja transseksualnih pojedinaca razvijanje suprotnog spolnog identiteta u odnosu na biološki spol odvijalo u ranom djetinjstvu.[33,49,50]

Neurobiološka istraživanja etiologije transseksualnosti usmjerena su k nekoliko područja: istraživanja genetike, hormonalnog utjecaja te anatomskih razlika.

Genetika

Unatoč tomu što je većina transseksualnih osoba kromosomski normalna (tj. 44 XX ŽuM, 44 XY MuŽ), postoje slučajevi u kojima se kromosomska abnormalnost javlja zajedno s transseksualizmom.[51] U studiji u kojoj je ispitano 30 MuŽ i 31 ŽuM transseksualna osoba u kojoj su napravljene potpune molekularnocitogenetske pretrage nađeno je da genske aberacije na kromosomima nisu povezane s transseksualnošću.[52]

Studije koje se bave bihevioralnom genetikom pokazuju da poremećaj spolnog identiteta ima značajnu hereditarnu komponentu.[53] Jedno od važnih istraživanja proveli su Henningsson i sur. 2005.[54] tražeći uzrok transseksualizma u receptorima androgenih hormona (ARs), aromatima (AR) i receptorima estrogena (ERs). Podaci sugeriraju da dugi aleli ERs-gena povećavaju suspektnost na transseksualizam, a da specifična kombinacija ovih triju skupina gena (ERs, AR i ARs) može znatno utjecati na razvoj muškog u ženski spolni identitet.

Hormonalni utjecaj

Spolnu diferencijaciju (formiranje unutarnjih i vanjskih spolnih organa i spolnih žlijezda) prate i promjene na moz-

gu.[55,56] Ovaj se proces naziva organizacija ili instalacija mozga, a svrha mu je pripremiti živčani sustav za buduće seksualno i neseksualno ponašanje koje će biti usklađeno sa spolom i aktivirao hormonima u pubertetu.[56]

U djevojčica koje su prenatalno izložene velikim količinama androgenih hormona (kao što su djevojčice s kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom – KAH) nešto se češće razvija poremećaj spolnog identiteta nego zdrave žene[57] te pokazuju atipična ponašanja vezana za spolnu ulogu.[58–60] No, najveći broj djevojčica kod kojih je pri rođenju dijagnosticiran KAH imaju rodni identitet u skladu s genskim spolom.[58]

Animalne studije također su uvelike pridonijele razvoju nove hipoteze o utjecaju gonadalnih steroidnih hormona na prenatalnu i perinatalnu spolnu diferencijaciju mozga. U skladu s tom pretpostavkom očekuje se da će doći do porasta razine luteinizacijskog hormona (LH) nakon povećanja razine estrogena kod transseksualnih muškaraca (MuŽ). Taj povratni utjecaj estrogena na LH objašnjava se neuravnoteženim prenatalnim izlaganjem ženskim (steroidnim) hormonima. Kod transseksualnih žena (ŽuM) očekuje se upravo suprotan efekt. Ovi su rezultati dobiveni u istraživanjima na suphumanim vrstama, no njihovo repliciranje nije potvrđeno u istraživanjima ljudi.[61,62] Jednako tako nije dobivena ni povezanost intrauterinog izlaganja progesteronskim i estrogenskim hormonima (s antiandrogenim kvalitetama) s razvojem transseksualizma.[63]

Postoje podaci koji upućuju na povećanu razinu androgenih hormona, kao i veći omjer prisutnosti policističnih ovarija (PCOS) kod netretiranih transseksualnih žena u odnosu na kontrolnu skupinu.[28,64–66] Gooren[62] (1990.), s druge strane, nije pronašao razlike u razini muških hormona kod transseksualnih žena u odnosu na kontrolnu skupinu.

Hipoteza o omjeru dužine drugog i četvrtog prsta ruke kao jedan od znakova utjecaja prenatalnih androgenih hormona, prvi put je postavljena 1998.[67] Pokazano je da se omjer između drugog i četvrtog prsta ruke razlikuje između muškaraca i žena. Odrasli muškarci imaju duži četvrti prst od drugoga što omjer dužine tih dvaju prsta čini manjim u odnosu na žene, kod kojih je četvrti prst po svojoj dužini sličan drugomu (omjer je gotovo 1). Taj bi omjer, pod prenatalnim utjecajem testosterona, bio drugačiji u transseksualnih osoba. To bi bio indirektan znak povezanosti prenatalnih androgena i transseksualizma.[68] Ovo pokazuje da se muške transseksualne osobe značajno razlikuju s obzirom na omjer dužine drugog i četvrtog prsta u odnosu na kontrolnu skupinu muškaraca, i to u smjeru manjeg omjera koji se pak značajno nije razlikovao od netransseksualnih žena. S druge strane, nije pronađena nikakva razlika između transseksualnih (ŽuM) i netransseksualnih žena u omjeru dužine drugog i četvrtog prsta.

Neuroanatomske osobitosti

Istraživanja na životinjama dokazuju da prisutnost ili odsutnost testosterona u razdoblju spolne diferencijacije mozga ima značajan utjecaj na morfologiju pojedinih mozgovnih jezgri.[69] Strukture odgovorne za spolnu diferencijaciju mozga su hipotalamus, septum, bed nucleus strie terminalis (BTSc) te preoptičko područje i amigdala, a po svojoj morfologiji značajno se razlikuju kod muškaraca i žena.[70, 71] Muškarci i žene razlikuju se prema veličini i broju živčanih stanica u BTSc.[55,70,72] Kod transseksualnih muškaraca (MuŽ) veličina tih struktura jednaka je kao i kod kontrolne skupine žena, dok je kod transseksualnih žena (ŽuM) ona slične veličine kao kod kontrolne skupine muškaraca.[55,56,72] Ovi nalazi podupiru sve češće prihvaćenu hipotezu da je transseksualnost biološki uvjetovana poremećajem u spolnoj diferencijaciji mozga.

Odgojni utjecaji

Poremećaj spolnog identiteta u dječjoj dobi mnogo je češći nego što je to u odrasloj dobi, što nameće zaključak o mogućim odgojnim i socijalizacijskim utjecajima. Psihodinamski orijentirani teoretičari smatraju da se radi o poremećaju u identifikaciji djeteta s roditeljem istog spola zbog njegove tjelesne ili emocionalne odsutnosti. Bihevioralni teoretičari su mišljenja da do poremećaja dolazi zbog neadekvatnoga spolnog usmjerenja kako kod dječaka tako i kod djevojčica. U jednom longitudinalnom istraživanju[73] zapaženo je da se ohrabrivanje i poticanje ponašanja suprotnog spola negativno odražava na usklađivanje spolne i rodne uloge.

Psihologija transseksualnosti

Iako obje klasifikacije poremećaja (DSM-IV i MKB-10) svrstavaju transseksualnost u psihičke poremećaje, o ispravnosti takve klasifikacije postoje dvojbe. Da bi bilo koji poremećaj bio kvalificiran kao mentalni poremećaj, obrazac ponašanja mora rezultirati značajnim nedostatkom u prilagodbi osobe ili uzrokovati osobnu duševnu patnju. Oba kriterija su dvojbena kod transseksualnih pojedinaca: najčešće se radi o socijalno dobro prilagođenim osobama, koje imaju visok stupanj osobne patnje, ali ona prestaje promjenom spola.

Transseksualne osobe dugo su smatrane psihički teško poremećenima. Psihoanalitičko učenje, koje je do 60-ih godina prošlog stoljeća bilo dominantno u psihijatriji, smatralo je transseksualnost dubokim poremećajem koji ima karakteristike psihotičnog.[10] Etiologiju poremećaja psihoanalitičari vide u ranim odnosima s roditeljima.[10] Međutim, takva promišljanja nisu bila utemeljena na empirijskim dokazima, a i prva su istraživanja uglavnom bila opterećena ozbiljnim metodološkim nedostacima,[74] poput vrlo malog broja ispitanika, pristranosti pri njihovu odabiru, nepostojanja kontrolnih skupina itd.

U novijim istraživanjima, koja su metodološki pažljivije provedena, nisu uočena značajnija psihopatološka odstupanja koja bi se javljala u okviru transseksualnosti.[21,75–78] Transseksualni pacijenti kojima je odobrena operativna promjena spola iskazuju vrlo malo psihopatologije i prije i poslije tretmana.[21] Moguće je da su takvi rezultati dobiveni zbog strogih kriterija za operativnu promjenu spola, koji isključuju transseksualne osobe s težim psihičkim poremećajima.

Zanimljivi su nalazi ispitivanja kognitivnih sposobnosti kod transseksualaca. Lothstein (1984)[43] tvrdi da su na testovima kognitivnih sposobnosti transseksualne osobe uglavnom postizale iznadprosječne rezultate, a način na koji su rezonirale smatrao se karakterističnim za žene. Novija istraživanja kognitivnih sposobnosti transseksualnih osoba usmjeravaju se na odnos između različitih kognitivnih funkcija i hormonalnog statusa ispitanika. Cohen-Kettenis, van Goozen, Doorn i Gooren (1998)[79] provjeravali su je li kognitivno funkcioniranje transseksualnih osoba (prije početka hormonalne terapije) kongruentno s funkcioniranjem karakterističnim za njihov biološki spol ili pak rodni identitet. Učinak obiju skupina transseksualnih osoba (MuŽ i ŽuM) bio je različit od onoga kakav se očekivao s obzirom na njihov biološki spol. Slabbekoorn i sur. (1999)[80] izvještavaju

da se tijekom jedne i pol godine apliciranja androgenih hormona kod ženskih transseksualnih osoba poboljšavaju spacijalne sposobnosti, bez pogoršanja verbalnih. S druge strane, estrogenska terapija kod muških transseksualnih osoba nije imala nikakvog učinka na postojeće spacijalne i verbalne sposobnosti. Muške transseksualne osobe[81] koje uzimaju estrogensku terapiju postižu značajno bolje rezultate u zadacima verbalnog pamćenja nego slična kontrolna skupina koja još nije započela s hormonalnom terapijom. Međutim, u novom istraživanju ova skupina autora nije uspjela ponoviti dobivene rezultate.[81]

Jedan od važnijih istraživačkih zadataka u području transseksualnosti svakako je i identificiranje čimbenika koji koreliraju s pozitivnim odnosno negativnim posljedicama operativne promjene spola. Najboljim prediktorima postoperativne prilagodbe pokazuju se: emocionalna stabilnost, uspješna prilagodba na novu ulogu u razdoblju od barem jedne godine, razumijevanje ograničenja i posljedica operacije te psihoterapija u kontekstu novouspostavljenog spolnog identiteta.[44] Rani početak poremećaja, manjak seksualne uzbuđenosti prilikom preoblačenja u odjeću tipičnu za suprotni spol, homoseksualna orijentacija te slaba seksualna aktivnost čimbenici su koje bi pri odabiru kandidata za operaciju trebalo uzeti u obzir prije nego dijagnostičke kriterije za poremećaj.[44]

Proces promjene spola (tranzicija) – tijek i ishod

U razvijenim zemljama problemu transseksualnosti pristupa se vrlo ozbiljno, po detaljno propisanoj proceduri propisanoj prema Standardima skrbi za poremećaje rodnog identiteta, šesta verzija (Standars of care – The World Professional Association for Transgender Health (WPATH),[7] u specijaliziranim centrima u kojima su zaposleni stručnjaci različitih profila. Standarde je moguće naći i na hrvatskom jeziku na stranicama WPATH-a (www.wpath.org), no u Hrvatskoj ne postoji obaveza liječnika i ostalih stručnjaka o slijeđenju jasnog protokola prema kojem bi se postupalo nakon što se dijagnosticira poremećaj.

Prema Standardima skrbi za poremećaje rodnog identiteta[7] nakon dijagnoze pristupa se savjetovanju i psihoterapiji. Psihoterapija često pruža edukaciju o rasponu opcija koje se nalaze pred osobom. Tijekom psihoterapije utvrđuju se realni životni ciljevi vezani za posao i odnose, provodi se psihoedukacija i uključuje u grupu transseksualnih osoba kako bi se na tuđim iskustvima stekao realniji uvid u teškoće koje sa sobom donosi promjena spola. Uobičajena inozemna praksa jest da psihoterapija traje oko godinu dana, iako se preporučuje individualna procjena trajanja psihoterapije.[82] Treba naglasiti da cilj psihoterapije nije »liječenje« od transseksualnosti jer ne postoje empirijski dokazi koji bi pokazali da su psihijatrijske, psihofarmakološke i psihološke intervencije bitno utjecale na transseksualne porive ili rodni identitet.

Tijekom procesa psihoterapije stanoviti broj pažljivo dijagnosticiranih pojedinaca odustaje od tranzicije. Neka inozemna iskustva govore o trećini transseksualca koji u ovoj fazi odustaju od bilo kakvog daljnjeg medicinskog tretmana[32] te o 10% osoba koje su odustale nakon endokrinološke terapije, a prije kirurškog zahvata.[28]

Ako osoba zadovoljava uvjete za promjenu spola, a nakon psihoterapije i dalje snažno želi promjenu spola, tada se podvrgava širokom spektru medicinskih intervencija. Kako je određen broj tih intervencija ireverzibilan, procedura zahtijeva da osoba bude podvrgnuta tzv. iskustvu stvarnog života. Ono uključuje zakonsku promjenu imena u skladu sa željenim spolom, radno ili akademsko funkcioniranje kao pripadnik željenog spola, neki drugi oblik dobrovoljnog funkcioniranja u zajednici. Bez ovog iskustva transseksualna osoba poznaje jedino svoja osobna uvjerenja i fantazije o pripadnosti drugom spolu. Uvjerenja i maštanja mogu biti nerealna i dovesti do nerealnih očekivanja o čarobnom životu u novom spolu. Ovakvo iskustvo suočava osobu s realnim problemima s kojima će se susretati na putu tranzicije. Iskustvo stvarnog života (1 do 2 godine) testira odlučnost osobe, njezinu sposobnost da funkcionira u željenom rodu i adekvatnost socijalne, ekonomske i psihološke potpore.[7] Reakcije obitelji i okoline posebno su stresogene, jer su često obilježene nevjericom, odbijanjem prihvaćanja novog identiteta osobe, pa čak i potpunim odvajanjem. Stanoviti broj ljudi u ovom razdoblju odustaje od cijelog procesa. Ako je osoba i dalje odlučna promijeniti spol, tada se pristupa kirurškim zahvatima.

Muškim transseksualnim osobama daje se estrogenska terapija dva do tri puta jača od one koja se daje ženama u postmenopauzi.[1] Osim estrogena, provodi se i terapija progesteronom. Nakon kirurškog zahvata odstranjivanja spolnih žlijezda-testisa (gonadektomije, orhidektomije) smanjuje se količina ženskih hormona. Učinci hormona najčešće rezultiraju rastom dojki, preraspodjelom masnog tkiva u smjeru ženske tjelesne građe, smanjenjem snage gornjeg dijela tijela, mekšanjem kože, smanjenjem tjelesne dlakavosti, usporavanjem ili zaustavljanjem gubitka kose, smanjenjem plodnosti i veličine testisa i oslabljenom erekcijom.[1, 83, 84] Većina ovih promjena je povratna ako se prekine hormonalna terapija; stoga je terapija hormonima doživotna.[83] Osim hormonalne terapije muške transseksualne osobe podvrgavaju se penektomiji (odstranjivanju penisa) i oblikovanju vagine, klitorisa i stidnih usana. Osim ovih zahvata nerijetko se kirurški odstranjuje Adamova jabučica, smanjuju kosti lica i sl.

Tranzicija iz ženskog u muški spol uključuje endokrinološku terapiju testosteronom. Biološke žene tretirane testosteronom doživljavaju sljedeće biološke promjene: produbljenje glasa, blago smanjenje dojki, smanjenje masnog tkiva na bokovima, povećanje tjelesne dlakavosti, povećanje klitorisa, muški obrazac ćelavosti. Također se javlja i povećanje snage gornjeg dijela tijela, ali i tjelesne mase općenito; javlja se pojačan seksualni interes i želja.[83,84] Od kirurških intervencija transseksualne žene se podvrgavaju obostranoj mastektomiji (odstranjivanju dojki), ovarektomiji / histerektomiji (odstranjivanju ženskih spolnih žlijezda – ovarija i maternice) te u konačnici faloplastici (oblikovanju mošnji, mokraćne cijevi, ugradnji proteza testisa i oblikovanje penisa). Drugi zahvati koji se mogu učiniti odnose se na liposukciju masnog tkiva bedara, stražnjice i bokova.

Razvoj endokrinologije, kirurgije i drugih medicinskih grana nužnih za ostvarenje spolne tranzicije posljednjih je godina značajan. Vaginoplastika i faloplastika unaprijeđene su do mjere da su novi spolni organi ne samo adekvatnog anatomskog izgleda već se procjenjuju seksualno osjetljivima i funkcionalnima.[50]

Nakon završene tranzicije, osoba i dalje treba imati psihološku potporu stručnjaka za mentalno zdravlje kako bi se što lakše prilagodila na život u novoj spolnoj ulozi.[7] Kontakt s psihoterapeutom tijekom svih razdoblja tranzicije, ali i kasnije tijekom života vrlo je bitan, jer se često radi o jedinoj osobi s kojom se otvoreno može raspravljati o svim nedoumicama i problemima koji će se neizbježno pojaviti.

U prijelaznom periodu, prije same operacije, transseksualne osobe navode da su im najveći problemi usamljenost

(transseksualne žene često su usamljenije od transseksualnih muškaraca, jer je stanje u kojem se nalaze još neuobičajenije), otuđenost od šire zajednice i obitelji, depresivnost, anksioznost i strah da će njihov pravi identitet biti otkriven, pogotovo na poslu.[85] Stoga se u protokolu tranzicije (postupka promjene spola) preporučuje obavezna psihoterapijska skrb u trajanju od godinu dana. Novija istraživanja dovode u pitanje svrhovitost obavezne psihoterapije u trajanju od godine dana. U nedavno objavljenom istraživanju[82] koje je obuhvatilo 430 transseksualnih osoba liječenih zadnjih 20 godina u jednoj specijaliziranoj ustanovi u Njemačkoj sugerira se individualna procjena dužine i vrste psihoterapijskog postupka.

Transseksualne osobe postaju emocionalno stabilnije nakon što u prijelaznom razdoblju preuzmu željenu spolnu ulogu, a osobito nakon hormonalne terapije i kirurških intervencija.[43] Mate-Kole i suradnici (1990)[86] proveli su na uzorku od 40 pacijenata prvu kontroliranu studiju psihosocijalnih učinaka operativne promjene spola. Skupina operiranih pacijenata je nakon dvije godine praćenja iskazivala značajno manje neurotizma i više socijalnih i seksualnih aktivnosti nego skupina koja je tijekom dviju godina bila na listi čekanja. Istraživanja konzistentno pokazuju kako osobe koje su prošle čitav proces tranzicije izražavaju zadovoljstvo učinjenim[87] (Snaith, 1990), gotovo uopće ne izražavaju žaljenje[28] i općenito pokazuju poboljšanje u kvaliteti života.[44,86,88,89]

Neka istraživanja ipak govore o 1–2% osoba koje smatraju da je operacija bila pogrešna odluka.[90] Uglavnom se radi o heteroseksualnim MuŽ transseksualcima, s kasnom manifestacijom spolne disforije koja nije postojala u djetinjstvu. Kod nekih se radi o nezadovoljstvu izgledom ili ograničenim društvenim prilikama. Stoga je važnost interdisciplinarnog pristupa u odabiru podobnih za kirurški zahvat te testiranja stvarnog života (period kad počinje hormonsko liječenje te se od pacijenata zahtijeva potpuno društveno življenje kao osoba suprotnog spola) neizmjerna.

Transseksualnost – hrvatska iskustva

U RH nema timova koji bi se na sustavan način bavili razmatranjem etioloških čimbenika, dijagnostikom i tretmanom ovog iznimno složenog poremećaja. Iskustva koja imamo su sporadična, a stručnjaci koji se susreću s transseksualnim osobama su malobrojni i samo neformalno povezani. Najčešće ih povežu upravo transseksualne osobe koje se međusobno informiraju (putem interneta) i na taj način dolaze u kontakt sa stručnjacima koji, uvjetno rečeno, nešto više znaju o ovom poremećaju. Kod nas ne postoje prihvaćeni standardi koji bi regulirali dijagnostiku, terapiju, etička i pravna pitanja i pomogli kako stručnjacima tako i samim pacijentima oko pružanja i organiziranja skrbi. Pacijenti su prepušteni sami sebi, odnosno stavovima liječnika s kojima dođu u kontakt. Većina pacijenata je stoga u izolaciji, ne javlja se po pomoć ili odlazi u inozemne centre (najčešće u Srbiju i Sloveniju).

Stoga se ne može dati nikakav pouzdani podatak o broju transseksualnih osoba u populaciji, no pratimo li inozemne podatke o prevalenciji, možemo pretpostaviti da u Hrvatskoj ima najmanje 60 bioloških muškaraca i 20 bioloških žena koji se suočavaju s ovim stanjem.

Naša iskustva u radu s 15-ak transseksualnih osoba[91] govore da se za psihološku pomoć obraćaju uglavnom psiholozima i psihijatrima u Hrvatskoj. Hormone vrlo često naručuju preko interneta, što je sukladno s nekim inozemnim nalazima, ali uglavnom iz mediteranskih zemalja u kojima je odnos prema transseksualnosti vjerojatno negativniji nego što je na zapadu.[41] Ovaj trend uzimanja hormona bez kontrole liječnika iznimno je štetan i govori o potrebi povećanja znanja i promjeni stavova prema ovom poremećaju. Ako se transseksualne osobe odluče uzimati hormone pod liječničkim nadzorom, tada se najčešće odlučuju za endokrinologe u Hrvatskoj.

Transseksualne osobe u Hrvatskoj ne provode »iskustvo stvarnog života« jer u nas ne postoji protokol tranzicije, niti postoji regulativa koja bi omogućila promjenu imena i ostvarivanja ostalih prava. Teško je zamisliti kako bi, primjerice, reagirali poslodavci kada bi osoba došla preobučena u suprotni spol i inzistirala na obraćanju u drugom rodu. Iako inozemna iskustva govore o nužnosti »stvarnog života« u trajanju od godine dana kako bi se osoba prilagodila na novu socijalnu ulogu, u našim bi uvjetima to gotovo sigurno dovelo do dodatne stigmatizacije koja bi bila posebno izražena u manjim sredinama.

Najviše poteškoća transseksualne osobe doživljavaju pri organizaciji kirurškog zahvata. Manji broj njih je operiran u Hrvatskoj (i tada je često prekršena diskrecija te su podaci o operaciji osvanuli na naslovnim stranicama), a većina ih se odluči za operaciju u inozemstvu.

Naša iskustva govore da najveći broj odustaje od promjene spola,[91] odnosno pronađu manje ili više zadovoljavajuće, učinkovite načine života koji ne uključuju kirurški zahvat. Pretpostavljamo da je ovakav ishod uvjetovan nedostupnošću adekvatne medicinske skrbi u Hrvatskoj, neriješenom pravnom problematikom, negativnim stavom opće populacije, ali i zdravstvenih djelatnika prema ljudima s ovim poremećajem. Mišljenja smo da je nužno organizirati interdisciplinarni tim stručnjaka koji bi provodio sustavnu psihološku i medicinsku skrb nad ovom populacijom pacijenata u skladu sa znanstvenim nalazima i međunarodnim medicinskim standardima koji su prihvaćeni u razvijenim zemljama. Pri tome treba podizati razinu znanja o transseksualnosti, kako stručnjaka tako i opće populacije, jer je visoka razina znanja najbolji put prema pružanju adekvatne pomoći.

Zaključak

Transseksualnost je složeno stanje koje je etiološki još uvijek nerazjašnjeno. Pojedincima pogođenima ovim poremećajem svakako treba pružiti pomoć u skladu sa suvremenim znanstvenim spoznajama i stručnim standardima. Dosadašnja praksa u nas je da su dijagnoze i upute koje je pacijent dobio više ovisile o stavovima i predrasudama liječnika i ostalih stručnjaka nego što su bile osnovane na znanju o poremećaju. Transseksualne osobe su vrlo često psihički traumatizirane već od ranog djetinjstva, jer su izložene ruglu vršnjaka, kritikama obitelji, neprihvaćanju od socijalne okoline. Kada se napokon odluče javiti po pomoć, treba im pružiti psihološku i somatsku skrb. Osnovni cilj psihološke pomoći u svim dobnim skupinama, ali pogotovo kod djece, treba biti umirivanje osjećaja srama od samog sebe i osnaživanje samopoštovanja, uz pružanje cjelovitih informacija o samom poremećaju i mogućim tretmanima. Važno je osigurati savjetovanje roditelja koji su primijetili odstupajuća ponašanja kod djece. Psihoterapijom treba obuhvatiti cjelovitu obitelj, pri čemu naglasak treba biti na psihoedukaciji. U odrasloj dobi treba osigurati psihološku pomoć educiranih stručnjaka koji će s razumijevanjem pristupiti transseksualnoj osobi i znati raspraviti sve mogućnosti koje stoje pred njom. Nažalost, često stručnjaci pokušavaju promijeniti transseksualne misli i nagone, iako suvremene spoznaje pokazuju da to vodi samo do produblji-

vanja psihološke patnje. Zaključno, adekvatnu pomoć ljudima s ovim poremećajem može pružiti jedino interdisciplinarni tim (psihijatar, psiholog, endokrinolog, kirurg) čija će zadaća biti dijagnostika i tretman poremećaja, ali i stvaranje socijalnog ozračja koje će biti tolerantnije prema spolnoj i rodnoj različitosti.

LITERATURA

1. *Moore E, Wisniewski A, Dobs A.* Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects. J Clin Endocrin Metabol 2003;88:3467–73.
2. *Eklund PL, Gooren LJ, Bezemer PD.* Prevalence of transsexualism in The Netherlands. Br J Psychiatry 1988;152:638–40.
3. *van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA.* An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. Arch Sex Behav 1996;25:589–600.
4. *Money J.* Lovemaps. New York: Irvington Publishers; 1986.
5. *Young A.* Women Who Become Men: Albanian Sworn Virgins. Oxford: Berg; 2000.
6. *Meyerowitz J.* How sex changed: A history of transsexuality in the United States. London, Harvard University Press; 2002.
7. *The World Professional Association for Transgender Health (WPATH).* Standards of care for gender identity disorders. www.wpath.org
8. *Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG.* Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosom Res 1999;46:315–33.
9. *Coolidge FL, Thede LL, Young SE.* The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav Genet 2002; 32:251–7.
10. *Davison, G.*C., Neale, J.M. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999, str. 385– 95.
11. *Svjetska zdravstvena organizacija.* Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. MKB 10. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
12. *Američka psihijatrijska udruga.* Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4. izdanje. DSM-IV. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
13. *De Gascun C, Kelly J, Salter N, Lucey J, O'Shea D.* Gender identity disorder. Ir Med J 2006;100(1):146–8.
14. *Witten TM, Eyler AE.* Hate crimes against the transgendered: An invisible problem. Peace Rev 1999;11:461–8.
15. *Blanchard R, Steiner BW.* Clinical management of gender identity disorders in children and adults. Washington: American Psychiatric Press; 1990.
16. *Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe I.* Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between Sweden and Australia. Acta Psychiatr Scand 1981;63:75–82.
17. *De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A i sur.* Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. Eur Psychiatry 2007;22: 137–41.
18. *Sørensen T, Hertoft P.* Male and female transsexualism: the Danish experience with 37 patients. Arch Sex Behav 1982;11:133–55.
19. *Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW.* Heterosexual and homosexual gender dysphoria. Arch Sex Behavior 1987;16:139–152.
20. *Bakker A, van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD.* The prevalence of transsexualism in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand 1993;87: 237–8.
21. *Haraldsen IR, Dahl AA.* Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. Acta Psychiatr Scand 2002;102:276–81.
22. *Weitze C, Osburg MD.* Empirical data on epidemiology and application of the German transsexuals' Act during its first ten years. Arch Sex Behav 1996;25:409–25.
23. *Godlewski J.* Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland. Arch Sex Behav. 1988;17:547–8.
24. *Herman-Jeglinska A, Grabowska A, Dulko S.* Masculinity, femininity, and transsexualism. Arch Sex Behav 2002;31(6):527–34.
25. *Pauly IB.* The current status of the change of sex operation. J Nerv Ment Dis 1968;147:460–71.
26. *Tsoi WF.* The prevalence of transsexualism in Singapore. Acta Psychiatr Scand 1988;78: 501–4.
27. *O'Gorman EC.* A retrospective study of epidemiological and clinical aspects of 28 transsexual patients. Arch Sex Behav 1982;11:231–6.
28. *Vujović S, Popović S, Sbutega-Milošević G, Djordjevic M, Gooren L.* Transsexualism in Serbia: A twenty-year follow-up study. J Sex Med 2008.
29. *Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M.* Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. Arch Sex Behav 2008.
30. *Olsson SE, Moller AR.* On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972–2002. Arch Sex Behav 2003;32:381–6.
31. *Hoenig J, Kenna JC.* The prevalence of transsexualism in England and Wales. Br J Psychiatry 1974;124:181–90.
32. *Smith YLS, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT.* Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. Psych Res 2005; 137:151–60.
33. *Tsoi WF.* Developmental profile of 200 male and 100 female transsexuals in Singapore. Arch Sex Behav 1990;19(6):595–605.
34. *Tsoi WF.* Male and female transsexuals: a comparison. Singapore Med J. 1992;33:182–5.
35. *Tsoi WF.* Follow-up study of transsexuals after sex- reassignment surgery. Singapore Med J 1993;34:515–7.
36. *Verschoor AM, Poortinga J.* Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. Arch Sex Behav 1988;17:173–8.
37. *De Cuypere G, Janes C, Rubens R.* Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. Acta Psychiatr Scand 1995;91:180–4.
38. *Bodlund O, Kullgren G.* Transsexualism – general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexual in the process of changing sex. Arch Sex Behav 1996;25:303–16.
39. *Coussinoux S, Gallarda T, Smith J i sur.* Personality test and gender identification in male transsexuals. Enchephale. 2005;31:24–30.
40. *Kockott G, Fahrner EM.* Male-to-Female and Female-to-Male Transsexuals: A Comparison. Arch Sex Behav 1988;17:539–46.
41. *Abramowitz SI.* Psychosocial Outcomes of Sex Reassignment Surgery. J Consult Clin Psychol 1986;54:183–189.
42. *Hepp U, Klaghofer R, Burkhard-Kubler R, Buddeberg C.* Treatment follow-up of transsexual patients. A catamnestic study. Nervenarzt 2002;73:283–8.
43. *Lothstein LM.* Psychological Testing with Transsexuals: A 30-Year Review. J Personal Assessment 1984;48:500–7.
44. *Midence K, Hargreaves I.* Psychosocial Adjustment in Male-to-Female Transsexuals: An Overview of the Research Evidence. J Psychol 1997;131:602–14.
45. *Roberts J.* Escape from normality-personal view. Br Med J 2004;328: E292.
46. *Chivers ML, Bailey JM.* Sexual orientation of female-to-male transsexuals: a comparison of homosexual and nonhomosexual types. Arch Sex Behav 2000;29:259–78.
47. *Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R.* Prediction of regrets in postoperative transsexuals. Can J Psychiatry 1989;34:43–5.
48. *Coleman E, Bockting WO, Gooren L.* Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. Arch Sex Behav 1993; 22:37–50.
49. *Gooren L.* The biology of human psychosexual differentiation. Horm Behav 2006;50:589–601.
50. *Green R.* Gender development and reassignment. Psychiatry 2004;3: 26–9.
51. *Turan MT, Esel E, Dündar M i sur.* Female-to-Male Transsexual with 47 XXX Karyotype. Biol Psychiatry 2000;48:1116–7.
52. *Hengstschläger M, Trotsenburg M, Repa C, Marton E, Huber JC, Bernaschek G.* Sex chromosome aberrations and transsexualism. Fertility Sterility 2003;79:649–50.
53. *Coolidge FL, Thede LL, Young SE.* The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav Genet 2002; 32:251–7.
54. *Henningsson S, Westberga L, Nilssonb S i sur.* Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. Psychoneuroendocrinology 2005; 30:657–64.
55. *Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF.* A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995;378:68–70.
56. *Swaab DF.* Sexual differentiation of the brain and behavior. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2007;21:431–44.
57. *Meyer Bahlburg HFI, Gruen RS, New MI i sur.* Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia. Horm Behav 1996;30:319–22.
58. *Dittman RW, Kappes MH, Kappes ME i sur.* Congenital adrenal hyperplasia. II: Gender-related behavior and attitudes in female salt-wasting and simple-virilizing patients. Psychoneuroendocrinology 1990;15 (5–6):421–34.
59. *Berenbaum SA, Snyder E.* Early hormonal influences on childhood sex-typed activity and playmate preferences: implications for the development of sexual orientation. Dev Psychol 1995;31(1):31–42.
60. *Wilson JD.* The role of androgen in male gender role behavior. Endocr Rev 1999;20:726–37.
61. *Gooren LJG.* The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual and transsexual subjects. J Clin Endocrinol Metab 1986;63:583–8.
62. *Gooren L.* The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. Psychoneuroendocrinology 1990;15:3–14.
63. *Collaer ML, Hines M.* Human behavioral sex differences: a role for gonadal hormones during early development? Psychol Bull 1995;118: 55–107.

64. *Baba T, Endo T, Honnma H i sur.* Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. Hum Reprod 2007;22: 1011–6.
65. *Bosinski HA, Schroder I, Peter M, Arndt R, Wille R, Sippell WG.* Anthropometrical measurements and androgen levels in males, females, and hormonally untreated female-to-male transsexuals. Arch Sex Behav 1997;26:143–57.
66. *Futterweit W, Weiss RA, Fagerstrom RM.* Endocrine evaluation of forty female-to-male transsexuals: increased frequency of polycystic ovarian disease in female transsexualism. Arch Sex Behav 1986;15:69–78.
67. *Manning JT, Scutt D, Wilson J, Lewis-Jones DI.* The ratio of 2nd to 4th digit length: a predictor of sperm numbers and concentrations of testosterone, luteinizing hormone and oestrogen. Hum Reprod 1998;13: 3000–4.
68. *Schneider H J, Pickel J, Stalla GK.* Typical female 2nd–4th finger length (2D:4D) ratios in male-to-female transsexuals-possible implications for prenatal androgen exposure. Psychoneuroendocrinology. 2006;31:265–9.
69. *McEwen BS.* Neural gonadal steroid actions. Science 1981;211:1303–11.
70. *Allen LS, Gorski RA.* Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain. J Compreh Neurol 1991; 312(1):97–104.
71. *Chung WC, De Vries GJ, Swaab DF.* Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. J Neurosci 2002;22:1027–33.
72. *Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF.* Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85:2034–41.
73. *Green R.* One-hundred ten feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. Arch Sex Behav 1976;5:425–46.
74. *Hoenig J, Kenna J, Youd A.* A follow-up study of transsexualist: social and economic aspects. Psychiatr Clin (Basel) 1970;3:85–100.
75. *Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S.* Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. J Personal Assessment 2000;75: 268–79.
76. *Roback HB, McKee E, Webb W, Abramowitz CV, Abramowitz SI.* Comparative psychiatric status of male applicants for sexual reassignment surgery, jejunoileal bypass surgery, and psychiatric outpatient treatment. J Sex Res 1976;12:315–20.
77. *Tsushima WT, Wedding D.* MMPI Results of male candidates for transsexual surgery. J Personal Assessment 1979;43:385–87.
78. *Gallarda T, Coussinoux S, Cordier B, Luton JP, Bourdel MC.* Value of MMPI and Rorschach tests in differentiating M-F transsexuals from transvestites. Annal Médico Psycholog 2001;159:466–70.
79. *Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM, Doorn CD, Gooren LJG.* Cognitive ability and cerebral lateralization in transsexuals. Psychoneuroendocrinology 1998;23:631–41.
80. *Slabbekoorn D, van Goozen SHM, Megens J, Gooren, LJG, Cohen-Kettenis PT.* Activating effects of cross-sex hormones on cognitive functioning: A study of short-term and long-term hormone effects in transsexuals. Psychoneuroendocrinology 1999;24:423–47.
81. *Miles C, Green R, Hines M.* Estrogen treatment effects on cognition, memory and mood in male-to-female transsexuals. Horm Behav 2006; 50:708–17.
82. *Seikowski K.* Psychotherapy and transsexualism. Andrologia 2007; 39:248–52.
83. *Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C.* The transsexual: what about the future? Eur Psychiatry 2002;17:353–62.
84. *Levy A, Crown A, Reid R.* Endocrine intervention for transsexuals. Clin Endocrinol 2003;59:409–18.
85. *Wojdowski P, Tebor IB.* Social and emotional tensions during transsexual passing. J Sex Res 1976;12:193–205.
86. *Mate–Kole C, Freschi M, Robin A.* A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. Br J Psychiatry 1990;157:261.
87. *Snaith P, Tarsh MJ, Reid R.* Sex reassignment surgery. A study of 141 Dutch transsexuals. Br J Psychiatry 1993;162:681–5.
88. *Green R, Fleming DT.* Transsexual surgery follow-up: status in the 1990s. Annu Rev Sex Res 1990;1:163–74.
89. *Eldh J, Berg A, Gustafsson M.* Long-term follow up after sex reassignment surgery. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 1997;31:39–45.
90. *Pfafflin F.* Regrets after sex reassignment surgery. J Psychol Hum Sex 1992;5:69–85.
91. *Jokić-Begić N.* Iskustva u radu s transseksualnim osobama. 1. hrvatski kongres primijenjene psihologije. Zagreb: Hrvatska psihološka komora; 2006, str. 30.

* * *

Vijesti
News



HRVATSKO DRUŠTVO ZA HOSPICIJ/PALIJATIVNU SKRB, HLZ-a
HRVATSKO DRUŠTVO ZA PSIHOSOMATIKU, HLZ-a
KLINIKA ZA PSIHOLOŠKU MEDICINU, KBC ZAGREB
HRVATSKA UDRUGA PRIJATELJA HOSPICIJA, ZAGREB

organiziraju

DRUGI KONGRES PALIJATIVNE SKRBI HRVATSKE
s međunarodnim sudjelovanjem

10. i 11. listopada 2008.
Hrvatski liječnički dom, Šubićeva 9, Zagreb

Pokrovitelj kongresa: Stjepan Mesić, predsjednik Republike Hrvatske

Povodom Svjetskog dana Hospicij i palijativna skrb uz slogan »Hospicij i palijativna skrb – osnovno ljudsko pravo«

Glavne teme: 1. Što je do sada postignuto u RH i susjednim regijama; 2. Najnovije o procjeni i ublažavanju simptoma; 3. Psihijatar i psiholog u palijativnoj medicini; 4. Socijalni radnik, obitelj i nezdravstveni dobrovoljci u palijativnoj medicini; 5. Počnimo reforme sa definicijama namjena postojećih ustanova.

Rok za prijavu i za slanje sažetaka u elektronskom obliku: **30. lipnja 2008.**

Tehnički organizator: Gordana Špoljar, RHC, Hirčeva 1, 10000 Zagreb, tel. 01/2344835.

Kontakt: Anica Jušić, e-mail: anica.jusic@zg.htnet.hr i
Marijana Braš, e-mail: mbras@kbc-zagreb.hr