

Poliklinika Grujić Koračin

INTERDISCIPLINARNI PRISTUP TRANSSEKSUALNOSTI – GINEKOLOŠKO ISKUSTVO

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO TRANSSEXUALITY – GYNAECOLOGICAL EXPERIENCE

Jasenska Grujić Koračin

Pregledni članak

Ključne riječi: transseksualnost, promjena spola

SAŽETAK. Transseksualnost je poremećaj spolnoga identiteta karakteriziran trajnim osjećajem nepripadanja spolu u kojemu je osoba rođena uz identifikaciju sa suprotnim spolom i želju da svoj biološki spol promijeni pomoću lijekova i kirurških zahvata. Etiologija ovoga poremećaja nije u potpunosti dokazana, ali se zna da psihološka podrška i liječenje (endokrinološko, kirurško) transseksualnim osobama donosi olakšanje i umanjuje patnju. Razlikujemo muško-u-žensko (MuŽ) transseksualne osobe i žensko-u-muško (ŽuM) transseksualne osobe. U Poliklinici Grujić Koračin pregledane su dvije MuŽ transseksualne osobe, u kojih se našlo dobro rekonstruirano žensko spolovilo i rodnica. Ginekolog u postupku tranzicije spola sudjeluje pri kirurškom postupku promjene spola ŽuM transseksualne osobe (histerektomija, adnektomija) ali i u kasnijem nadzoru i ŽuM i MuŽ transseksualaca (ovisno o prethodno učinjenome kirurškome zahvatu), te daje dodatnu socijalnu podršku MuŽ transseksualnim osobama.

Review

Key words: transsexuality, changing sex

SUMMARY. Transsexuality is a disorder of sexual identity characterized by permanent feeling of not belonging to the sex being born with and identification with the opposite sex and wish to change his/her biological sex using drugs or by surgical operations. The etiology of the disorder is not fully demonstrated, but it is known that psychological support and treatment (endocrinological, surgical) brings relief to transsexual people and decreases suffering. We differ the male-to-female (MTF) transsexual persons and female-to-male (FTM) transsexual persons. In the Surgery Grujić Koračin two MtF transsexual persons have been examined by whom well reconstructed female genitals and vagina have been found. In the process of sex transition a gynecologist takes part in a surgical procedure of changing sex in FTM transsexual persons (hysterectomy, adnexectomy), but also in later controls and supervision of FTM and MTF transsexuals (depending on a surgical procedures previously carried out) and gives an additional social support to MF transsexual persons.

Uvod

Transseksualnost (TS) je poremećaj spolnoga identiteta karakteriziran trajnom neugodom zbog svoga spola i spolne uloge. Izražena je identifikacija sa suprotnim spolom uz vjerovanje da osoba zaista jest suprotnoga spola. Takva osoba teži promjeni spola putem hormonalne terapije i kirurških zahvata, a osjećaj da su »zarobljeni u krivome tijelu« često je prisutan od najranijega djetinjstva.^{1,2}

Transseksualnost je složeni poremećaj pa se mnogobrojni termini rabe kako bi se opisale biološke i psihosocijalne kategorije, a i proces promjene spola. Ljudi su određeni svojim spolom i rodnom, odnosno spolnim i rodnim identitetom.² **Spol** se odnosi na biološke karakteristike s kojima je osoba rođena, a koja omogućuje binarnu kategorizaciju na muški odnosno ženski spol. Osnovu za ovu podjelu čini izgled spolnih organa. **Rod** je sociopsihološka kategorija koja uključuje individualan doživljaj pripadanja određenome spolu, osoba zna je li muško ili žensko (ili u vrlo rijetkim slučajevima oboje ili nijedno). U većine ljudi sukladan je spol u ko-

jemu je osoba rođena i rodni identitet, no ukoliko se ove dvije kategorije ne podudaraju nastaje poremećaj za koji postoje razni nazivi: transseksualnost, transrodnost i poremećaj rodnoga identiteta. Transrodnost se očituje u nadilaženju rodne uloge i identiteta, a transseksualnost se odnosi na osobe koje u svome transrodnom identitetu teže prema modifikaciji svoga tijela kako bi promijenile spol. Transrodnost je društvena kategorija, a transseksualnost je stanje koje zahtijeva medicinsku skrb.³ Poremećaj rodnoga identiteta (*eng. gender identity disorder-GID*) je nadređeni pojam i naziv za skupinu poremećaja kojima je zajedničko obilježje biti osoba suprotnoga spola. Afektivna komponenta ovoga poremećaja je rodna disforija (*eng. gender dysphoria*), koju osim nezadovoljstva vlastitim spolom i želje da se bude suprotnoga spola obilježava i da taj spol bude prihvaćen od drugih.² Zbog kasnijih razmatranja i u našoj sredini čestih homofobnih stavova valja spomenuti homoseksualnost tj. seksualnu orijentaciju. Homoseksualnost se još od 1973. ne smatra duševnom bolešću, a seksualna orijentacija se određuje se na temelju onoga što (ili tko) kod određene osobe pobuđuje seksualnu reakciju.¹

Dijagnostički kriteriji i klasifikacija poremećaja rodnog identiteta

Postoje dvije klasifikacije prema kojima se određuje dijagnoza transseksualnosti. Prema Dijagnostičkome i statističkom priručniku za duševne poremećaje Američkoga psihijatrijskoga društva, 4. izdanje iz 1994. mora biti zadovoljeno sljedeće: 1. mora postojati trajno i snažno poistovjećivanje sa suprotnim biološkim spolom te želja da se bude toga drugog spola, 2. mora postojati trajna nelagoda zbog vlastitoga spola ili osjećaj nelagode zbog spolne uloge vlastitoga spola, 3. dijagnoza poremećaja rodnoga identiteta ne postavlja se ukoliko postoji bilo koje od interseksualnih stanja kakvo je npr. kongenitalna adrenalna hiperplazija ili sindrom kongenitalne androgene neosjetljivosti i 4. mora postojati dokaz o klinički značajnim smetnjama u socijalnom, radnom i drugim važnim područjima djelovanja.¹

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije, 10. Revizija (MKB-10) kriteriji za poremećaje rodnoga identiteta su sljedeći: 1. osoba koja želi biti prihvaćena u ulogu suprotnoga spola želi da i njeno tijelo bude što više slično suprotnome spolu što ostvaruje kroz hormonalno i kirurško liječenje, 2. transseksualni identitet prisutan je najmanje dvije godine, 3. to stanje nije simptom psihičkog poremećaja ili kromosomske abnormalnosti. MKB-10 razlikuje transseksualizam od transvestitizma (potreba odijevanja u odjeću suprotnoga spola ali bez želje za promjenom spola) i poremećaja rodnoga identiteta u djetinjstvu.⁴

Poremećaje rodnoga identiteta nadalje dijelimo na poremećaje koji se javljaju u dječjoj, adolescentnoj i odrasloj dobi. Većina djece s rodnom disforijom neće ovaj poremećaj imati u odrasloj dobi.⁵ Poremećaj je češći u dječaka, u omjeru 5–6 dječaka na jednu djevojčicu,⁶ a mnoga djeca poremećenoga spolnog identiteta žive u uvjerenju da će nekako, kako budu rasli, njihovi spolni organi promijeniti u one suprotnoga spola.¹

S obzirom na biološki spol i rodni identitet razlikuju se 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.

Podjela prema seksualnoj orijentaciji određena je spolom partnera u odnosu na biološki spol i može biti homoseksualna i nehomoseksualna. ŽuM transseksualce privlači isti biološki spol pa su oni homoseksualne orijentacije, a u skupini MuŽ transseksualnih osoba polovica je homoseksualno, dok su drugi nehomoseksualni sa snažnom željom, u odrasloj dobi, zamišljanja sebe kao žene uz potrebu života u ženskoj ulozi. Nehomoseksualni ŽuM transseksualci vrlo su rijetki ostvarujući, nakon provedene tranzicije spola, zadovoljavajuće odnose s muškim homoseksualcima.³

Učestalost

U muškaraca (MuŽ transseksualci) poremećaj se nalazi u 1:10–30 000 osoba, u žena (ŽuM transseksualci) u 1:30–100 000 osoba.

Procjene učestalosti razlikuju se među zemljama ali i uspoređujući razdoblja provedenih istraživanja što upućuje na kulturalne čimbenike koji sigurno igraju ulogu u spremnosti transseksualnih osoba da potraže pomoć. Tako je u Australiji 1981. učestalost bila za MuŽ 1:24000, za ŽuM 1:150000, u Belgiji 2007. MuŽ 1:12900, ŽuM 1:33000, u Nizozemskoj 1996. MuŽ 1:119000, u ŽuM 1:30400, u Njemačkoj 1996. MuŽ 1:32000, ŽuM 1:94000, u Srbiji 2008. MuŽ 1:110000, ŽuM 1:105000, u Velikoj Britaniji 1974. MuŽ 1:34000 i ŽuM 1:108000. Većina istraživanja nalazi da je učestalost MuŽ veća od ŽuM transseksualnosti u omjeru 3:1.^{3,6}

Povijest transseksualnosti i integracija transseksualnih osoba u društvene okvire

Od Hatšepsut (prve žene koja je bila faraon) do priče o papisi Ivani, u povijesti nailazimo na osobe koji su potražile drugi rodni identitet, bez obzira na društvene okolnosti. Prelaženje rodnih granica obično izaziva moralnu osudu, posebno u konzervativnim ili samo formalno sekularnim društvima kakvo je i naše. U nekim pak društvenim zajednicama osobe koje prelaze rodne granice posebno su cijenjene.

Osobe s osjećajem nesklada biološkoga spola i rodnoga identiteta mogu se naći u svim društvima ali razlika postoji u načinu na koji određeno društvo percipira i prihvaća transseksualnu osobu. Civilizacija zapada tj. naš kulturni krug poznaje samo podjelu na muškarce i žene.

Na tri rodne kategorije nailazimo još u starim egiptskim zapisima: tai (muško), sht (sekhet) i hmt (žen-sko). Iako se zapadnim tekstovima sht prevodi kao »eunu« dokazi o provođenju kastracije ne postoje. Grčka mitologija govori o tri rodne kategorije: muškoj ženskoj i androginoj. U Indiji postoji kasta hijrasi koji imaju amputirane testise i penis, ne osjećajući se niti kao muškarci niti kao žene.⁷

Među sjevernoameričkim Indijancima feminizirani muškarci (berdache) oblače se poput žena, obavljaju »ženske« poslove, spolno opće s muškarcima, a mogu živjeti i kao berdache supruga te su posebno cijenjeni zbog unutarnje ravnoteže oba spola.⁸

Antonia Young u svojoj knjizi »Women Who Become Men: Albanian Sworn Virgins« opisuje žene koje su, u pojedinim dijelovima Balkana, postale muškarci. One žive poput muškaraca, zavjetovane na celibat. Tzv. virdžine bile su poštovane poput »pravoga« muškarca sa svim povlasticama, a djevojka bi postala virdžina jer u obitelji nije bilo muške djece, a samo su muškarci mogli naslijediti imovinu.⁹

Prva operacija promjene spola izvršena je u Njemačkoj 1930. godine ali je za Lili Elbe završila fatalno. Godine 1952. Georg Jorgensen, bivši vojnik, nakon operacije u Copenhagenu postaje Christine, a istančan i krajnje osoban prikaz svojega života kao muškarca i postupne promjene u ženu opisala je Jan Morris (nekada James) u knjizi »Conundrum« – »Zagonetka«.¹

Prijatelj Christine Jorgensen, liječnik Harry Benjamin objavio je 1966. Knjigu »Transseksualni fenomen« u kojoj opisuje prirodu stanja, razliku između transseksualaca i transvestita te rezultate liječenja hormonima i kirurškim zahvatom. Utemeljio je udruhu Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association koja i danas određuje smjernice i standarde liječenja.¹⁰

Etiologija

Etiologija transseksualnosti nije poznata ali se najvjerojatnije radi o kombinaciji raznih bioloških faktora tijekom diferencijacije spola ali i raznih psiholoških i odgojnih tj. psihosocijalnih utjecaja.

Biološku pozadinu transseksualnosti nemoguće je razumjeti ukoliko se ne razumije proces diferencijacije spola.

Diferencijacija spola. Genetski spol embrija određen je časom oplodnje, ali je diferencijacija spola složen proces kojim upravljaju mnogobrojni geni. Spolni dimorfizam (muško-žensko) moguć je zbog gena determinacije testisa – SRY gen (engl. sex-determining region on Y), a proteinski produkt ovoga gena je čimbenik determinacije testisa-TDF (engl. testis determining factor). Spolni sustav (primitivne spolne žlijezde, spolni kanali i vanjsko spolovilo) prolazi kroz indiferentni stadij tj. sve ove strukture mogu se razviti bilo u ženskome bilo muškom smislu. Kada je prisutan SRY tj. TDF razvit će se muško, a kada ga nema, uvijek će se razviti žensko.

Spolne žlijezde počinju dobivati muška ili ženska obilježja tek u sedmome tjednu razvoja. Osnovu spolnih žlijezda čine spolni nabori u koje se ameboidalnim gibanjem iz žumanjčane vrećice spolne prastanice nastane u šestome tjednu razvoja. Spolne su žlijezde tada indiferentne, a spolne prastanice induciraju razvoj spolnih nabora u spolne žlijezde tj. testis, ukoliko postoji SRY gen ili jajnik ukoliko taj gen ne postoji. Ekspresija gena SRY uzrokuje razvoj medularnih tračaka testisa, stvaranja tunike albugineje i izostanak stvaranja kortikalnih tračaka jajnika. Leydigove intersticijske stanice testisa počinju u osmome tjednu stvarati testosteron koji utječe na diferencijaciju spolnih kanala, a anti Müllerov hormon, proizvod Sertolijevih stanica, dovodi do nestajanja Müllerovih kanala. Dihidrotosteron dalje potiče formiranje vanjskih spolnih organa karakterističnih za muškarca. Vodeći gen za razvoj jajnika je WNT4 pa on, zajedno s genima koji silazno slijede u nizu, potiče stvaranje kortikalnih tračaka, nestajanje medularnih tračaka testisa i izostanak stvaranja tunike albugineje. Estrogeni potiču razvoj Müllerovih kanala iz kojih nastaju jajovodi, maternica, gornji dio rodnice te razvoj vanjskoga spolovila (klitoris, velike i male usne i donji dio rodnice).¹¹

Prenatalnu diferencijaciju spolnih žlijezda i spolnih organa prati i »spolna« diferencijacija mozga.² Ovaj se proces zove i organizacija tj. instalacija mozga koji se razvija u muškome ili ženskome smislu. U muškom smislu se mozak razvija zbog direktnoga utjecaja testo-

sterona, a proces počinje u drugoj polovici trudnoće. Valja se podsjetiti da neuroni od najranijih faza razvoja mozga već posjeduju receptore za testosteron, estrogene i progesteron. Mozak djevojčice zaštićen je od pretjeranoga utjecaja majčinih estrogena alfafetoproteinom ploda koji se veže na estrogene ali ne i na testosteron. No mozak i sam proizvodi estrogene konverzijom testosterona uz utjecaj aromataze. Do instalacije mozga u ženskome smislu dolazi zbog odsustva utjecaja testosterona. U ovome razdoblju tj. u drugoj polovici trudnoće programiraju se i rodni identitet i spolna orijentacija te neki obrasci spolno uvjetovanog ponašanja.¹²

Ljudska spolna diferencijacija je, dakle postupni proces, sa zbivanjima u slijedu koja nisu međuzavisna, tj. spolna diferencijacija ne završava formiranjem vanjskih spolnih organa, već i mozak, u osnovi spolno bipotencijalna struktura podliježe diferencijaciji neovisno o diferencijaciji spolnih organa.¹³

Biološki korijeni transseksualnosti

Istraživanja biološke etiologije transseksualnosti usmjerena su na područja genetike, hormonalnih utjecaja te anatomskih razlika. Dokazana je povezanost mnogih poremećaja i bolesti i genskih polimorfizama. Susanne Henningson i sur. uočili su da su tri polimorfizma (na genu za androgene receptore, na genu za aromatazu i na genu za estrogenski receptor beta) tipična za Muž transseksualce,¹⁴ a da je mutacija gena CYP17 C statistički značajno povezana sa ŽuM transseksualnošću. CYP17 enzim pretvara 17-hidroksipregnenolon u dehidroepiandrosteron (DHEA) i 17-hidroksiprogesteron u androstendion (AND), a DHEA i AND dalje se metaboliziraju u testosteron, estron i estradiol.¹⁵ Odavno je poznato, iako dokazano u eksperimentima na životnjama, da su neuroni osjetljivi na gonadalne steroide locirani u mreži neurona koja posreduje u obrascima ponašanja vezanim za reprodukciju.¹⁶ Neurohormonalni poremećaji u prenatalnoj spolnoj diferencijaciji mozga povezani su s transseksualnošću, a navedena istraživanja ukazuju da se nosioce mutacija gena odgovornih za sintezu i metabolizam hormona i receptora može povezati s poremećajima spolnoga identiteta.¹² Posebno je zanimljiva pretpostavka o povezanosti prenatalnoj izloženosti androgenima i omjera duljine drugoga i četvrtoga prsta na ruci. Zna se da je taj omjer u muškaraca manji tj. odrasli muškarci imaju dulji četvrti od drugoga prsta. Transseksualne Muž osobe značajno se razlikuju s obzirom na omjer duljine drugoga i četvrtoga prsta u odnosu na kontrolnu skupina muškaraca, a značajno se manje razlikuju u odnosu na žene.²

Hereditarna komponenta u transseksualaca također je uočena,¹⁷ a dokazane su i neuroanatomske razlike u strukturama odgovornim za spolnu diferencijaciju mozga (intersticijske jezgre strije terminalis – engl. *bed nucleus of the stria terminalis* – *BSTc*, hipotalamus, preoptičko područje) pa je kod transseksualnih Muž osoba veličina spomenutih struktura (*BSTc*) jednaka kao i u kontrolnoj skupini žena, dok je u transseksualnih

ŽuM osoba ona slične veličine kao i u kontrolnoj skupini muškaraca.^{18,19}

Psihosocijalna etiologija transseksualnosti

Valja razmotriti i psihodinamske teorije o poremećaju identifikacije djeteta s roditeljem istoga spola i bihevioralne teorije o neadekvatnome spolnom usmjerenju dječaka i djevojčica. Muž transseksualne osobe u dječjoj su dobi često imale udaljen odnos s ocem, a ŽuM transseksualne osobe često u djetinjstvu bile zlostavljane. Dječaci »ženskoga« obrasca ponašanja često su u pretjerano bliskom, simbiotskom odnosu s majkom, a djevojčice sklone »muškom« ponašanju emocionalno su zapuštane od strane majke.

Psihoanalitičke teorije tumače transseksualnost muškaraca neriješenom separacijskom anksioznošću ili propustima u odgoju unatrag dvije generacije kada baka budućega Muž transseksualca svoju kćer odgaja hladno, a ona pak blago poremećenoga rodnog identiteta, razvija sa sinom pretjerano bliski odnos uz stalni tjelesni kontakt, pa u njega, pretjerano se poistovjećujući s majkom, ego granice blijede i na kraju se razvija transseksualnost. Ove teorije nisu potvrđene empirijski, a u novijim istraživanjima nisu u okviru transseksualnosti uočena značajnija psihopatološka odstupanja.^{1,2} Iako obje klasifikacije (DSM IV i MKB10) svrstavaju transseksualnost u psihičke poremećaje,^{1,4} valja ponoviti da transseksualne osobe imaju malo psihopatoloških odstupanja, da su dobro socijalno prilagođene, a visoki stupanj njihove patnje prestaje promjenom spola. Interseksualne osobe imaju visoke intelektualne sposobnosti što je potvrđeno i tijekom istraživanja psihosocijalnih karakteristika transseksualnih osoba u Hrvatskoj.²⁰

Liječenje

Liječenje transseksualnih osoba provodi se po detaljnoj proceduri propisanoj prema Standardima skrbi za poremećaje rodnoga identiteta (Standards of care – The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), u specijaliziranim centrima u kojima su zaposleni stručnjaci raznih profila.¹⁰ Ovakav pristup transseksualnosti moguć je u razvijenim zemljama, no u Hrvatskoj ne postoji obaveza liječnika da slijede protokol prema kojemu bi valjalo postupati kada se poremećaj dijagnosticira.

Liječenje transseksualnih osoba obuhvaća razne postupke. U prvome redu to je psihoterapija i psihoedukacija, potom slijedi endokrinološko liječenje te napokon kirurški postupci. U cijeloj proceduri tranzicije spola valja spomenuti i društveno-pravne aspekte.

Psihoterapija se provodi oko godinu dana, uz individualno trajanje. Psiholog – psihoterapeut postavlja dijagnozu, a svrha psihoterapije nije »ispravljanje« transseksualnosti, već se tijekom psihoterapije provodi edukacija uz uvid u iskustva drugih transseksualaca u grupnom radu, utvrđuju se životni ciljevi vezani na odnose s partnerom, s obitelji i poslom. Čak do trećine transseksualaca odustaje od tranzicije spola u ovoj fazi.²

Ukoliko psiholog-psihoterapeut postavi dijagnozu transseksualnosti, slijedi endokrinološko liječenje. Prije davanja lijekova učini se internistički pregled s hormonskim pretragama iz kojih se vidi da transseksualci imaju sve karakteristike zdravih muškaraca, transseksualke sve karakteristike zdravih žena. Oni transseksualci koji to žele, mogli bi prije početka liječenja hormonima pohraniti jajne stanice, embrije ili sjeme.

Za Muž transseksualne osobe liječenje se prvih 6 mjeseci provodi estradiolom (10 mg intramuskularno jednom tjedno) uz ciproteron acetat 50 mg jednom dnevno. Nakon 6 mjeseci provjeravaju se estradiol, prolaktin i testosteron pa se potom doze mogu smanjivati uz dodavanje progesterona kako bi se oponašao prirodni ciklus. Trajanje liječenja do pojave sekundarnih spolnih karakteristika željenoga spola je oko 4 godine koliko traje i normalni pubertet. Već nakon mjesec dana liječenja uočljivo je uvećanje dojki i bradavica te veća pigmentacija areola, nakon 2–3 mjeseca gubi se erekcija i ejakulacija te mišićna snaga, koža je mekša, osobe su tankočutnije. Nakon 4–8 mjeseci dlake sporije rastu i otpadaju, struk je uži, kukovi širi, a nakon godine dana navedene su karakteristike sve izraženije. Važno je naglasiti da se i nakon provedenoga kirurškoga zahvata terapija hormonima nastavlja uz individualni pristup.

U ŽuM transseksualaca liječenje se provodi testosteronom intramuskularno obično svaka dva tjedna, a nakon 6 mjeseci jednom u 2–3 tjedna. Dihidrotestosteron u obliku gela aplicira se na klitoris i dojke dva puta dnevno. Već mjesec dana nakon prve doze testosterona jača libido, javljaju se bubuljice, osobe su snažnije. Nakon dva mjeseca glas je dublji, menstruacija izostaje uz rast dlaka na tipičnim mjestima za muškarca. Klitoris se uveća na 1,5 cm nakon 5 mjeseci liječenja, nakon 6 mjeseci osobe se briju, klitoris je dug 2,5 cm, a nakon 9 mjeseci klitoris ima 4 cm. Godinu dana nakon početka liječenja testosteronom klitoris je dug 5,5 cm, dlakavost je muškoga tipa, tijelo poprima muški oblik. Nakon provedenoga kirurškoga liječenja, liječenje testosteronom se nastavlja cijeli život.²¹

Kirurško liječenje

Kirurška tranzicija spola zahtijeva organizirani multidisciplinarni pristup estetskoga kirurga, urologa i ginekologa.

ŽuM transseksualne osobe

Kirurška tranzicija iz ženskoga u muški spol temelji se na supkutanoj mastektomiji uz prezervaciju bradavica-areola kompleksa te relokaciju ovoga kompleksa uz točan izračun njegove nove »muške« pozicije.²² Histerektomija s adnektomijom može se učiniti zajedno s mastektomijom. Danas se nastoji muško spolovilo rekonstruirati u jednome aktu i omogućiti pacijentu da ima neopenis s rekonstruiranim erogenim i taktilnim senzorijskim te da mu takav penis omogućiti mokrenje stojeći i normalan spolni odnos. Rekonstrukcija spolovila tj. faloplastika vrši se na dva načina. Prvi je

mikrokirurška tehnika podlaktičnim režnjem s formiranjem neouretre, spajanjem podlaktičnog i ilioingvinalnoga živca zbog očuvanja osjeta, a kako bi osjet bio što bolji ostavlja se klitoris kao baza neopenisu. U istome aktu učini se vaginektomija, a defekt na podlaktici pokriva se slobodnim kožnim transplantatom. Testikularne silikonske proteze ugrade se metodom skrotoplastike iz labijalnih režnjeva šest mjeseci nakon faloplastike, a godinu dana nakon rekonstrukcije muškoga spolovila moguće je ugraditi i erektilnu protezu. Drugi način rekonstrukcije penisa je metoidioplastika kojom se realizira mikrofalus iz hipertrofiranoga klitorisa, a u istome aktu učini se vaginektomija s rekonstrukcijom skrotuma. Ovom se metodom ne može garantirati pacijentu mokrenje dok stoji a i spolni odnos nije moguć.²³

Muš transseksualne osobe

Kirurški proces tranzicije muškarca u ženu počinje amputacijom penisa i rekonstrukcijom neovagine na način da se ispreparira perinealni režanj, odstrane testisi. Slijedi cirkularna incizija oko glansa, preparira se koža, skrate korpora kavernoza, a korpus spongiozum s uretrom ostaje kateteriziran. Formira se »vaginalni tunel« perinealnim pristupom do prostate. Šiva se perinealni režanj s kožom penisa i formira »vrećica« koja se uvrne i prišije za već pripremljene šavove na lateralnim stranama prostate. Kroz pripremljeni otvor na bazi penilnoga režnja provuče se korpus spongiozum s uretrom, a klitoris formira iz korpora kavernoza i (u nekim tehnikama) iz ostavljenoga glansa penisa. Dio penilnoga režnja nakon što se skрати uretra predstavljat će male usne, a koža skrotuma velike. Na kraju operacije u neovaginu postavi se proteza koja se ostavlja 2 mjeseca. Nakon toga moguće je snošaj. Augmentacija dojki učini se istovremeno s rekonstrukcijom spolovila.²⁴

Vrše se i dodatni kirurški zahvati kako bi se dobio bolji dojam željenoga spola (korekcija nosa, povećanje usana, korekcija naglašene tiroidne hrskavice-Adamove jabučice, te ostale estetske operacije na tijelu).

Prikaz pacijentica

U Poliklinici Grujić Koračin pregledane su dvije Muž transseksualne osobe.

Prva, NN, njegovana i lijepa mlada žena došla je na ginekološki pregled zbog pojačanoga iscjetka i pitala se je li to normalno. U razgovoru s pacijenticom doznalo se da je rođena i odgajana kao muškarac ali da je od uvijek znala da je žena pa je uz psihološku podršku započela s hormonalnom terapijom, a kirurški zahvat obavljen je nedavno u inozemstvu. Izgledala je zadovoljno, imala je partnera, mokrenje je bilo uredno. Hormone je uzimala peroralno (2 mg estradiola dnevno). Ginekološki nalaz: inspekcijom se našlo vrlo lijepo rekonstruirano žensko spolovilo s tek nešto izraženijim uretralnim ektropijem i širim klitorisom. Rodnica duga 12 cm, završava slijepo, bez znakova stenoze. Iscjedak u rodnici nešto izraženiji, bjelkast. Palpcijski se u ma-

loj zdjelici nisu našle patološke rezistencije. Aerobno je dokazana fiziološka flora rodnice, a citološki je rodnicica i područje ektropija uretre bez atipija. Dobila je savjet o uporabi estrogenske kreme i lubrikaciji po potrebi. Druga pacijentica, BB, također mlada, obrazovana žena došla je na ginekološki pregled zbog nelagode u području spolovila. Da je transseksualna ustanovljeno je još dok je bila adolescentica, nakon dugotrajne psihoterapije i liječenja hormonima operirana je, kao i prethodna o vlastitome trošku, u inozemstvu. Osim nelagode u području spolovila nije imala drugih tegoba, a mokrila je uredno. Estradiol benzoat davala si je intramuskularno 5 mg jednom tjedno, nabavljala ga je sama. U vrijeme pregleda nije imala partnera. Ginekološkim pregledom našlo se dobro rekonstruirano žensko spolovilo ali su suburetralno uočene dvije uzdužne, paralelne brazde u kojima se nakupljao iscjedak i stanični detritus. Rodnica duga 15 cm, u dnu nešto uža. Vaginalni palpacijski nalaz bio je uredan. U distalnome dijelu stražnja stijenka neovagine bila je izraženo eritematozna. Citološka analiza ukazala je na hiperkeratozu s potrebom kontrole nakon šest mjeseci. Učinjena je toaleta suburetralnoga predjela.

Rasprava

Čini se da je ginekološka medicinska zajednica duboko opterećena raznim predrasudama i strahovima, naročito u vezi sa seksualnošću. Kako drugačije tumačiti činjenicu da udžbenici ginekologije (ne samo hrvatski) tek iznimno tumače fiziologiju snošaja,²⁵ pa bi kakav nezavisni promatrač mogao smatrati da se djeca začnu ili »bezgrešnim začecem« ili jednim od postupaka pomognute oplodnje. Napredna znanstvena misao ipak je, kada je riječ o spolu i kategorijama spola ostavila traga i senzibilizirala generacije ginekologa na probleme u diferencijaciji spola.²⁶ U udžbeniku čijem se novome izdanju nadamo, problem interseksualizma temeljito je razrađen. Interseksualizam se definira neskladom između gonada, vanjskih i unutarnjih spolnih organa, sekundarnih spolnih osobina te psihičkoga i socijalnoga spola.²⁷ Transseksualnost i transvestitizam samo se spominju i to kao psihički poremećaj.

Prema definiciji interseksualizma mogli bismo transseksualnost smatrati jednim od interseksualnih stanja no priklanjamo se onim stavovima koji odvajaju transseksualnost od interseksualnosti jer u transseksualnih osoba postoji razvijen biološki spol, a u interseksualnih osoba spol je nepotpuno razvijen ili postoje istodobna obilježja muškoga i ženskoga spola. Transseksualne osobe žele vlastiti biološki spol promijeniti u suprotni, a osobe s interseksualnošću žele spol s kojim su rođene korigirati prema potpunome muškom ili ženskom spolu.^{2,4}

Zanimljivo je, međutim, analizirati razne interseksualne sindrome i kasniji rodni identitet/rodnu ulogu interseksualnih osoba imajući u vidu nesporne činjenice o perinatalnom utjecaju gonadalnih steroida na spolnu diferencijaciju mozga.

Interseksualni sindromi koji omogućuju navedena razmatranja su: kongenitalna adrenalna hiperplazija, potpuna ili nepotpuna periferna neosjetljivost na androgene i 46XY osobe s hipoandrogenizmom te muška djeca s nehormonalno uzrokovanim teškim malformacijama poput kloakalne ekstrofije i ageneze penisa koja su odgajana kao žensko, a prenatalna izloženost muškim hormonima je poput one u muških jedinki.

Kongenitalna adrenalna hiperplazija (CAH). Zbog poremećene biosinteze kortizola, a to je moguće u plodova oba spola, neizravnim poticanjem stvaranja androgena u kori nadbubrežne žlijezde, dolazi u kromosomalno ženskih fetusa do virilizacije raznoga stupnja. U 85–90% slučajeva radi se o enzimatskome defektu – deficitu 21-hidroksilaze. Poznata su tri oblika bolesti (ovisno o razini jakosti enzimatskoga defekta: sindrom gubitka soli, virilizirajući oblik bolesti i kasniji-stečeni oblik bolesti).²⁷ Još je davno uočeno da se rodna uloga u žena s CAH može promijeniti što ovisi ipak o stupnju virilizacije.²⁸ Žene s jednostavnom virilizirajućom formom CAH koje pokazuju razne stupnjeve muškoga obrasca ponašanja nezadovoljne su svojom ženskom rodnom ulogom, a neki nalaze da su u vrlo malome postotku spolno aktivne i u nešto većem homoseksualne ili biseksualne.²⁹ Swaab tvrdi da djevojčice s CAH imaju ipak veću mogućnost da postanu transseksualne (i homoseksualne), pa zaključuje da izloženost mozga visokim razinama testosterona u prenatalnome razdoblju ima ključnu ulogu u formiranju kasnijih obrazaca ponašanja.¹²

Sindrom kongenitalne neosjetljivost na androgene (Morrisov sindrom). Osobe s tipičnim poremećajem su žene (fenotipski i psihički), uz normalan muški kariotip 46XY. Radi se o kongenitalnoj neosjetljivost na androgene koja se prenosi X-vezanim recesivnim genom odgovornim za androgene intracelularne receptore. Ove žene nemaju maternicu ni jajnike, rodnica je kratka i završava slijepo, testisi su smješteni u zdjelici ili prepone kanalu a izgled spolovila je normalan, ženski. Ovaj sindrom ukazuje na to da kromosomalni i gonadalni spol *per se* ne utječu na spolni identitet i spolnu ulogu. Također i da se virtualni nedostatak androgena (zbog periferne neosjetljivosti na njih) povezuje sa ženskim rodnom identitetom i spolnom orijentacijom prema muškome spolu.¹³

46XY poremećaji spolne diferencijacije zbog manjkave proizvodnje androgena

Nemogućnost stvaranja enzima koji sudjeluju u sintezi testosterona iz kolesterola i konverzije testosterona u aktivni metabolit dihidrotestosteron, uzrok su 46, XY poremećaja spolne diferencijacije. Osobe s takvim poremećajem imaju raznovrstan fenotip tj. razne stupnjeve nedovoljno viriliziranoga ili potpuno feminiziranoga spolovila i spolnih organa, a fenotip ovisi o specifičnome mutiranome genu. Češće mutacije su deficit 5-alfa reduktaze i 17-beta hidroksisteroid dehidrogenaze. Osobe u kojih se ne sintetizira 5-alfa reduktaza ne mogu 5-alfa redukcijom pretvarati testosteron u napjo-

tenjniji androgen – dihidrotestosteron. Ovakva se djeca rode s izraženom labioskrotalnom brazdom i penisom poput klitorisa. U pubertetu dolazi do umjerene virilizacije, a polovica djece kojoj je određena ženska spolna i rodna uloga promijenila su spol nakon puberteta. 46 XY osobe s deficitom 17-beta hidroksisteroid dehidrogenaze koja sudjeluje u sintezi testosterona u Leydigovim stanicama, rode se s ženskim genitalijama i odgajane su kao žene. U njih, međutim, u pubertetu dolazi do porasta proizvodnje testosterona i virilizacije pa polovica započne promjenu spola u muški.^{13,30}

Dječaci rođeni s kloakalnom ekstrofijom imaju normalne testise i prenatalnu ekspoziciju androgenima. Polovica djece s ekstrofijom koja su odgajana kao žene nije zadovoljna svojom rodnom ulogom i želi to promijeniti.³¹

Naše pacijentice nisu imale niti jedan od interseksualnih sindroma. Njihova spolovila i spolne žlijezde, upravo kao i spolni hormoni bili su, do početka tranzicije spola, u granicama normale za muškarce. Spoznaja da »žive u krivome tijelu« javila se u obje rano, u djetinjstvu i u adolescenciji. Samo manji broj djece koja pokazuju znakove poremećena rodnoga identiteta postat će doista transseksualno, pa je psihološko savjetovanje nužno. Nije potpuno jasno što dovodi do usklađivanja spolnog i rodnog identiteta, ali sigurno je da odgojni postupci i odnos okoline imaju značajnu ulogu.³

Naše su pacijentice s ginekološkoga stanovišta, osim manjih promjena u citološkom nalazu u druge (hiperkeratoza, možda posljedica donedavnoga nošenja vaginalne proteze), bile zdrave. No u transseksualnih osoba, poput svih spolno aktivnih muškaraca i žena, moguća je pojava raznih spolnoprenosivih bolesti. Koji će profil stručnjaka liječiti npr. kondilomatozne lezije u Muž transseksualne osobe? Sasvim je sigurno da je to naš, ginekološki posao.

Ne samo u konzervativnim i/ili patrijarhalnim društvima, često svaka manjina, pa tako i transseksualne osobe proživljavaju i stigmatizaciju i marginalizaciju povezanu s osobnom patnjom ali i raznim oblicima zlostavljanja, ovisnostima i rizičnim spolnim ponašanjem, a prevalencija HIV infekcije je u transseksualnih žena ista ili čak i veća nego u visokorizičnim skupinama.³² Uloga ginekologa u interdisciplinarnome pristupu tranziciji spola nije presudna ali je važna. Ne radi se samo o sudjelovanju u kirurškoj korekciji spola (histerektomija, adneksektomija) već i o kasnijem nadzoru operiranih pacijentica. Osim spolnoprenosivih bolesti valja misliti i na atipije epitela na bilo kojemu dijelu spolovila pa i na autotransplantiranim tkivima. Pitanje prostate ostaje otvoreno za moguće dalje preventivno-dijagnostičke postupke (ultrazvuk, tumorski biljeg tj. PSA – engl. *Prostate-Specific Antigen*). Prostate je, sjetimo se, kirurzima važna zbog fiksacije neovagine. Da fiksacija može biti problem ukazuju upravo ginekolozi koji su se sreli s prolapsom neovagine i uspješno laparoskopski obnovili dno male zdjelice.³³ Ukoliko ŽuM transseksualac još nije operiran (ili je operiran nepotpuno, npr. nije

mu učinjena histerektomija), morao bi potražiti ginekološku pomoć, bez obzira na stupanj virilizacije, a naročito ukoliko već kreće endokrinološko liječenje.

Ginekološki postupnik, prema svemu navedenom mogao bi izgledati ovako:

Tablica 1. Ginekološki postupnik za MuŽ osobe u tranziciji spola
Table 1. Gynaecological guideline for MTF persons in sex transition

MuŽ transseksualne osobe – nakon početka uzimanja ženskih hormona MTF transsexual persons after they start taking hormones.		
	Prije operacije Before the operation	Poslije operacije After the operation
Ginekološki pregled Gynaecological examination	Nije potreban Not necessary	Potreban 1–2 godine nakon operacije, potom po preporuci. Necessary 1–2 years after the operation, then by recommendation

Ginekološki pregled MuŽ transseksualnih osoba nije potreban sve dok se osoba u tranziciji ne podvrgne operativnome zahvatu. Nakon operacije ginekološki se pregled preporučuje iz najmanje dva razloga. Prvo, pregled rekonstruiranoga spolovila, nakon završenoga kirurškoga liječenja, ukoliko transseksualna osoba ima bilo kakve poteškoće, naročito u vezi sa spolnoprenosivim bolestima ili vaginalnom stenozom, imantan je našoj struci. Ne samo imantan već i vrlo blizak, sjetimo se žena koje su žene i kromosomalno i fenotipski i psihički a rođene su bez rodnice koju rekonstruirati mogu i ginekolozi.³⁴ Drugo, transseksualna MuŽ osoba mogla bi posjetom ginekologu potvrditi svoju ženstvenosti i tako imati dodatnu socijalnu podršku. Posjet ginekologu za MuŽ transseksualke jednako je važan kao i mokrenje stojeći za ŽuM transseksualce.

Tablica 2. Ginekološki postupnik za ŽuM osobe u tranziciji spola
Table 2. Gynaecological protocol for FTM persons in sex transition

ŽuM transseksualne osobe – nakon početka uzimanja muških hormona FTM transsexual persons after they start taking hormones.		
	Prije operacije Before the operation	Poslije operacije After the operation
Ginekološki pregled Gynaecological examination	Redovito Regularly	Nije potreban ukoliko je odstranjena maternica Not necessary if hysterectomy performed

ŽuM transseksualne osobe morale bi zadržati naviku redovitih ginekoloških pregleda sve do trenutka operacije spolovila. Nakon toga, preporučuju se urološki pregledi, posebno zbog mogućih postoperacijskih striktura uretre.²³ Ukoliko je operacija nepotpuna pa maternica ostane povremeni pregled ultrazvukom bio bi dobrodošao.

Socijalna podrška i kvaliteta života transseksualne osobe

Iako se transseksualnost javlja u svim društvima i svim kulturama odnos koji društvo tj. sredina ima pre-

ma osobama s poremećajem spolnoga identiteta utječe na mogućnost iskazivanja poremećaja i spremnosti transseksualne osobe da potraži pomoć. Tako se u Hrvatskoj transseksualne osobe za pomoć javljaju u kasnijoj životnoj dobi nego što pokazuju inozemna istraživanja. Oni, iako višeg obrazovanja nego transseksualci u drugim sredinama imaju manje socijalne podrške (naročito MuŽ transseksualne osobe jer mnoge sredine, pa i naša, imaju negativniji stav prema feminiziranome ponašanju muškarca nego prema maskuliniziranom ponašanju žene) i češće odustaju od promjene spola.^{1,20} U Hrvatskoj je, naime, postupak tranzicije spola kompliciran, nedostaju dijagnostički standardi i organizirana skrb. No i u naprednijim i bogatijim društvima liječnici (najčešće obiteljski liječnici) nailaze na prepreke u skrbi za pacijente u tranziciji spola, od prepreka pristupu specijalistima do prepreka u mogućnosti dobivanja informacija, a i do etičkih obzira koje neki iskazuju. Oni nailaze na nedostatan znanje, nailaze na komplicirani medicinski institucionalni sustav koji najčešće nije prijateljski prema transseksualnim osobama. Nedostaje im uključivanje problematike u vezi s tranzicijom spola u medicinsku edukaciju.³⁵

Multidisciplinarnu analizu zahtijeva osobito kvaliteta života u transseksualnih osoba. U ozbiljnoj analizi kvalitete života (koju je provela Anette Kuhn i suradnici iz Klinike za ženske bolesti u Bernu) 15 godina nakon operativnoga zahvata ispitanice-ispitanici nisu se razlikovali od kontrolne skupine osim u vezi općega zdravlja, fizičkih aktivnosti i obavljanja svakodnevnih dužnosti. U ovim segmentima življenja operirani su imali slabije rezultate. Ispitanice-ispitanici nisu bili podvrgnuti ginekološkome ili urološkome pregledu ali su odgovarali na pitanja u vezi s inkontinencijom koja je uočena samo u nekih ali ne u statistički značajnijem broju no u kontrolnoj skupini iste dobi.³⁶

Pravni okvir promjene spola i »de lege ferenda«

Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda (Vijeće Europe, Rim 1950.) međunarodni je ugovor koji obvezuje sve članice Vijeća Europe pa tako i Republiku Hrvatsku. Osnivanjem Europskoga suda za ljudska prava sa sjedištem u Strasbourgu, naročito nakon presude Europskoga suda » B. protiv Francuske« iz 1992., omogućen je upis promjene spola u registar osobnih stanja građana, a širenje prava na novo, liberalno shvaćanje »obiteljskoga života« izražen u presudi »X, Y i Z v. the United Kingdom« predstavlja stav da obiteljski život postoji i u zajednici osoba od kojih je jedna postoperativni transseksualac.³⁷

U izvješću »Ljudska prava i rodni identitet« povjerenika za ljudska prava Vijeća Europe poziva se na veće poštovanje svih prava transseksualnih osoba.³⁸

U Hrvatskoj Zakon o državnim maticama u čl.9. b kao naknadni upisi i bilješke navodi pod t. 10 promjenu spola.³⁷ U Napatku za provedbu Zakona o državnim maticama i upisu posvojenja u maticu rođenih u odredbi čl. 35.5. određeno je kako se »promjena spola, kao izmjena podataka u temeljnom upisu, upisuje u maticu

rođenih na temelju rješenja nadležnog ureda državne uprave odnosno gradskoga ureda, a na temelju medicinske dokumentacije».³⁹

U zakonodavnome je postupku u Hrvatskoj donošenje novoga Zakona o državnim maticama koji je na zakonskoj razini najavio mogućnost promjene spola i bez kirurške intervencije, pri tome obvezujući zakonodavca da donese propis o pretpostavkama za promjenu spola. Važno je da će privatnost biti bolje zaštićena.³⁷

Zaključak

Transseksualnost je rijetki poremećaj. Ukoliko bismo podatke o prevalenciji transseksualnosti prenijeli u Hrvatsku (jer istraživanja toga tipa u nas nema) može se zaključiti da u našoj sredini živi 50–150 bioloških muškaraca i 15–50 bioloških žena s poremećajem rod-noga identiteta.² Ovu ranjivu manjinu medicina mora prva zaštititi, pružajući transseksualnim osobama medicinsku skrb temeljenu na znanstvenim činjenicama i međunarodnim medicinskim standardima prihvaćenim u razvijenim zemljama, posebno u Europi.

Nakon prvoga tečaja o transseksualnosti organizirana pri Medicinske fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u svibnju 2013. godine, očekujemo da će se napokon ustanoviti referalni centar uz sudjelovanje stručnjaka raznih profila kako bi transseksualnim osobama bile dostupnije i informacije i psihološko-medicinska pomoć. No isto je tako važno da medicinska zajednica prestane smatrati transseksualne osobe duševno bolesnima i ponudi im znanstveno dokazana i efikasna rješenja njihovoga problema, a pravna zaštita morala bi im omogućiti da žive bez stigmatizacije. Transseksualne osobe zaslužuju razumijevanje i ne smiju biti medicinska siročad.⁴⁰

Sjetimo se da je prije više od 60 godina Simone de Beauvoir napisala, boreći se za prava žena: »*On ne naît pas femme: on le devient. Aucun destin biologique, psychique, économique ne définit la figure que revêt au sein de la société la femelle humaine; c'est l'ensemble de la civilisation qui élabore ce produit intermédiaire entre le mâle et le castrat qu'on qualifie de féminin*«. ^{41*} Ove su njene riječi danas primjenjive na sve marginalizirane društvene skupine pa tako i na malu skupinu transseksualnih muškaraca i žena. Trijumf slobode svake osobe, parafrazirajući de Beauvoir, biti će moguć tek ukoliko muškarci i žene (i svi drugi i drugačiji) ostvare, međusobno se uvažavajući, ravnopravan odnos.

»Ne rađa se kao žena, nego se to postaje. Nikakav biološki, psihički ili gospodarski usud ne određuje lik koji unutar društva poprima čovječja ženka. To biće na pola puta između mužjaka i uškopljenika koje se naziva ženskim proizvod je cjelokupne civilizacije«, *prijevod citata Marinović Kolbah J.*

Literatura

1. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4. Izdanje (DSM-IV). Seksualni poremećaji: poremećaji spol-noga identiteta i parafilije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996: 385–422.

2. Begić D. Transseksualnost kao interdisciplinarni entitet, u: Suvremeni pristup transseksualnosti, Poslijediplomski tečaj stal-noga medicinskoga usavršavanja I kategorije, Zagreb, Medicinska naklada, 2013.

3. Jokić-Begić N, Babić Čikeš A, Jurin T i sur. Transseksual-nost: Život u krivome tijelu? Liječ Vjesn 2008;130:237–247.

4. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 1994.

5. Wallien MS, Cohen Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. J Am Acad Child Adolesc Psychia-try. 2008;47(12):1413–23.

6. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: a re-view of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosom Res 1999;46(4):315–333.

7. Jokić-Begić N. Biopsihosocijalni model transseksualnosti, u: Suvremeni pristup transseksualnosti, Poslijediplomski tečaj stal-noga medicinskoga usavršavanja I kategorije, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

8. Callender C, Kochems LM. The North American Berdache. Current Anthropology, 1983;24(4):443–9.

9. Young A. Women Who Become Men: Albanian Sworn Vir-gins. Oxford: Berg;2000.

10. Standards of care for gender identity disorders. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). www.wpath.org.

11. Sadler TW. Spolni sustav. U: Langmanova medicinska embriologija. Zagreb; Školska knjiga, 2008:242–258.

12. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behav-ior. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2007;21:431–44.

13. Gooren L. The biology of human psychosexual differen-tiation. Hormones and Behavior 2006;50:589–601.

14. Henningson S, Westberg L, Nilsson S i sur. Sex steroid-related genes and male to female transsexualism. Psychoneuro-endocrinology 2005;30:657–64.

15. Bentz EK, Hefler LA, Kaufmann U i sur. A polymor-phism of the CYP17 gene related to seks steroid metabolism is associated with female-to-male but not male-to-female transsexualism. Fertil Steril 2008;90:56–59.

16. McEwen BS. Neural Gonadal Steroid Action. Science 1981;211:1303–11.

17. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The Heritability of Gender Identity Disorder in a Child and Adolescent Twin Sam-ple. Behav Genet 2002;2:251–7.

18. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A Sex Dif-ference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality. Nature 1995;378:68–70.

19. Kruijver FPM, Zhou JN, Pool CW i sur. Male-to-Female Transsexuals Have Female Neuron Numbers in a Limbic Nu-cleus. J Clin Endocrinol Metab 2000;85:2034–41.

20. Jokić-Begić N. Psihosocijalne karakteristike transseksual-nih osoba u Hrvatskoj. Socijalna psihijatrija 2008;36(3):116–24.

21. Vujović S. Transseksualnost – suvremeni aspekti, u: Suvremeni pristup transseksualnosti, Poslijediplomski tečaj traj-noga medicinskoga usavršavanja I kategorije, Medicinska nakla-da, Zagreb, 2013.

22. Beer Gm, Budi S, Seifert B, Morgenthaler W, Infanger M, Meyer VE. Configuration nad localisation of the NAC in man. Plast Reconstr Surg 2001;108:1947–52.

23. Monstrey SJ, Ceulemans P, Hoebeke P. Sex Reassigne-ment Surgery in the Female-to-Male Transsexual. Semin Plast Surg 2011;25(3):229–244.

24. Franco T, de Miranda LC, Franco D, Zaidhaft S, Aran M. Male-to-female transsexual surgery: experience at the UFRJ University Hospital. *Rev Col Bras Cir* 2010;37(6):426–34.
25. Beckmann CRB, Ling FW, Barzansky BM i sur. Human sexuality. U: *Obstetrics and Gynecology*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
26. Drobnyak P. Interseksualizam. Zagreb: Izdavački zavod Jugoslavenske akademije znanosti i umjetnosti, 1974.
27. Radaković B. Interseksualizam. U: Šimunić V i sur. *Ginekologija*. Zagreb: Naklada Ljevak, 2001.
28. Meyer-Bahlburg HFL, Gruen RS, New MI i sur. Gender Change from Female to Male in Classical Congenital Adrenal Hyperplasia. *Hormones and Behavior* 1996;30:319–32.
29. Morgan JF, Murphy H, Lacey JH i sur. Long term psychological outcome for women with congenital adrenal hyperplasia: cross sectional survey. *BMJ* 2005;330:340–1.
30. Mendonca BB, Costa EMF, Belgorosky A i sur. 46, XY DSD due to impaired androgen production. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2010;24:243–62.
31. Meyer-Bahlburg HFL. Gender Identity Outcome in Female-Raise 46,XY Persons with Penile Agenesis, Cloacal Ectrophy of the Bladder, or Penile Ablation. *Arch Sex Behav* 2005; 34(4):423–38.
32. Brennan J, Kuhns LM, Johnsons AK i sur. Syndemic Theory and HIV related Risk among Young Transgender Women: The Role of Multipole, Co-Occuring Health Problems and Social Marginalization. *Am J Public Health* 2012;102:1751–7.
33. Condous G, Jones R, Lam AM. Male-to-female transsexualism: laparoscopic pelvic floor repair of prolapsed neovagina. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2006;46(3):254–6.
34. Tjaden LB, Rock JA. Uterovaginal anomalies. U: *Hohler Carpenter SE, Rock JA (ur.) Pediatric and adolescent gynecology*. Philadelphia: Lippincott Raven, 1996.
35. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW i sur. »Completely out-at-sea« with »two-gender medicine«: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research* 2012; 12:110–122.
36. Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W i sur. Quality of life 15 years after seks reassignment surgery for transsexualism. *Fertil Steril* 2009;92:1685–9.
37. Korać Graovac A. Pravni okvir promjene spola, u: *Suvremeni pristup transseksualnosti, Poslijediplomski tečaj stalnoga medicinskoga usavršavanja liječnika I kategorije*, Zagreb, Medicinska naklada, 2013.
38. Hammamberg T. *Human Rights and Gender Identity*, Strasbourg 2009.: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365>, pregled 10. lipnja 2013.
39. Naputak o državnim maticama i upisu posvojenja u matiču rođenih, NN 26/2008.
40. Green R. Gender development and reassignment. *Psychiatry* 2004;3:26–9.
41. De Beauvoir S. *Le deuxième sexe*, Editions Gallimard 1949., obnovljeno 1985., II L experience vecue, Enfance, str. 14.

Članak primljen: 28. 06. 2013.; prihvaćen: 08. 09. 2013.

Adresa autora: Dr. sc. Jasenka Grujić Koračin, dr. med., Specijalistica ginekologije i porodništva, Trg Mažuranića 3, Zagreb