Transseksualnost, transrodnost i rodna disforija

Klarić, Lara

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:072343

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Lara Klarić

Transseksualnost, transrodnost i rodna disforija

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

SADRŽAJ:

Sažetak

Summary

1. UVOD 1
   1.1. Definicija transseksualnosti, transrodnosti i rodne disforije 1
   1.2. Povijest 2
2. KLASIFIKACIJA 5
   2.1. MKB-11 klasifikacija 5
   2.2. DSM-5 klasifikacija 6
3. EPIDEMIOLOGIJA 7
4. ETIOLOGIJA 9
   4.1. Biološke teorije 9
   4.2. Psihosocijalne teorije 10
5. KLINIČKA SLIKA 11
   5.1. Klinička slika u dječjoj dobi 11
   5.2. Klinička slika u odrasloj dobi 12
6. DIJAGNOZA 15
7. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA 17
   7.1. Interseksualnost 17
   7.2. Psihički poremećaji 17
8. LIJEČENJE 19
   8.1. Psihološki tretman 19
   8.2. Socijalna tranzicija 20
   8.3. Hormonska terapija 20
   8.4. Kirurška terapija 21
   8.5. Liječenje u djece 23
9. PRAVNI POSTUPCI U PROMJENI SPOLA 24
10. ZAKLJUČAK 25
11. ZAHVALE 26
12. POPIS LITERATURE 27
13. ŽIVOTOPIS 30

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

CBCL – Child Behavior Ckecklist

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FtM – Female to Male

GI – Gender Incongruence

GID – Gender Identity Disorder

GnRH – Gonadotropin releasing hormone

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

MtF – Male to Female

MuŽ – Muško u žensko

SOC – Standards of Care

TR – Transrodnost

TS – Transseksualnost

WPATH – World Professional Association for Transgender Health

ŽuM – Žensko u muško

SAŽETAK

Naslov rada: Transseksualnost, transrodnost i rodna disforija

Autor: Lara Klarić

Transrodnost, transseksualnost i rodna disforija se odnose na neusklađenost između roda i spola pripisanog pri rođenju. Osobe koje se poistovjećuju s tim stanjima podložne su stigmatizaciji, diskriminaciji i zlostavljanju. Uz to, vrlo su sklone doživljavanju psihičkih tegoba kao što su depresija, anksioznost i pokušaji suicida. Pojavnost rodne inkongruencije je češća u djece nego u odraslih, no u najvećem broju slučajeva ona nestaje do puberteta. Prevalencija u odraslih je procijenjena na 1:30 000 osoba koje su muškarci po rođenju i 1:100 000 osoba koje su žene po rođenju. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (eng. *World Professional Association for Transgender Health*, WPATH) propisuje kliničke smjernice za zdravstvene djelatnike koji skrbe o osobama s rodnom disforijom. Takva skrb može uključivati psihološki tretman, hormonsku terapiju, kirurške zahvate i podršku za promjene rodnog izražavanja i rodne uloge, kao što su promjena imena, odjeće i ponašanja. Broj i vrsta spomenutih postupaka varira od osobe do osobe. Prije bilo kakvih promjena fizičkog izgleda moraju se istražiti podležeći psihički i socijalni problemi. Zdravstveni djelatnici koji se bave mentalnim zdravljem, kao što su psiholozi i psihijatri, procjenjuju psihosocijalnu prilagodbu osoba. Ako procjena rezultira dijagnozom rodne disforije, endokrinolozi i stručnjaci za mentalno zdravlje moraju potvrditi da disforija ne proizlazi iz drugih poremećaja. Tek tada se mogu razmatrati mogućnosti hormonske i kirurške terapije. Provođenje terapije uvelike smanjuje simptome rodne disforije te poboljšava kvalitetu života i psihičko zdravlje. U Hrvatskoj je pristup hormonskoj i kirurškoj terapiji ograničen. Povrh toga, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove spomenutih terapija. Potrebno je razmotriti propisivanje nacionalnih smjernica za medicinske i pravne postupke u liječenju.

Ključne riječi: transrodnost, transseksualnost, rodna disforija

SUMMARY

Title: Transsexual, transgender and gender dysphoria

Author: Lara Klarić

Transgender, transsexual and gender dysphoria refer to incongruence between gender and assigned sex at birth. Individuals who identifiy with these conditions are prone to stigmatization, discrimination and abuse. In addition, they tend to experience high rates of mental health problems, such as deppresion, anxiety and suicide attempts. Children are more likely to present with gender incongruence than adults, but in most cases such condition dissapears by the time of puberty. In adults, the estimated prevalence is 1:30,000 for assigned men and 1:100,000 for assigned women. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) provides clinical guidance for health professionals to assist individuals who present themselves with gender dysphoria. This aid may include mental heath services, hormone therapy, surgery and support for changes in gender expression and gender role, such as name, wardrobe and behaviour changes. The number and type of mentioned interventions may differ from person to person. Before any physical appearance interventions, extensive exploration of underlying psychological and social issues should be undertaken. Mental health professionals, such as pyscologists and psychiatrists, evaluate the psychosocial adjustment of individuals. If this evaluation results in gender dysphoria diagnosis, endocrinologists and mental health professionals should make sure that it is not secundary to other diagnoses. At that point, the possible hormonal and surgical treatment can be discussed. The treatment individuals undertake is shown to be very effective in eleviating symptoms of gender dysphoria, as well as increasing quality of life and mental health. Access to hormonal and surgical therapy is restricted for individuals in Croatia. Moreover, Croatian health insurance does not cover the costs of mentioned treatment. Creating national guidelines for medical and legal organization of care should be considered.

Keywords: transgender, transsexual, gender dysphoria

1. UVOD

1.1. Definicija transseksualnosti, transrodnosti i rodne disforije

Da bismo definirali ove pojmove, moramo raspraviti razliku između spola i roda, kojima je svaki čovjek određen.

Spol (eng. s*ex*) je biološka kategorija i odnosi se na kromosomska, gonadalna i fenotipna obilježja s kojima je osoba rođena, objektivan je i jasno uočljiv okolini. On može biti muški, ženski, ali i njihova kombinacija koja se naziva interspolnost (međuspolnost, hermafroditizam) (1).

Rod (eng. *gender*) je psihološka i socijalna kategorija. Kao psihološka kategorija označava osobni doživljaj pripadanja spolu, koji se naziva rodni identitet. Rodni identitet može biti muški, ženski ili alternativni, koji obuhvaća i muški i ženski identitet ili ne obuhvaća nijedan. Rod kao socijalna kategorija označava rodnu ulogu, odnosno kulturalne stereotipe koji određeno ponašanje i izgled smatraju muževnim ili ženstvenim. Izgled i ponašanje kojima osoba u javnosti prezentira svoj rodni identitet naziva se rodno izražavanje (2).

Većina ljudi ne dovodi u pitanje spol u kojem su rođeni te ga prihvaća i izjednačava sa svojim rodom. Kod manjeg broja ljudi spol i rod se ne podudaraju. Taj nesklad dovodi do poremećaja koji se opisuju različitim nazivima: transrodnost, transseksualnost, rodna disforija i poremećaj rodnog identiteta (1).

Transrodnost je širi pojam od transseksualnosti, rodne disforije i poremećaja rodnog identiteta. Radi se o stanju kod kojeg se rodni identitet (vlastito poimanje roda) ili rodno izražavanje (izgled i ponašanje) razlikuju od društvenih očekivanja temeljenim na spolu osobe pri rođenju (2,3).

Poremećaj rodnog identiteta je poremećaj obilježen neskladom roda i spola uz želju da se bude suprotnog spola. Afektivna komponenta tog poremećaja je rodna disforija (eng. *gender dysphoria*). Rodna disforija se opisuje kao stres izazvan neskladom između rodnog identiteta/rodnog izražavanja i spola pri rođenju, odnosno osjećaj zarobljenosti u tijelu pogrešnog spola. Uključuje i želju za promjenom spola i životom kao osoba suprotnog spola uz prihvaćanje

od strane okoline. Bitno je napomenuti da je osjećaj rodne disforije prisutan kod svih osoba s poremećajem rodnog identiteta, dok samo neke transrodne osobe imaju taj osjećaj (3). Sam naziv „poremećaj rodnog identiteta“ označava veću skupinu poremećaja čije se razlike očituju u intenzitetu rodne disforije. U nekih je ljudi rodna disforija blago izražena i oni se najčešće ne odlučuju za proces tranzicije spola, dok je u drugih rodna disforija toliko intenzivna da narušava kvalitetu života i motivira osobu da promjeni spol. Sama se promjena spola može ostvariti potpuno ili djelomično, odnosno svim ili samo nekim od raspoloživih terapijskih postupaka (socijalnih, hormonalnih, kirurških i pravnih) (1).

Transseksualnost je pojam koji neki autori upotrebljavaju samo za oblike poremećaja uz provedenu promjenu spola, dok je po drugima transseksualnost sinonim za poremećaj rodnog identiteta, odnosno obuhvaća osobe promijenjenog spola i osobe koje imaju blaže oblike rodne disforije i ne mijenjaju spol (4). U ovom radu pojam transseksualnost odnosi se na osobe koje su u nekom obliku provele tranziciju spola.

Osoba koja želi od žene postati muškarac označava se kao ŽuM: žena u muškarca (eng. *Female to Male*, FtM), odnosno transrodni/transseksualni muškarac. Osoba koja želi od muškarca postati žena označava se kao MuŽ: muškarac u ženu (eng. *Male to Female*, MtF), odnosno transrodna/transseksualna žena (2).

Često se pojam transseksualnosti miješa s pojmovima transvestitizma i homoseksualnosti. Transvestitizam označava nošenje odjeće karakteristične za suprotan spol. Homoseksualnost označava seksualnu orijentaciju koja je usmjerena prema osobama istog spola. Nijedan od tih pojmova ne označava želju da se bude suprotnog spola (4).

1.2. Povijest

Transseksualnost i transrodnost se kroz povijest pojavljuju u svim društvima, ali su u njihovu kulturu različito integrirani. Na to ukazuju primjeri povijesnih zapisa iz Mezopotamije koji govore o ljudima trećeg spola te prisutnost androginog roda koji se pojavljuje uz muški i ženski u grčkoj mitologiji. Dok zapisi iz Egipta razlikuju tri rodne kategorije, zapisi iz starog Izraela opisuju čak njih šest: muškaraca, ženu, osobu s obilježjima oba spola, osobu bez obilježja spola, biološku ženu koja odrasta u muškarca i biološkog muškarca koji odrasta u ženu. Potonje nije

neuobičajeno niti za današnji Oman, gdje muškarci poznati kao *xaniths* žive kao žene. Uz zadržano muško ime i fizički izgled koji je više androgin nego ženski, mogu raditi kao prostitutke u društvu koje zabranjuje žensku prostituciju. Sličan fenomen je prisutan u Indiji među pripadnicima kaste *hijarsi,* koji nisu društveno prihvaćeni. Kao odrasli muškarci prolaze socijalnu i djelomičnu kiruršku tranziciju spola, odnosno mijenjaju ime u žensko, a penis, skrotum i testisi im se amputiraju. Sasvim suprotno tom primjeru stigmatizacije, među Indijancima su takozvani *two-spirits* imali visok status u društvu. Radilo se o muškarcima ili ženama za koje se smatralo da imaju dvije duše i koji su bili odabrani među djecom koja nisu pokazivala interese karakteristične za svoj biološki spol. Postoje i primjeri odgojno potaknutog razvoja TR identiteta. To nije bilo neuobičajeno za eskimska plemena koja su djeci odabirala imena prije rođenja, a po rođenju ih odgajala u skladu s rodnom pripadnošću imena bez obzira na spol. Sličan fenomen je zabilježen i na Balkanu (Crna Gora, Albanija, Kosovo), gdje su obitelji bez muške djece proglašavale djevojčicu za sina kako bi mogle naslijediti imovinu. Odgajane kao dječaci, sa svim muškim povlasticama, živjele su u celibatu prema čemu su i dobile naziv *virdžine.* Njihov biološki spol je bio tajna i često nije bio poznat okolini sve do njihove smrti (1).

Moderna zapadna društva ne razlikuju spol od roda i teže binarnoj podjeli na žene i muškarce. Zbog toga se nesklad roda i spola smatra bolešću koja je pod različitim nazivima označena u MKB i DSM klasifikacijama bolesti. Dijagnoza „transseksualnost“ prvi se put pojavila 1975. godine u devetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti, MKB-9. Prva dva izdanja DSM klasifikacije nisu uključivala dijagnoze vezane uz rod, a zatim su 1980. godine u DSM-III uključene dijagnoze „transseksualnost“ i „poremećaj rodnog identiteta u djetinjstvu“ (5). Označavanje stanja nesklada roda i spola kao psihijatrijskih poremećaja doprinosi stigmatizaciji i diskriminaciji osoba koje obilježava taj nesklad. Smatra se da veći dio rodne disforije proizlazi iz osude i neprihvaćanja od strane društva nego iz samog nesklada roda i spola. U prošlosti je neodobravanje javnosti imalo sličan utjecaj na kvalitetu života homoseksualnih osoba. Umanjivanju negativnog stava javnosti prema homoseksualnim osobama pridonijela je odluka Američkog psihijatrijskog društva o uklanjanju homoseksualnosti iz DSM klasifikacije mentalnih poremećaja 1973. godine s obzirom na nedostatak znanstvenih dokaza koji bi ukazivali na potrebu da se takvo stanje proglasi patološkim. Prema tome, svjetonazor oko problematike

neslaganja rodnog i spolnog identiteta mogao bi se promijeniti na sličan način. S druge strane, uklanjanje nesklada roda i spola iz klasifikacije bolesti moglo bi ograničiti pristup medicinskoj skrbi koja je takvim osobama potrebna. Kompromis je postignut odlukom Svjetske zdravstvene organizacije da se ukloni poremećaj spolnog identiteta iz kategorije mentalnih poremećaja u novom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti, MKB-11, i uvrsti u drugu kategoriju poremećaja. To bi u budućnosti moglo rezultirati uklanjanjem rodne disforije iz narednih izdanja DSM klasifikacije (5).

Medicinski stav o transseksualnosti kao poremećaju kojeg se može liječiti prvi je oblikovao endokrinolog Harry Benjamin. Svoja zapažanja o transseksualnosti opisao je u knjizi Transsexual phenomenon koja je izdana 1966. godine. Prva medijski popraćena operacija promjene spola provedena je 1951. godine u Kopenhagenu i obuhvaćala je promjenu muškog u ženski spol (1).

2. KLASIFIKACIJA

2.1. MKB-11 klasifikacija

Međunarodna klasifikacija bolesti (International Classification of Diseases, ICD) je klasifikacija svih poznatih bolesti i srodnih zdravstvenih stanja pod šiframa radi lakše komunikacije među liječnicima diljem svijeta. Izdaje ju Svjetska zdravstvena organizacija, a posljednja, 11. revizija, objavljena je 18.6.2018. godine.

Prema prethodnoj klasifikaciji, MKB-10, poremećaj spolnog identiteta (F64) bio je svrstan u kategoriju poremećaja ličnosti i ponašanja. Dijelio se na transseksualizam (F64.0), transvestitizam (F64.1) i na poremećaj spolnog identiteta u djetinjstvu (F64.2).

S obzirom na to da je MKB-10 revizija objavljena 1992. godine, a u međuvremenu je došlo do novih spoznaja o neskladu roda i spola, bilo je za očekivati da će doći do određenih promjena u novoj klasifikaciji.

Stoga je u MKB-11 kategorija „poremećaj spolnog identiteta“ uklonjena iz poglavlja „mentalni, ponašajni i neurorazvojni poremećaji“ koje je po novom načinu klasificiranja bolesti označeno brojem 6 (u MKB-10 je to bilo poglavlje F).

Kategorija „poremećaj spolnog identiteta“ zamijenjena je novom kategorijom pod nazivom „rodna inkongruencija“ (rodna neusklađenost, eng. *Gender Incongruence*, GI) pod novostvorenim poglavljem 17: „stanja povezana sa seksualnim zdravljem“. Nova kategorija uključuje rodnu inkongruenciju adolescenata i odraslih (HA60), rodnu inkongruenciju djece (HA61) i nespecificiranu rodnu inkongruenciju (HA6Z).

Navedene promjene proizlaze iz spoznaje da nesklad roda i spola ne spada u mentalne bolesti. Prestanak etiketiranja TR osoba kao mentalno bolesnih proveden je u nadi da će se smanjiti stigmatizacija i promijeniti stav društva prema TR osobama (6).

2.2. DSM-5 klasifikacija

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition), peto je klasifikacijsko izdanje Američkog psihijatrijskog udruženja, izdano 2013. godine. Za razliku od MKB-a koji klasificira sve poznate bolesti čovjeka, DSM sadrži isključivo psihijatrijske bolesti i poremećaje (3).

U DSM-IV klasifikaciji iz 1994. godine nesklad između spola i roda označavao se terminom „poremećaj rodnog identiteta“ (eng. *gender identity disorder*, GID). U DSM-5 klasifikaciji taj termin ne postoji, već je zamijenjen terminom rodne disforije. Poremećaj rodnog identiteta i rodna disforija opisuju sasvim isto stanje nesklada roda sa spolom te snažnu identifikaciju sa suprotnim spolom, ali DSM-5 stavlja naglasak na afektivnu komponentu poremećaja, odnosno psihološku patnju, disforiju (4).

3. EPIDEMIOLOGIJA

Epidemiološka istraživanja vezana uz rodnu disforiju nisu brojna. Dostupna istraživanja pokazuju različitosti u incidenciji i prevalenciji poremećaja, što ovisi o tome jesu li u istraživanje uključene sve osobe s rodnom disforijom (pa i one koje nemaju želju za promjenom spola) ili se radi o istraživanju provedenom samo na transseksualnim osobama (kao ekstremnom obliku poremećaja rodnog identiteta u kojem je izražena želja za promjenom spola) (1). Različitost rezultata u ovisnosti je i o zemljama u kojima se provode istraživanja. Zbog kulturalnih razlika među zemljama, odnosno nepodudaranja kriterija za ono što je „muško“ i „žensko“, rodna disforija pokazuje različitu prevalenciju u populaciji (7). Rezultati istraživanja ovise i o dobi ispitanika. Najveća učestalost pojave poremećaja je u dječjoj dobi te se ona odrastanjem smanjuje. Također, veća je učestalost poremećaja u osoba muškog spola, kako u djece tako i u odraslih (8).

U djece se poremećaj najčešće javlja između druge i četvrte godine života. Taj se podatak procjenjuje prema broju roditelja koji su se javili za pomoć, što ovisi o osjetljivosti roditelja za rodno nespecifično ponašanje djece. Gruba procjena za sklonost rodnoj disforiji i poremećaju rodnog identiteta dobiva se rješavanjem upitnika Skale procjene ponašanja djece Thomasa Achenbacha (Child Behavior Checklist, CBCL). Upitnik procjenjuje verbalnu (dijete izražava želju da je drugog spola) i neverbalnu (dijete se ponaša kao da je drugog spola) manifestaciju poremećaja. Podaci ukazuju da je u djevojčica sklonost rodno nespecifičnom ponašanju najveća oko 9. godine i iznosi 8%. Kod dječaka je sklonost najveća oko 4.-5. godine (15%), a smanjuje se tijekom odrastanja te oko 10. godine iznosi 1.1% (9).

Većina djece koja su u djetinjstvu pokazivala znakove rodne disforije u odrasloj dobi iste znakove ne pokazuju, no velik broj njih izražava homoseksualnu orijentaciju (10). Samo četvrtina djece sa znakovima rodne disforije vremenom intenziviraju taj osjećaj i odrastaju u transseksualne osobe. Za njih je pubertet kritično razdoblje u kojem tijelo poprima izraženije karakteristike „neželjenog spola“ (11).

Pojava rodne disforije i poremećaja rodnog identiteta u odrasloj dobi je mnogo rjeđa. Iako prva razmišljanja o neskladu roda i spola kod takvih osoba najčešće počinju u pubertetu, većina poremećaja se dijagnosticira u ranim dvadesetim godinama (1). Prema dostupnim istraživanjima vidljivo je da je zadnjih godina prevalencija rodne disforije u porastu. Međutim, još je uvijek

veoma niska. U postojeća istraživanja uglavnom su uključene TS osobe koje traže medicinsku pomoć, pa ta istraživanja ne daju ukupnu sliku prevalencije u općoj populaciji (12).

Iako postoje brojna neslaganja među istraživanjima, danas se smatra da je u odraslih prevalencija rodne disforije oko 1 na 30 000 muškaraca i 1 na 100 000 žena. Od tog broja samo manji dio ulazi u tranziciju spola, odnosno pokazuje transseksualnost (13).

DSM-5 klasifikacija iz 2013. godine navodi da je prevalencija rodne disforije u Sjedinjenim Američkim Državama 0,005-0,014% (od 1:7000 do 1:20 000) za muškarce, dok za žene ona iznosi 0,002-0,003% (od 1:30 000 do 1:50 000) (3). Smatra se da je taj broj podcijenjen s obzirom na to da su podaci temeljeni samo na osobama koje su tražile medicinsku pomoć.

Rezultati metaanalize provedene 2016. godine u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju prevalenciju transrodnosti odraslih od 0.39%, odnosno približno 1 na 260 ljudi, što u SAD-u čini više od 1 milijun ljudi. Smatra se da je takav porast prevalencije rezultat podizanja svijesti o problematici transrodnosti u SAD-u, što rezultira većom društvenom prihvatljivošću i posljedično većom slobodom u izražavanju tog poremećaja u među ljudima koji ga imaju. Bitno je napomenuti da je u ovoj metaanalizi istraživana prevalencija TR osoba, a ne poremećaja rodnog identiteta (rodne disforije) koji je uži pojam od transrodnosti (14).

Veću prevalenciju pokazuje istraživanje nizozemske populacije iz 2014. godine, koje ističe da 1.1% (1 na 90) muškaraca i 0.8% (1 na 125) žena ima rodnu inkongruenciju. Prema istraživanju, 0.6% (1 na 166) muškaraca i 0.2% (1 na 500) žena žele promijeniti svoj spol (15).

Ne postoji istraživanje ovakvog tipa koje se odnosi na Hrvatsku. Zbog toga se prevalencija rodne disforije i poremećaja rodnog identiteta u Hrvatskoj može pretpostaviti jedino interpolacijom podataka iz postojećih istraživanja. Za očekivati je da u Hrvatskoj živi oko 200 osoba s tim poremećajem, odnosno između 50 i 150 muškaraca i 15 do 50 žena (1).

4. ETIOLOGIJA

Etiologija rodne disforije je nepoznata, no razvijene su razne teorije kojima se opisuju mogući uzroci nastajanja. Teorije se dijele na biološke i psihosocijalne.

4.1. Biološke teorije

Od bioloških teorija najznačajnije su genetske, hormonske i neurorazvojne.

Genetske teorije govore u prilog nasljednosti rodne disforije, iako nisu poznati načini na koje bi se oni mogli prenositi (11).

Hormonske teorije objašnjavaju utjecaj hormona na mozak u prenatalnom razdoblju u smislu „spolne diferencijacije“ mozga, što kasnije u životu rezultira spolno nespecifičnim ponašanjem. Pod utjecajem testosterona mozak postaje „maskuliniziran“, odnosno istraživanja potvrđuju da djevojčice čije su majke u trudnoći uzimale muške spolne pokazuju ponašanje koje se tradicionalno opisuje kao dječačko (16). U prilog hormonske teorije govori hipoteza koja ističe povezanost poremećaja rodnog identiteta s omjerom dužine drugog i četvrtog prsta na ruci. Ta hipoteza je zasnovana na opažanju da duljina prstiju ovisi o prenatalnom utjecaju testosterona. Odrasli muškarci imaju duži četvrti prst od drugoga, dok su kod odraslih žena ti prsti podjednake duljine (17). Istraživanja su pokazala da transseksualni muškarci, odnosno MuŽ osobe, imaju manju razliku u omjeru duljine prstiju nego što to imaju netransseksualni muškarci, a omjeri su sličniji onima kakve imaju netransseksualne žene. Prema hipotezi, takav nalaz implicira da su MuŽ osobe tijekom prenatalnog života bile izložene manjoj količini testosterona. S druge strane, nije opažena razlika u omjeru prstiju između ŽuM osoba i netransseksualnih žena (18).

Neurorazvojne teorije ističu promjene u mozgu TS osoba. Poznato je da su intersticijske jezgre strije terminalis dvostruko veće u muškarca nego u žena. Prema istraživanjima, kod ŽuM osoba koje su prošle kirurško i hormonsku tranziciju spola veličina intersticijske jezgre odgovara netransseksualnim muškarcima. Također, kod MuŽ osoba nakon tranzicije veličina jezgre odgovara onoj u netransseksualnih žena (19).

4.2. Psihosocijalne teorije

Neke od psihosocijalnih teorija koje opisuju nastanak rodne disforije su teorija ranog psihološkog gubitka, teorija socijalnog učenja, kognitivne razvojne teorije te psihoanalitičke teorije.

Teorija ranog psihološkog gubitka upućuje na važnost odnosa u obitelji. Prema toj teoriji, MuŽ osobe su nerijetko udaljenog odnosa s ocem, a simbiotskog odnosa s majkom. S druge strane, ŽuM osobe su emocionalno zapuštene od strane majke, a u djetinjstvu su često bile zlostavljane.

Teorije socijalnog učenja ističu ulogu roditelja koji ponašanje djece usmjeravaju prema biološkom spolu djece, što se postiže igrama te odabirom boja i odjevnih predmeta koji su tradicionalno povezivani uz određeni spol.

Kognitivne razvojne teorije govore o etiketiranju djece na muško/žensko od strane društva, na što se djeca svojim ponašanjem prilagođavaju postavljenim društvenim normama (1).

Postoji nekoliko psihoanalitičkih teorija koje objašnjavaju pojavu transseksualnosti, no one nisu empirijski potvrđene. Prema jednoj teoriji MuŽ transseksualnost polazi od neriješene separacijske anksioznosti i posljedičnoj fantaziji o simbiotskom spajanju s majkom, što se ostvaruje kroz želju za tranzicijom spola (20). Prema drugoj teoriji MuŽ transseksualnost povezana je s karakteristikama majke MuŽ osobe. Majka koja je odgojena tako da je bliža sa svojim ocem (djedom MuŽ osobe) u braku s pasivnim muškarcem svog sina doživljava kao produžetak vlastitog tijela. Zbog takvog pretjerano bliskog odnosa s majkom, sin se počinje s njom poistovjećivati, a to rezultira transseksualnošću (21).

5. KLINIČKA SLIKA

Rodna disforija se najčešće javlja u dječjoj dobi, ali se može pojaviti i kod odraslih. Kada je prisutna u pubertetske djece i adolescenata, puno se češće zadržava u odrasloj dobi. Mnogo takvih adolescenata nema povijest rodno nespecifičnog ponašanja u djetinjstvu (7).

5.1. Klinička slika u dječjoj dobi

Manifestacija rodne disforije kod djece uključuje rodno nespecifično ponašanje. Pod pojmom rodno specifično misli se na ponašanje koje je tradicionalno povezivano s određenim spolom. Danas se granice rodno specifičnog i nespecifičnog ponašanja polako brišu, s obzirom na to da se pojedini odjevni predmeti, igre, boje i sportovi u sve manjoj mjeri smatraju tipičnim za dječake odnosno djevojčice.

Znakovi koji mogu ukazivati na rodnu disforiju u djevojčica obuhvaćaju inzistiranje na rodnom izražavanju koje više nalikuje dječacima, kao što je oblačenje u „mušku“ odjeću i šišanje kose na kratko. Traže da ih se zove muškim imenom, više se druže s dječacima i izabiru igračke stereotipno povezivane s dječacima (oružje, autići). Mogu odbiti mokriti u sjedećem položaju (1).

Dječaci s rodnom disforijom ponašanjem i izgledom pokušavaju nalikovati djevojčicama. Pokazuju preferenciju ženske odjeće, žele imati dugačku kosu i traže da ih se zove ženskim imenom. Češće odabiru stereotipno ženske igračke (lutke, kuće), a katkad sjede pri mokrenju. Zbog netolerantnosti društva prema feminiziranom ponašanju dječaka, takvi dječaci češće nailaze na neodobravanje okoline nego što je to slučaj s djevojčicama čije je rodno izražavanje stereotipno muško (1).

Veći broj djece koja pokazuju ovakvo ponašanje će se do puberteta početi ponašati na društveno očekivani način. Manji broj zaista razvija poremećaj rodnog identiteta, a kod takve se djece ulaskom u pubertet osjećaj rodne disforije intenzivira. Kod djevojčica je to povezano s pojavom menarhe, no puno veći problem postaju sekundarna spolna obilježja koja su vidljiva okolini (1). Zbog rasta dojki djevojke nerijetko pribjegavaju njihovoj kompresiji steznicima (eng. *binding*) kako bi ih prikrile. Kod djevojaka koje ovakvu praksu provode učestalo i kroz duge periode dolazi do neke od komplikacija u većini slučajeva. Od komplikacija se najčešće javljaju bol (74%) i promjene kože kao što su svrbež, akne i osipi (76%). Mogu se javiti i dispneja (46%),

slabost (27%) te muskuloskeletni (46%) i gastrointestinalni simptomi (17%) (22). Kod mladića rodnu disforiju pojačavaju rast penisa, pojava Adamove jabučice, širenje ramena i dlakavost.

5.1.1. Komorbiditeti u djece

Osim rodne disforije, u djece s poremećajem rodnog identiteta javljaju se i osjećaj manje vrijednosti te depresivnost i anksioznost koji su posljedica osuđivanja i nerazumijevanja okoline, što je posebno izraženo kod dječaka. U pubertetu može doći do socijalnog povlačenja i zapostavljanja svakodnevnih aktivnosti (1). Nerijetko se javljaju samoozljeđivanje, suicidalne misli i pokušaji samoubojstva. Samoozljeđivanje TS osoba je velik problem, a istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuje da je prisutno u 38% slučajeva te da su mu sklonije ŽuM osobe. Prema istraživanju su suicidalnost i pokušaji samoubojstva prisutni u većem postotku u transseksualnoj nego u općoj populaciji. Prediktori samoubojstva TS osoba uključuju mlađu dob (20-22 godine) te povijest zlostavljanja, depresije i zanemarivanja (23).

5.2. Klinička slika u odrasloj dobi

Odrasle osobe s poremećajem rodnog identiteta nastoje živjeti kao osobe suprotnog spola, a na taj se način ponašaju i oblače. Najvažniji pokazatelj poremećaja u odraslih je rodna disforija, osjećaj zarobljenosti u tijelu koje spolom ne odgovara rodu.

Odrasle osobe s poremećajem rodnog identiteta i rodnom disforijom dijele se na četiri podvrste s obzirom na smjer tranzicije i seksualnu orijentaciju (1). Važno je napomenuti da je seksualna orijentacija TR i TS osoba nepovezana s njihovim biološkim spolom ili rodnim identitetom, a seksualnu privlačnost mogu osjećati prema svim ljudima kao i osobe koje nisu TR ili TS. Privlačnost može biti usmjerena prema ljudima istog spola, suprotnog spola, obaju spolova ili prema osobama bez obzira na spol i rod. Osim toga, moguća je aseksualnost, odnosno izostanak osjećaja seksualne privlačnosti. Najčešće seksualne orijentacije TS osoba su one prema suprotnom i istom biološkom spolu zbog čega se prema tim orijentacijama TS osobe dijele na četiri podvrste. Svrha podjele TS osoba na podvrste je prediktivna, odnosno ukazuje na tendenciju provođenja postupaka promjene spola te psihičko funkcioniranje osobe nakon tranzicije.

Razlikujemo MuŽ osobe koje privlače muškarci. U tu skupinu spadaju osobe koje znakove rodne disforije pokazuju već kao dječaci. Većina ih je prije tranzicije živjela kao homoseksualci. Češće se odlučuju na tranziciju i izvještavaju bolju kvalitetu života nakon tranzicije od skupine MuŽ osoba koje privlače žene. Potonja skupina nema rodnu disforiju u djetinjstvu. Prije tranzicije se u ovom slučaju radi o često oženjenim muškarcima, ali nezadovoljnim u braku, jer, umjesto heteroseksualne, žele ostvariti lezbijsku vezu s partnericom. U toj skupini se često javlja autoginofilija (parafilija u kojoj se seksualno uzbuđenje postiže zamišljanjem sebe kao žene). ŽuM osobe koje privlače žene pokazuju rodnu disforiju kao već kao djevojčice. Većina ih se prije tranzicije upuštala u lezbijske veze. ŽuM osobe koje privlače muškarci je rijetka skupina. Nakon tranzicije ostvaruju odnose s homoseksualnim muškarcima, no na tranziciju se odlučuju rjeđe nego ŽuM osobe koje privlače žene (1).

Pojedina istraživanja ukazuju na promjene u seksualnoj orijentaciji nakon tranzicije TS osoba, što je češće zapaženo u MuŽ nego u ŽuM osoba. Prema istraživanjima, promjena orijentacije je prisutna u 33-64% slučajeva nakon MuŽ tranzicije, a u 22-49% slučajeva nakon ŽuM (24, 25, 26, 27). Većina promjena uključuje prijelaz iz privlačnosti prema isključivo jednom spolu prije tranzicije na biseksualnu orijentaciju nakon tranzicije. Manji broj osoba potpuno mijenja seksualnu orijentaciju od privlačnosti prema isključivo jednom spolu na isključivo drugi spol. Radi se o promjeni opaženoj kod 13% MuŽ osoba (26). Ista promjena opažena je kod 6% ŽuM osoba (27). Uzroci promjena seksualne orijentacije nisu poznati. Postoji mogućnost da se uopće ne radi o promijenjenoj, već oduvijek prisutnoj seksualnoj orijentaciji. Razlozi iz kojih ona nije došla do izražaja, odnosno iz kojih je bila potisnuta, mogu biti povezani s rodnom disforijom. Primjer je transrodni muškarac u ženskom tijelu koji izbjegava seksualni kontakt s drugim muškarcima zato što bi u interakciji s njima mogao biti doživljen kao žena. Tek kad izgledom odgovara muškom spolu, osjeća se slobodnije u kontaktu s muškarcima. Ulogu u promjeni seksualne orijentacije može imati i hormonska terapija, iako nije jasan mehanizam takvog djelovanja.

5.2.1. Komorbiditeti u odraslih

Uz rodnu disforiju može se pojaviti odbojnost prema svome spolovilu, pri čemu TS osobe izbjegavaju vlastiti dodir svog spolovila, ali i dodire i poglede na spolovilo od strane seksualnog

partnera. To može rezultirati spolnim disfunkcijama koje se javljaju u komorbiditetu s rodnom disforijom, kao što su seksualna averzija, smanjena seksualna želja te problemi sa seksualnim uzbuđenjem i orgazmom (1).

Kao komorbiditeti se mogu javiti i različiti psihički poremećaji. Najčešće se radi o anksioznim poremećajima i poremećajima raspoloženja (depresivni poremećaj i bipolarni afektivni poremećaj) koji se javljaju u oko 70% TS osoba. Poremećaji ličnosti se javljaju u 40% slučajeva i to najviše iz klastera B (najčešće granični poremećaj ličnosti), a najmanje iz klastera A (najčešće shizoidni poremećaj ličnosti). Zlouporaba psihoaktivnih supstanci (najčešće alkohola) je prisutna kod 20-25% TS osoba (1). S obzirom na to da se ideja o neskladu spola i roda može pojaviti u poremećajima iskrivljenog poimanja stvarnosti (primjerice psihotične epizode, bipolarni poremećaj, disocijativni poremećaj ličnosti, granični poremećaj ličnosti te vrlo rijetko shizofrenija), moguće je da je ideja o pripadnosti suprotnom spolu psihotičan simptom. Iz tog razloga se ta stanja moraju ublažiti psihoaktivnim lijekovima i/ili psihoterapijom prije ireverzibilnih oblika tranzicije (kirurške terapije) (7). Takav pristup potreban je kako bi se osiguralo da se rodna disforija javlja u komorbiditetu s poremećajem iskrivljenog poimanja stvarnosti, odnosno da se ne javlja isključivo kao jedan od simptoma poremećaja iskrivljenog poimanja stvarnosti.

Osim već navedenih spolnih disfunkcija koje se u komorbiditetu javljaju prije tranzicije, one se mogu pojaviti i kao posljedica hormonske ili kirurške terapije. Utjecaj hormonske terapije na seksualnu funkciju vidljiv je u smanjenju seksualne želje kod MuŽ osoba koje koriste estrogene. Kod ŽuM osoba zbog smanjenja razine estrogena može biti smanjen orgazmički kapacitet, no zbog učinka testosterona zapažena je veća seksualna želja iz čega proizlazi i veća učestalost masturbacije. Nakon kirurške promjene spola kod MuŽ osoba moguća je bolnost pri spolnom odnosu zbog postoperativnog sužavanja neovagine (1).

6. DIJAGNOZA

Dijagnoza rodne disforije/rodne inkongruencije postavlja se nakon pažljive procjene osobe tijekom psihološkog tretmana i socijalne tranzicije kroz koju osoba prolazi prije endokrinološkog i kirurškog liječenja. Psihijatar postavlja dijagnozu na osnovi MKB-11 ili DSM-5 kriterija. Nakon postavljene dijagnoze osoba se upućuje endokrinologu, koji isključuje diferencijalnu dijagnozu, odnosno endokrinološke bolesti koje mogu dovesti sličnih simptoma (1).

6.1. MKB-11 kriteriji

Za dijagnozu rodne inkongruencije u odraslih potrebno je ispunjavati barem 2 kriterija kroz minimalno nekoliko mjeseci:

1. Snažna odbojnost prema svojim primarnim i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama
2. Snažna želja za promjenom svih ili nekih svojih primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika
3. Snažna želja za posjedovanjem primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika suprotnog spola
4. Snažna želja da se živi kao osoba suprotnog spola i bude prihvaćena od strane okoline (6).

U MKB-10 klasifikaciji takvo je stanje moralo trajati barem 2 godine kako bi bila postavljena dijagnoza pod drugim nazivom (transseksualnost).

6.2. DSM-5 kriteriji

Prema DSM-5 za dijagnozu rodne disforije u odraslih moraju biti zadovoljena barem 2 kriterija koja su prisutna tijekom minimalno 6 mjeseci. Kriteriji uključuju:

1. Nesklad između biološkog spola i rodnog identiteta
2. Snažnu želju za promjenom svojih primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika
3. Snažnu želju za posjedovanjem primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika suprotnog spola
4. Snažnu želju da se bude drugog spola
5. Snažnu želju da se bude prihvaćen od strane okoline kao osoba suprotnog spola

6. Snažno uvjerenje da osoba ima osjećaje i reakcije tipične za suprotan spol.

U djece tijekom minimalno 6 mjeseci mora biti prisutno poremećeno funkcioniranje u svakodnevnom životu udruženo s minimalno 6 kriterija od mogućih 8:

1. Snažna želja da se bude drugog spola ili inzistiranje djeteta da je drugog spola
2. Snažna preferencija nošenja odjeće tipične za suprotan spol
3. Snažna preferencija za izabiranjem uloga suprotnog spola u igrama
4. Snažna preferencija igračaka i igara stereotipnih za suprotan spol
5. Snažna preferencija za igranjem s osobama suprotnog spola
6. Snažna odbojnost prema igračkama i igrama stereotipnih za svoj biološki spol
7. Snažna odbojnost prema svojim spolnim organima
8. Snažna želja za spolnim karakteristikama suprotnog spola (3).

7. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Rodnu disforiju treba razlikovati od nekih organskih i psihičkih poremećaja. Organski poremećaji uključuju različite oblike interseksualnosti.

7.1. Interseksualnost

Interseksualnost (međuspolnost, hermafroditizam) je stanje niti muškog niti ženskog spola. To je stanje u kojem postoji nepotpuno razvijen biološki spol ili su istovremeno prisutna obilježja muškoga i ženskoga spola. S druge strane, kod poremećaja rodnog identiteta (rodne disforije) postoji potpuno razvijen biološki spol (muški ili ženski). Oba stanja su karakterizirana željom za korekcijom svog biološkog spola, kod rodne disforije je to želja za promjenom u suprotni spol, a kod interseksualnosti se radi o želji za korekcijom spola koja bi odgovarala njihovom rodu i vanjskim spolnim obilježjima. Interseksualne osobe također mogu pokazivati rodnu disforiju, odnosno takva stanja mogu postojati u komorbiditetu.

Interseksualnost ima podlogu u hormonalnim i genetskim poremećajima. Od hormonalnih poremećaja ističu se KAH (kongenitalna adrenalna hiperplazija) i sindrom neosjetljivosti na androgene, dok su od genetskih najvažniji Turnerov sindrom i Klinefelterov sindrom.

Kongenitalnu adrenalnu hiperplaziju obilježava maskulinizacija djevojčica zbog povećane koncentracije androgena.

Sindrom neosjetljivosti na androgene prezentira se feminizacijom vanjskih spolnih organa kod dječaka zbog nedostatnog djelovanja androgena.

Turnerov sindrom se javlja u djevojčica s kariotipom 45, X uz smanjivanje jajnika, amenoreju i neizraženost ženskih sekundarnih spolnih obilježja.

Klinefelterov sindrom imaju dječaci kariotipa 47, XXY što se očituje smanjivanjem testisa, neizraženim muškim spolnim obilježjima te rastom dojki (1).

7.2. Psihički poremećaji

Psihički poremećaji koji dolaze u obzir diferencijalne dijagnoze rodne disforije ovise o dobi osobe.

U dječjoj dobi često je ponašanje koje ne zadovoljava društvene i kulturalne stereotipe muškosti ili ženstvenosti, što se može zamijeniti s rodnom disforijom.

U odraslih se rodna disforija mora razlikovati od transvestitizma, fetišističkog transvestitizma i shizofrenije.

Transvestitizam označava nošenje odjeće karakteristične za suprotan spol. Pri tome ne dolazi do seksualnog uzbuđenja, za razliku od fetišističkog transvestitizma kojeg definira komponenta uzbuđenja pri oblačenju u odjeću suprotnog spola. Fetišistički transvestitizam je parafilija koja se uglavnom javlja kod heteroseksualnih muškaraca. Iako oba ova entiteta karakterizira socijalna komponenta rodne disforije, odnosno nošenje odjeće suprotnog spola, niti jedan od njih ne uključuje želju za promjenom spola, što čini glavnu razliku između (fetišističkog) transvestitizma i poremećaja rodnog identiteta (rodne disforije).

U shizofreniji se kao rijetka sumanuta ideja može pojaviti ideja o pripadnosti suprotnom spolu. Shizofrenija se od rodne disforije može razlikovati na temelju postojanja drugih znakova shizofrenije, kao što su druge sumanute ideje, halucinacije, poremećaj mišljenja i govora te zaravnjeni afekt. Vrlo rijetko se može pojaviti poremećaj rodnog identiteta u komorbiditetu sa shizofrenijom, pri čemu je rodna disforija prisutna i nakon uspješne kontrole shizofrenije lijekovima (1).

8. LIJEČENJE

Liječenje rodne disforije poboljšava kvalitetu života u 80% osoba s tim poremećajem (28). Ono se temelji na standardima skrbi (eng. *Standards od Care*, SOC) koje propisuje svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (eng. *World Professional Association of Transgender Health*, WPATH). Obuhvaća multidisciplinaran pristup koji uključuje psihološke, socijalne, medicinske (hormonske i operativne) i pravne postupke.

Terapijski postupci koji se primjenjuju ovise od osobe do osobe. Nekima je dostatna samo jedna vrsta terapije, a drugi za otklanjanje rodne disforije zahtijevaju kombinaciju više postupaka.

Hormonalni i kirurški postupci dovode do modifikacije reproduktivnih organa i posljedičnog gubitka fertiliteta. Zbog toga bi osoba reproduktivne dobi, u slučaju da započinje takvu terapiju, prije početka trebala istražiti opcije za očuvanje reproduktivne sposobnosti. U slučaju da se radi o osobi pretpubertetske dobi koja započinje terapiju GnRH agonistima (koji zaustavljaju razvoj puberteta, a time i gonada), a kasnije i hormonima suprotnog spola, ne postoji tehnika kojom bi se očuvala reproduktivna sposobnost s obzirom na to da se reproduktivna funkcija nije niti razvila (7).

Liječenje rodne disforije u Hrvatskoj popraćeno je mnogim teškoćama. Ne postoje nacionalne smjernice za medicinski pristup TS osobama, a Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove hormonalnog i kirurškog liječenja (29). Uz to, zdravstveni djelatnici imaju ograničeno znanje o rodnoj inkongruenciji, što rezultira mnogim negativnim iskustvima TS osoba koje traže medicinsku skrb (30).

8.1. Psihološki tretman

Procjena i liječenje osoba s rodnom disforijom započinje psihološkim tretmanom. Njime je obuhvaćena psihoterapija, psihoedukacija i psihofarmakoterapija. Psihoterapija uključuje savjetovanje, podršku, suočavanje s negativnim utjecajem rodne disforije i stigmatizacije na psihičko zdravlje te uključivanje u grupu osoba s istim teškoćama. Psihoedukacijom se provodi edukacija o poremećaju, a psihofarmakoterapija je važna ako su prisutni simptomi depresivnog ili anksioznog poremećaja, koji se nerijetko javljaju u komorbiditetu s rodnom disforijom. Tada se

propisuju antidepresivi i anksiolitici. Posebno je važno prepoznati suicidalnost, koja je izraženija kod mlađih TR osoba.

Psihološko praćenje traje oko godine dana, iako se preporučuje individualna procjena trajanja. Tijekom tretmana dio osoba s poremećajem rodnog identiteta odlučuje provesti tranziciju spola, dok dio od nje odustaje (1).

8.2. Socijalna tranzicija

Prije početka uzimanja hormona i kirurške rekonstrukcije započinje se sa socijalnom tranzicijom. Ona uključuje preuzimanje rodne uloge suprotnog spola, odnosno „iskustvo stvarnog života“ i predstavljanje u javnosti u skladu s rodnim identitetom. To se postiže nošenjem odjeće karakteristične za suprotni spol, promjenom imena te radnim ili akademskim funkcioniranjem kao osoba suprotnog spola (1). Mogu se razmotriti i nemedicinske mogućnosti koje pospješuju poprimanje izgleda koji je u skladu s rodnim identitetom. Takvi postupci kod MuŽ osoba uključuju uklanjanje dlaka, podstavljanje grudi, podvlačenje genitalija te podstavljanje bokova ili stražnjice, a kod ŽuM osoba kompresiju grudi i nošenje protetičkog penisa (7).

Proces socijalne tranzicije traje 1 do 2 godine, pri čemu se testira odlučnost i sposobnost osobe za promjenu spola, kao i podrška okoline. Dijelu osoba je za ublažavanje rodne disforije dovoljna opisana socijalna tranzicija pa u terapiju ne uključuju hormonske i kirurške postupke. Dio osoba nastavlja proces koristeći druge terapijske mogućnosti, a dio zbog pritiska okoline tijekom testiranja socijalne prilagodbe odustaje od procesa tranzicije (1).

8.3. Hormonska terapija

Hormonska terapija uvodi se pod kontrolom endokrinologa, pri čemu se osobi daju hormoni suprotnog spola. MuŽ osobe primaju estradiol i progesterone, a ŽuM osobe primaju testosteron. Djelovanjem hormona stječu se sekundarne spolne karakteristike u skladu s rodnim identitetom. MuŽ osobe doživljavaju lagano uvećanje mliječnih žlijezda i bradavica, gube erekciju i ejakulaciju, smanjuje im se seksualna želja i dlakavost, a struk se sužava. ŽuM osobama se produbljuje glas, pojavljuju akne, osjećaju jači libido, gube menstruaciju, raspodjela dlakavosti postaje tipično muška, a klitoris se uvećava i produljuje te postaje mikropenis.

Prije uvođenja hormonske terapije potrebno je isključiti njene kontraindikacije. Za feminizirajuću terapiju koja uključuje estrogen kontraindikacije su hiperkoagulabilno stanje i venska tromboza, anamneza neoplazme osjetljive na estrogen te teške kronične jetrene bolesti. Kontraindikacije za terapiju testosteronom su trudnoća, nestabilna koronarna bolest srca te policitemija s hematokritom od 55% ili više (7).

Tijekom davanja hormonske terapije, koja obično traje doživotno, bitno je paziti na pojavu nuspojava zbog čega se preporučuju endokrinološke kontrole svakih 6 mjeseci. Nuspojave se uglavnom pojavljuju kod osoba koje, u želji da što prije promijene izgled, samoinicijativno povećavaju doze hormona. Neke od nuspojava hormonske terapije estradiolom i progesteronom kod MuŽ osoba su pojava tromboembolije, hiperprolaktinemija, depresija te karcinom dojke i jajnika. Kod ŽuM osoba zbog testosterona moguća je pojava pretilosti, kolestaze, adenoma jetre i hepatocelularnog karcinoma (1).

Hormonska terapija otklanja velik dio rodne disforije. Mnogima je ona dostatna pa se ne odlučuju za kirurške zahvate (7).

8.4. Kirurška terapija

Kirurška terapija kao tretman rodne disforije uključuje zahvate na dojkama/prsima, zahvate na reproduktivnim organima i estetske operacije. Osoba koja se odlučuje na kiruršku tranziciju najčešće se ne podvrgava svim ponuđenim operativnim zahvatima.

Bitan kriterij za kirurške zahvate na genitalijama je minimalno 1 godina kontinuiranog života u rodnoj ulozi suprotnog spola, kako bi osoba pokazala sposobnost za tranziciju, s obzirom na to da takvi zahvati ireverzibilno oštećuju reproduktivnu funkciju. Hormonska terapija nije kriterij za provođenje kirurških zahvata na dojkama i za estetske zahvate, ali jest za operacije genitalija (7).

Zahvate na reproduktivnim organima nije moguće obaviti u Hrvatskoj, zbog čega takve osobe moraju pomoć potražiti u drugim zemljama, najčešće Srbiji (29).

8.4.1. Kirurška tranzicija ŽuM

Kod tranzicije ženskog spola u muški može se obaviti supkutana mastektomija koja uključuje redukciju tkiva dojki i relokaciju areola s bradavicama na poziciju koja estetski više odgovara

muškom spolu. Vrsta tehnike kojom se provodi mastektomija ovisi o veličini dojke i elasticitetu kože. Kod vrlo malih dojki moguće je koristiti semicirkularni periareolarni rez, što rezultira minimalnim ožiljkom. Veći volumen dojki zahtjeva tehnike koje ostavljaju veće ožiljke, kao što su transareolarna tehnika i koncentrična cirkularna tehnika. U slučaju vrlo velikih dojki provodi se „free nipple“ tehnika kojom se bradavica i areola koriste kao slobodni transplantat pune debljine kože. Kod te tehnike, kao i kod svakog transplantata, moguća je nekroza tkiva i veliko ožiljkavanje (1).

Od zahvata na reproduktivnim organima vrši se histerektomija i ovarijektomija. Također je moguća genitalna transformacija kako bi vanjsko spolovilo izgledom odgovaralo muškom. U tom postupku moguće je učiniti vaginektomiju, implantaciju testikularnih proteza te faloplastiku (rekonstrukciju neopenisa od kožnog režnja) ili metoidioplastiku (rekonstrukciju mikropenisa od klitorisa koji se prethodno testosteronom stimulirao na rast). Metoidioplastika ne omogućava adekvatnu penetraciju zbog veličine mikropenisa, no očuvana je osjetljivost na erotske podražaje. Obrnuta situacija je prisutna kod faloplastike, gdje postoji mogućnost penetracije zbog penilne proteze, ali bez fiziološke reakcije seksualnog uzbuđenja (1).

8.4.2. Kirurška tranzicija MuŽ

Tranzicija muškog spola u ženski uključuje augmentaciju dojki. Iako hormonska terapija nije kriterij kirurških zahvata u tranziciji spola, ona je preporučena kod MuŽ osoba radi poticanja rasta dojki i boljeg estetskog efekta (7).

Pri transformaciji genitalnih organa vrši se orhidektomija i penektomija, no glans penisa se može ostaviti i formirati u neoklitoris. Prostatektomija se ne preporučuje. Velike labije se formiraju od dijela skrotuma, a od kože penisa se formira neovagina čija je dubina najčešće 8-10 cm. Kako bi se postoperacijske stenoze neovagine svele na minimum, obvezna je uporaba dilatatora (1).

8.4.3. Estetski zahvati

Moguće je provesti dodatne kirurške intervencije kako bi osoba izgledom što više nalikovala na željeni spol. U te zahvate spadaju rinoplastika, transplantacija kose, oblikovanje crta lica ili projekcije gluteusa pomoću implantata ili transfera masti, smanjenje projekcije Adamove jabučice te liposukcija kojom se može korigirati oblik različitih dijelova tijela (1).

8.5. Liječenje u djece

Rodna disforija djece liječi se po protokolu nastalom u Nizozemskoj, a koji se provodi u različitim zemljama. Prema protokolu, poremećaj kod djece koja su mlađa od 12 godina ne treba liječiti medicinskim postupcima, već se provodi psihološko savjetovanje djece i roditelja. Ono prvenstveno služi za edukaciju o poremećaju i načinima liječenja te za pružanje podrške, što umanjuje marginalizaciju takve djece. Između 12. i 16. godine (odnosno uz 2. ili 3. stupanj na Tannerovoj skali seksualnog sazrijevanja) djeca moraju biti upućena u specijalizirane centre za poremećaj rodnog identiteta gdje se provodi interdisciplinarna procjena psihologa i pedijatra-endokrinologa. U Hrvatskoj takvi centri ne postoje. Ako se diferencijalno-dijagnostički procjeni da se rodna disforija javlja u okviru nekog drugog poremećaja, osobu se upućuje na adekvatno liječenje. U slučaju da procjena pokaže da je rodna disforija rezultat poremećaja rodnog identiteta, započinje se hormonska terapija koja se sastoji od gonadotropin oslobađajućeg hormona (eng. *gonadotropin releasing hormone*, GnRH). GnRH suprimira pubertet, odnosno sprječava razvoj primarnih i sekundarnih spolnih obilježja. Na taj se način osigurava da osoba bez pritiska donese odluku o promjeni spola, a paralelno se provodi intenzivno psihološko savjetovanje. U slučaju da osoba želi započeti proces tranzicije spola, nakon 16. godine daju se hormoni suprotnog spola koji započinju pubertet i razvoj spolnih obilježja u skladu s rodnim identitetom. Nakon 18. godine mogu se obaviti i kirurški rekonstruktivni zahvati promjene spola ako osoba tako želi (1).

9. PRAVNI POSTUPCI U PROMJENI SPOLA

Promjenu spola prate određeni pravni postupci. Oni podrazumijevaju zakonsku promjenu imena i promjenu oznake spola u osobnim dokumentima. Navedeni postupci su odvojeni i promjena jednog ne podrazumijeva promjenu drugog. U Hrvatskoj ne postoje smjernice za takve postupke u pristupu TR i TS osobama.

Postupak promjene imena u Hrvatskoj je reguliran Zakonom o osobnom imenu (Narodne novine 118/2012). Promjena imena se provodi predavanjem zahtjeva matičnom uredu. Nadležno tijelo može odbiti zahtjev u slučaju da se protiv osobe koja predaje zahtjev provodi kazneni postupak, ako predloženo ime ne predstavlja osobno ime te ako se predloženim imenom vrijeđaju prava drugih ljudi, pravni poredak ili javni moral.

Postupak promjene oznake spola, odnosno pravno priznanje roda, je regulirano Zakonom o državnim maticama (Narodne novine 76/2013) i Pravilnikom o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu (Narodne novine 132/2014). Prema pravilnicima, zahtjev za promjenom oznake spola se uz mišljenje psihologa, psihijatra, endokrinologa i socijalnog radnika podnosi Nacionalnom zdravstvenom vijeću. Ono odobrava zahtjev na temelju kojeg se mijenja oznaka spola u dokumentima, diplomama i drugim uvjerenjima.

Poseban problem predstavlja promjena spola osobe koja je u braku. Prema Obiteljskom zakonu (Narodne novine 103/2015) brak je zajednica muškarca i žene. Promjenom spola jednog supružnika dolazi do istospolne zajednice, što brak čini nepostojećim. S osobom istog spola moguć je jedino život u istospolnoj zajednici (1).

10. ZAKLJUČAK

Transrodnost, transseksualnost i rodna disforija u društvu nisu široko prihvaćeni i povezani su s velikom stigmatizacijom, diskriminacijom, izolacijom i zlostavljanjem. Stav prema kojem je rodna disforija psihijatrijski poremećaj doprinosi negativnoj percepciji takvih osoba. Zbog osude javnosti, TR i TS osobe često ne traže pomoć, već skrivaju svoje probleme. Iz toga proizlazi i pojava depresije, anksioznosti i zlouporabe psihoaktivnih supstanci, a posebno su problematična skupina adolescenti, koji su pod povećanim rizikom od samoubojstva. U Hrvatskoj TR i TS osobe nailaze na mnogo problema i često imaju teškoća u pristupu odgovarajućoj medicinskoj skrbi, s obzirom na to da ne postoje specijalizirani centri ni stručni timovi za pružanje pomoći, a znanje zdravstvenih radnika o rodnoj neusklađenosti je manjkavo. Hormonalno i kirurško liječenje ovisi isključivo o financijskim mogućnostima TS osobe, s obzirom na to da takvo liječenje nije financirano od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. To dovodi do odgađanja liječenja koje uvelike pomaže u otklanjanju rodne disforije te unaprjeđuje kvalitetu života i psihičko zdravlje. Iz tog razloga važno je omogućiti odgovarajuću skrb TR i TS osobama. Potrebno je organizirati specijalizirane centre za pružanje skrbi i stvoriti nacionalne smjernice za postupanje s TR i TS osobama. Bitna je edukacija javnosti, ali i zdravstvenih radnika, kako bi se smanjila stigmatizacija osoba s rodnom disforijom i poboljšala kvaliteta medicinske skrbi.

11. ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Draženu Begiću na ustupljenim materijalima i pruženoj pomoći pri izradi ovog diplomskog rada.

Zahvalila bih svojoj obitelji što su mi bili podrška tijekom cijelog studija i što su učinili sve što je u njihovoj moći kako bi mi omogućili život koji imam. Posebno hvala djedu. Hvala mojim prijateljima na potpori kroz mnoge ispite. Hvala i meni na ustrajnosti i trudu.

U Zagrebu, 2019.

Lara Klarić

12. POPIS LITERATURE

1. Jokić-Begić N, Begić D. (ur.) Suvremeni pristup transseksualnosti. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
2. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol 2015;70(9):832-864.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorder. Fifth edition. Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Begic D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
5. Byne W, Karasic DH, Coleman E, Eyler AE, Kidd JD, Meyer-Bahlburg HFL, Pleak RR, Pula J. Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists. Transgend Health 2018;3(1):57-70.
6. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti. 11. revizija. 2018.
7. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J,...Zucker K. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. Int J Transgend 2012;13(4):165-232.
8. Green R, Blanchard R. Gender Identity Disorders. U: Sadock VA. (ur.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
9. Blanchard R, Steiner BW. Clinical Management of Gender Identity Disorder in Children and Adults. Whashington: American Psychiatric Press, 1990.
10. Davidson GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.
11. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav Genet 2002;32:251-257.
12. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry 2015;30:807–815.
13. DeCuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. Eur Psychiatry 2007;22(3):137-141.

14. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. Am J Public Health 2017;107(2):1-8.
15. Kuyper L, Wijsen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. Arch Sex Behav 2014;43(2):377-385.
16. Ehrhardt AA, Money J. Progestin-induced hermafroditism. J Sea Res 1967;3:83-100.
17. 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(11):3000-3004.
18. Schneider HJ, 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(2):265-269.
19. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995;378(6552):68-70.
20. Person E, Ovesey L.The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. Am J Psychother 1974;28(1):4-20.
21. Stoller R. Sex and Gender. New York: Science House, 1968.
22. Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. Cult Health Sex 2017;19(1):64-75.
23. Mueller SC, De Cuypere G, T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective. Am J Psychiatry 2017;174(12):1155-1162.
24. Auer MK, Fuss J, Höhne N, Stalla GK, Sievers C. Transgender transitioning and change of self-reported sexual orientation. PLoS One [Internet]. 2014[pristupljeno 04.05.2019.];9(10):e110016. Dostupno na: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0110016
25. Katz-Wise SL, Reisner SL, Hughto JW, Keo-Meier CL. Differences in Sexual Orientation Diversity and Sexual Fluidity in Attractions Among Gender Minority Adults in Massachusetts. J Sex Res 2016;53(1):74-84.

26. Lawrence AA. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. Arch Sex Behav 2005;34(2):147-166.
27. Meier SC, Pardo ST, Labuski C, Babcock J. Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. Arch Sex Behav 2013;42(3):463-474.
28. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ et al. Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. Clin Endocrinol 2010;72(2):214-231.
29. Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Jurin T. Psychosocial Adjustment to Sex Reassignment Surgery: A Qualitative Examination and Personal Experiences of Six Transsexual Persons in Croatia. Scientific World Journal 2014;2014:960745.
30. Jokić-Begić N, Altabas V, Antičević V, Arbanas G, Begić D, Budi S, Dumić M, Grubić M, Grujić J, Jakušić N, Stipančić G, Šarić D, Žegura I. Croatia Needs a Gender Incongruence Diagnosis for Prepubertal Children. Arch Sex Behav 2017;46(8):2507-2508.

13. ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Varaždinu 12. travnja 1994. godine.

Pohađala sam VI. osnovnu školu Varaždin te Prvu gimnaziju Varaždin, opći smjer, koje sam završila s odličnim uspjehom. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisala sam 2013. godine te redovito polažem godinu za godinom.

Aktivno se služim engleskim, a pasivno njemačkim jezikom.
Od 2012. godine posjedujem Europsku računalnu diplomu (ECDL) kao potvrdu informatičke pismenosti.

Prisustvovala sam ljetnoj školi hitne medicine u organizaciji EMSA Macedonia (European Medical Students' Association Macedonia) koja se održavala 2017. godine u Ohridu u Sjevernoj Makedoniji.
Pohađala sam trauma edukaciju „Zbrinjavanje teško ozlijeđene osobe“ u organizaciji Studentske ekipe za prvu pomoć (StEPP) 2018. godine.
Sudjelovala sam na internacionalnom medicinskom znanstvenom kongresu ZIMS (Zagreb International Medical Summit) 2018. godine u organizaciji EMSA Zagreb.

Članica sam Studentske sekcije za ginekologiju i opstetriciju.
U slobodno vrijeme se bavim crtanjem portreta i sviranjem gitare.