

Neskladnost biološkega spola in spolne identitete

Prejeto 3. 2. 2020 / Sprejeto 19. 8. 2020

Strokovni članek

UDK 159.922.1+613.880.1

KLJUČNE BESEDE: biološki spol, spolna identiteta, disforija spola

POVZETEK - Ker živimo v pretežno stereotipnem svetu, velja prepričanje, da ženske za svoj videz skrbijo veliko bolj kot moški in da niso zadovoljne z nekaterimi podrobnostmi na svojem telesu, kar pa zagotovo ne drži. Večina moških dandanes odkrito priznava, da porabijo toliko časa kot ženske, ko gre za skrb za njihov videz. Kljub temu obstaja velika razlika med tem, da na splošno nismo zadovoljni s svojim videzom ali z nekaterimi podrobnostmi, ki nas delajo edinstvene, in disforijo spola. Disforija spola je stanje trajnega nezadovoljstva. Cilj tega prispevka je pokazati razliko med spolom v biološkem smislu in spolom kot skupkom družbenih vlog, vedenja, identitete, pojasniti koncept disforije spola, predstaviti dejstva in vidike prilagajanja spola (ne glede na poženščenje ali pomoščenje telesa) in predstaviti (ponazoriti) količino težav, s katerimi se soočajo pacienti z diagnozo disforija spola. Prispevek je zasnovan v upanju, da bo naredil majhen korak naprej pri ozaveščanju znanstvene skupnosti, pa tudi ostalega prebivalstva o prisotnosti pojava neskladnosti biološkega spola in spolne identitete v današnji družbi.

Received 3. 2. 2020 / Accepted 19. 8. 2020

Professional article

UDC 159.922.1+613.880.1

KEY WORDS: gender, sex, gender incongruence

ABSTRACT - Since we live in a mostly stereotypical world, we dare to claim that women pay much more attention to their appearance than men and are not satisfied with certain details on their bodies, although this is definitely not true. Most men nowadays openly admit that they spend as much time when it comes to taking care of their appearance as women do. However, there is a big difference between general dissatisfaction with our appearance or with certain details about ourselves that make us who we are, and a gender dysphoria. Gender dysphoria is a state of constant dissatisfaction. The aim of this paper is to show the difference between gender and sex, to clarify the concept of gender dysphoria, to present facts and aspects of gender adaptation (regardless of feminisation or masculinisation of the body), and to show (illustrate) the amount of problems that patients with the diagnosis of gender dysphoria are confronted with. This paper was written in the hope of taking even a small step forward in informing both the scientific community and the rest of the population about the presence of gender nonconformism in contemporary society.

1 Uvod

U današnje vrijeme, mnoge ankete u vezi tematika kao što su rod i spol daju poražavajuće rezultate, kako među laičkom, tako i među profesionalnom populacijom. Većina ljudi jedva da razabire razliku između ta dva pojma. Živimo u vremenu gdje je tematika »promjene spola« još uvijek veliki tabu.

Binarnost spola i roda dovodi do shvaćanja tih pojmova kao dviju suprotstavljenih nepromjenjivih i čvrstih kategorija. To dovodi do onemogućenog svakodnevnog rod-nog izražavanja, jer nameće ograničenja u vidu spolnih/rodnih uloga. Jedan od uzroka navedenoj pojavi može biti pretpostavka da su spol i rod kod većine ljudi usklađeni, tj. da je osoba spolom i rodom »muško« ili »žensko«. Ovakva postava uključuje striktno

modele izražavanja, ponašanja i postojanja, te navodi na spolnu/rodnu normativnost i heteroseksualnost. Konstrukt binarnosti služi kao društveni koncept generalizacije u kojem prevladavaju obrasci i pravila društva dok se individualni izražaji identiteta negiraju. U svakodnevnom životu nailazimo na konkretne primjere kako spol ni rod nisu pojmovi koji se mogu svoditi na binaran konstrukt (Begić, 2013). U ovom radu pokušati ćemo prikazati razliku između roda i spola, pojasniti pojam rodne disforije, iznijeti činjenice i aspekte prilagodbe spola (neovisno o tome radilo se o feminizaciji ili maskulinizaciji tijela), te predložiti količinu problematike sa kojom se suočavaju i nose pacijenti s dijagnozom rodne disforije.

2 Povijesno shvaćanje transrodnosti

Iako je neusklađenost rodnog identiteta sa spolom pripisanim pri rođenju poznat još iz prapovijesnih vremena, odnos društva je određivao stupanj i vrstu patologizacije koja mu je pridavana (Richards i sur., 2015). U nekim su kulturalnim kontekstima na rodnu nenormativnost gledalo sa štovanjem, a pojedinci su zauzimali cijenjeno mjesto u društvenoj hijerarhiji. Do nedavno se na rodnu nenormativnost u zapadnom društvu gledalo kao na oblik psihopatologije, kao rezultat Judeo-Kršćanske tradicije koja je zasnovana na striktnoj razdvojenosti »muškog« i »ženskog« spola i svako odstupanje od te podjele, uključujući trans identitete, smatralo se »griehom« (Richards i sur., 2015). Rodna se disforija zadnjih desetljeća sve rjeđe smatra psihopatološkim stanjem. Sve češće se na rodnu disforiju gleda kao varijaciju koja tek ponekad zahtijeva medicinsku skrb. Naime, dolazi se do saznanja kako transrodne osobe nemaju viši stupanj komorbiditeta mentalnih bolesti u usporedbi sa cisrodnom populacijom te da se uzrok psihološkim smetnjama može pripisati manjinskom stresu, tj. marginalizaciji (Feldman i Goldberg, 2006).

Američka udruga psihijatarata trans identitete više ne identificira kao poremećaje. U trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za psihičke poremećaje radilo se o parafiliji, u četvrtom izdanju o poremećaju rodnog identiteta, dok se u najnovijem petom izdanju govori o rodnoj disforiji, čime se izbjeglo spominjanje riječi poremećaj u nazivu stanja (Drescher, Cohen - Kettenis i Winter, 2012).

U desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (MBK-10) upotrebljavao se naziv »poremećaj rodnog identiteta« i svrstan je pod kategoriju psihičkih poremećaja (F kategorija, točnije F64). U MBK-11 upotrebljen je naziv Gender Incongruence (rodna inkongruentnost). Ova je dijagnoza u potpunosti izuzeta iz kategorije psihičkih poremećaja te je svrstana u posebnu kategoriju, Stanja povezana sa seksualnim zdravljem (Reed i sur., 2019).

3 Fenomenologija spola, roda, seksualnosti i seksualne orijentacije

Spol (engl. sex) se odnosi na društveno uvjetovanu klasifikaciju medicinskog obilježja biološkog tipa (kromosomi, fenotip, genitalije) i pravnog tipa koji se nakon rođenja pripisuju osobama, u praksi većinom slučajeve na temelju izgleda vanjskih genitalija (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013).

Interseksualnost ili interspolnost (ranije nazivan hermafroditizam) označava atipičan razvoj spola koji uključuje spolne kromosome, spolne žlijezde i genitalije. Mogući uzroci interspolnosti su kromosomske i genetske atipičnosti, situacije u kojima je plod izložen hormonima koji su proizvedeni ili unešeni u tijelo od strane majke, te ostale razvojne varijacije (DSM-5, 2013).

Medicina priznaje i identificira postojanje samo dva spola, »ženski« i »muški«. Na temelju tog modela određuje odstupanja od binarne norme i klasificira ih kao »poremećaje«.

»Normaliziranje« spola djece koja su rođena sa nekom od vrsta interseksualnog stanja provodi se kirurškim i hormonalnim putem čak i kada ne postoje razlozi koji su medicinsko i zdravstveno opravdani.

Rod (eng. Gender) je složena socijalna i psihološka kategorija koja podrazumijeva individualno konstruiranje vlastitog identiteta/izražavanja: rodno izražavanje, rodni identitet i rodne uloge. Ona može podržati, negirati i/ili nadilaziti društveno zadanu binarnu osnovu »muškog« i »ženskog«, potom kreirajući vlastiti izražaj normi, uloga i identiteta. Rod se može promatrati kao jezik koji učimo od početka života (DSM-5, 2013).

Rodni identitet označava vlastite rodne koncepte i tiče se svakog ljudskog bića. Pojam se odnosi na unutarnji osjećaj osobe da je žensko (djevojčica ili žena), muško (dječak ili muškarac), ili nekog drugog rodnog identiteta (DSM-5, 2013).

Rodno nenormativno se odnosi na pridjev koji služi opisivanju osoba čija se rodna uloga ili rodni identitet razlikuju od onoga što je u određenom povijesnom razdoblju i određenoj kulturi karakteristično za spol koji im je pripisan (Bockting, 2008).

4 Seksualnost

Seksualnost predstavlja osnovu svakog ljudskog bića koja, između ostalog, obuhvaća spolni identitet, rodni identitet i izražavanje, seksualnu orijentaciju, želje i fantazije, vrijednosti, emocije i ponašanje. Uslovljena je fizičkim, društvenim i emocionalnim životom, iskustvima i normama koje stječemo kroz proces socijalizacije. Isto tako i osobnom prirodom i nagonom svake individue kao i prihvatanjem/negiranjem društvenog poretka vrijednosti, normi i seksualnosti (Jokić - Begić, 2013).

5 Seksualna orijentacija

Seksualna orijentacija je permanentan obrazac romantične, emotivne i/ili seksualne privlačnosti prema osobama istog i/ili nekog drugog spola. Seksualna orijentacija se odnosi i na identitet kao i pripadnost nekoj grupi. Povezana je tijesno sa stvaranjem intimnih osobnih odnosa koji ispunjavaju ljubavne, intimne, duhovne i potrebe za povezanošću, a ne samo potrebe povezane sa seksualnim potrebama. Karakteristika je svake individue, iako je definirana kroz odnose s drugim ljudima (Cohen - Kettenis i Gooren, 1999).

Homoseksualnost predstavlja trajan obrazac romantične, emotivne i/ili seksualne privlačnosti prema osobama istog spola ((Jokić - Begić, 2013).

Biseksualnost predstavlja trajan obrazac romantične, emotivne i/ili seksualne privlačnosti prema osobama istog spola ili drugačijeg spola (Jokić - Begić, 2013) .

Heteroseksualnost predstavlja trajan obrazac romantične, emotivne i/ili seksualne privlačnosti prema osobama suprotnog spola (Jokić - Begić, 2013).

6 Rodna disforija

Rodna nenormativnost označava razmjer u kojem se rodna uloga, identitet ili izražavanje osobe odudara od kulturalnih normi koje su pripisane ljudima određenog spola. Kod pojedinaca nesuglasnost između spola i roda izaziva tzv. rodnu disforiju (DSM-5, 2013).

Rodna disforija »označava stres uzrokovan nepoklapanjem rodnog identiteta osobe i spola koji joj je pri rođenju pripisan (zajedno s rodnom ulogom i/ili sekundarnim spolnim karakteristikama)« (Coleman i sur., 2012, str. 170). Bitno je spomenuti da intenzitet rodne disforije varira između pojedinaca, a i tijekom života osobe te da sve rodno nenormativne osobe nužno ne proživljavaju rodnu disforiju. Kod nekih se osoba radi o trajnoj i intenzivnoj potrebi prilagodbe tjelesnih karakteristika rodnom identitetu i tada se govori o transrodnosti (Dresher, Cohen - Kettenis i Winter, 2012).

U ranom djetinjstvu, osobe mogu izražavati svoj rodni identitet koji se protivi kulturalnim normama te izražavati nezadovoljstvo rodnim ulogama nametnutim od strane društva. Istraživanja daju nedosljedne podatke, premda se može pretpostaviti kako oko 1-3% djece izražava želju da su drugog spola, dok manji broj njih proživljava rodnu disforiju u odrasloj dobi (Bao i Swaab, 2011). Procjene učestalosti rodne disforije u odrasloj dobi razlikuju se kako među zemljama, tako i među razdobljima kada su istraživanja provedena, iz čega se može naslutiti kako kulturalni čimbenici nesumnjivo utječu na odluke osoba koje proživljavaju rodnu disforiju da potraže pomoć. Dosadašnji podaci govore o učestalosti od 0.005 % do 0.0014 % kod odraslih osoba kojima je pripisan muški spol pri rođenju te 0.002 % do 0.003 % kod osoba kojima je pripisan ženski spol pri rođenju (DSM-5, 2013). Navedeni se podaci temelje na transpolnim osobama koje su zatražile pomoć zbog medicinskih tretmana kojima

se usklađuju spolna obilježja rodnom identitetu. Novije analize pokazuju kako se broj osoba s rodnom disforijom koje su potražile pomoć povećala, no nedostaju istraživanja na općoj populaciji unutar različitih društvenih i kulturalnih konteksta koja bi dala pouzdanije i valjane podatke o prevalenciji rodne disforije (Lauri Korajlija, Jokić - Begić i Jurin, 2015).

7 Protokol i smjernice pristupa rodnoj disforiji u Hrvatskoj

Pristup transrodnim, rodno nenormativnim i transpolnim osobama u vidu zdravstvene i psihosocijalne skrbi u zemljama Europske unije i Sjeverne Amerike provodi se prema preporukama Svjetske strukovne organizacije za zdravlje transrodnih osoba (World Professional Association for Transgender Health, WPATH). Sedma verzija standarda skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba u međunarodnoj stručnoj javnosti predstavlja zlatni standard organizacije skrbi. Ona se od prijašnjih verzija razlikuje u prepoznavanju i priznavanju raznolikosti identiteta i nenormativnih rodni izražavanja za koje se ne zahtijevaju psihološki, hormonski i kirurški tretmani.

Ministar zdravlja Republike Hrvatske je u svibnju 2015. godine imenovao Listu stručnjaka s iskustvom i edukacijom iz zdravstvene zaštite transrodnih osoba čiji je zadatak bio predložiti Stručne smjernice za izradu mišljenja o promijeni spola ili života u drugom rodnom identitetu. Cilj osmišljavanja smjernica također je bio i standardizacija postupaka pružanja psihosocijalne i zdravstvene zaštite transpolnim, rodno nenormativnim i transrodnim osobama svih dobnih skupina kako bi isti postupci bili sigurni i pristupačni.

Smjernice se temelje na shvaćanju koje ukazuje da transrodnost, rodna nenormativnost i transpolnost nisu pitanje patologije već pitanje različitosti. One sadrže fleksibilne kliničke naputke o pružanju skrbi kroz interdisciplinarni pristup i individualiziran tretman u kojem sam proces može i ne mora sadržavati prilagođavanje rodno izražavanja i prilagodbu tijela. Također se pokušava ukazati na stigmatiziranost rodne disforije, što poticanjem predrasuda i diskriminacije uzrokuje manjinski stres (Meyer, 2009).

Prema konačnim zaključcima analize znanstvenih rezultata objavljenih 2015. godine, prevalencija rodne disforije je 4,6 na 100 000 osoba kojima je pripisan ženski rod pri rođenju i 6,8 na 100 000 osoba kojima je pripisan muški rod pri rođenju. Ove se brojke temelje samo na osobama koje su bile uključene u medicinski proces tranzicije usklađivanjem tjelesnih spolnih obilježja rodnom identitetu (Weinand i Safer, 2015).

8 Terapijski pristup rodnoj disforiji

Rodna se disforija značajno može ublažiti raznim tretmanima. Istraživanja pokazuju kako omogućeni tretmani uvelike povećavaju kvalitetu života transpolnih osoba

(Murad i sur., 2010). Važno je istaknuti kako ne postoji »potpuna tranzicija« koja je ista za sve osobe koje žele bilo koji vid tranzicije. Za neke osobe tranzicija znači samo društveni oblik tranzicije, promjenu imena i/ili oznake spola u dokumentima, za druge uključuje različite oblike medicinske tranzicije. »Neke osobe, često uz pomoć psihoterapije vlastite trans- ili inter-rodne osjećaje integriraju u rodnu ulogu koja im je pripisana pri rođenju i nemaju potrebu za feminizacijom ili maskulinizacijom svojih tijela. Drugima je za ublažavanje rodne disforije dovoljna prilagodba rodne uloge i izražavanja« (Coleman i sur., 2012, str. 225).

Postoji niz mogućih terapijskih opcija s ciljem ublažavanja rodne disforije. Redoslijed, broj i tip intervencija variraju od osobe do osobe, ovisno o njenim željama i potrebama.

Opcije tretmana i pomoći pri ublažavanju rodne disforije su:

- ☐ promjena podataka u osobnim dokumentima (ime i spol)
- ☐ prilagođavanje rodne uloge i izražavanja (život u rodnoj ulozi usklađenoj rodnom identitetu određeni period vremena)
- ☐ razni oblici podrške (mjesne organizacije, grupe podrške)
- ☐ psihoterapija (individualna, s partnerom, s obitelji, grupna)
- ☐ glasovna i komunikacijska (logopedski tretman)
- ☐ hormonska terapija s ciljem feminizacije ili maskulinizacije tijela
- ☐ uklanjanje dlaka (elektroliza, laserski tretman, vosak)
- ☐ medicinska pomagala (za zamatanje grudi, protetički penis, podstavljanje grudi, stražnjice, bokova)
- ☐ zahvati prilagodba primarnih i/ili sekundarnih spolnih karakteristika (Begić, 2013).

9 Psihološka dijagnostika i tretmani

Psihodiagnostika uključuje psihologijsku procjenu i psihijatrijsku skrb. Psiholozi i psihijatri koji su navedeni u Listi stručnjaka su mjerodavni za kliničko procjenjivanje rodne disforije. Procjena uključuje minimalno procijeniti rodni identitet i rodnu disforiju, sakupiti anamnestičke podatke o razvoju osjećaja rodne disforije, utjecaj društvene stigme na psihičko zdravlje te količinu podrške od strane obitelji, vršnjaka, i prijatelja. U proces je uključena i procjena mogućih komorbiditnih poremećaja. Važno je prilikom psihodiagnostike procijeniti status kognitivnih funkcija, psihološke otpornosti, karakteristika ličnosti te prisustvo ostalih rizičnih i zaštitnih čimbenika koji mogu olakšati i otežati proces tranzicije. Također se sagledavaju i planovi za budućnost, njihova realističnost i psihosocijalna zrelost kako bi se pravovremeno informiralo, usmjerilo i savjetovalo osobu (Jokić - Begić i sur., 2008).

Psihoedukacija se provodi sa ciljem upućivanja transpolnih i transrodnih osoba o raznolikosti rodnihi identiteta i izražaja te postojećim opcijama i tretmanima koji su im na raspolaganju. Kroz edukaciju o rodnoj raznolikosti nastoji se ublažiti internaliziranu transfobiju, tj. osjećaj srama i straha radi vlastitog rodnog identiteta, i umanjiti

osjećaj srama, bespomoći, tjeskobe i krivnje koje mogu proizaći iz društvene stigme. U proces psihoedukacije moguće je uključiti i bliske osobe kao što su obitelj i prijatelji, s obzirom na to da oni predstavljaju temeljnu podršku u procesu tranzicije (Jokić - Begić i sur., 2008).

Psihološko savjetovanje provodi se s ciljem informiranja te psihološke podrške i pomoći pri donošenju informiranih odluka s ciljem ostvarivanja bolje kvalitete života. Nastoji se individualizirati pristup i dotaknuti teme važne za klijenta i njegov život. Pretežno se radi o temama načina ublažavanja rodne disforije, očekivanjima od procesa tranzicije, socijalnim odnosima i podršci, seksualnosti, potomstvu, financijskoj situaciji i temama iz ostalih područja života (Jokić - Begić i sur., 2008).

Psihoterapija se provodi sa ciljem da se pronađe način kako poboljšati cjelokupno stanje, kvalitetu života i razinu samoispunjenja. Psihoterapijom se ne nastoji promijeniti rodni identitet, već pomoći osobi da ublaži osjećaj rodne disforije ako je on prisutan (Jokić - Begić i sur., 2008).

10 Endokrinološka dijagnostika i tretmani

Feminizirajuća ili maskulinizirajuća hormonska terapija se primjenjuje kako bi se tijelo prilagodilo pacijentovom/pacijentičinom rodnom identitetu. Radi se o primjeni egzogenih agensa s hormonalnim učincima kako bi se izazvale određene prilagodbe u tijelu.

Postoje kriteriji koje je potrebno zadovoljiti kako bi se započela hormonska terapija. To su prije svega informiranost i sposobnost donošenja odluke i pristanak na sam tretman, dokumentirana i dosljedna rodna disforija, pravilno kontrolirane medicinske poteškoće te je potrebno poštivati sve apsolutne i relativne kontraindikacije za primjenu lijeka.

»Sve procjene trebaju sadržavati temeljit fizički pregled s mjerenjem težine, visine i krvnoga tlaka. Određivanje potrebe za pregledom dojki, te spolnih organa treba temeljiti na individualnim rizicima i potrebama za preventivnom zdravstvenom zaštitom« (Feldman i Goldberg, 2006, str. 19).

U režim maskulinizirajuće terapije spada testosteron. Trudnoća, nestabilna koronarna bolest srca i netretirana policitemija predstavljaju apsolutnu kontraindikaciju za terapiju testosteronom. Maskulinizirajuća hormonska terapija uzrokuje tjelesne prilagodbe kao što su povećanje dlakavosti (facijalno i tjelesno), mutiranje odnosno produbljenje glasa, prestanak menstruacije, atrofija tkiva dojki, povećanje klitorisa, više mišićne mase – manje masnog tkiva (Basson, 2001).

Za različite feminizirajuće agense postoje apsolutne kontraindikacije, posebno za estrogen, iako sama po sebi terapija feminiziranja nema apsolutnih kontraindikacija. Neke od kontraindikacija su prethodna venska tromboza s hiperkoagulabilnim stanjem, zadnji stadij kronične jetrene bolesti i povijest neoplazme osjetljive na estrogen. Najviše proučen režim feminizacije jest kombinacija estrogena i »anti-androgena«.

Kako bi se suzbilo djelovanje androgena, koriste se lijekovi iz raznih skupina koji omogućuju snižavanje razine endogenoga testosterona ili oslabe samo djelovanje testosterona – tako dolazi do smanjivanja maskulinih karakteristika kod pacijenta (More, Wisniewski i Dobs, 2003).

Kod feminizirajuće hormonske terapije tjelesne prilagodbe uključuju prije svega rast dojki, smanjenje testisa, rast postotka masnog tkiva u odnosu na mišićnu masu, te oslabljenje erektilne funkcije. Potrebno je razdoblje od dvije godine korištenja hormonske terapije da bi došlo do većine tjelesnih prilagodbi, iako one same po sebi započinju dosta ranije i izrazito variraju. Vremenski slijed fizičkih prilagodbi (otprilike) prikazuju tablice 1 i 2 (Hembree i sur., 2009).

Tablica 1: Tjelesni učinci i očekivani vremenski tijek maskulinizirajućih lijekova

<i>Učinak</i>	<i>Očekivani početak</i>	<i>Očekivani maksimalni učinak</i>
masna koža/akne	1-6 mjeseci	1-2 godine
rast facijalne/tjelesne dlake	3-6 mjeseci	3-5 godina
gubitak kose	>12 mjeseci	varira
povećana mišićna masa/snaga	6-12 mjeseci	2-5 godina
preraspodjela masnoga tkiva	3-6 mjeseci	2-5 godina
prestanak menstruacije	2-6 mjeseci	Ø
povećanje klitorisa	3-6 mjeseci	1-2 godine
urogenitalna atrofija	3-6 mjeseci	1-2 godine
produbljenje glasa	3-12 mjeseci	1-2 godine

Izvor: Hembree i sur., 2009.

Tablica 2: Tjelesni učinci i očekivani vremenski tijek feminizirajućih lijekova

<i>Učinak</i>	<i>Očekivani početak</i>	<i>Očekivani maksimalni učinak</i>
preraspodjela masnoga tkiva	3-6 mjeseci	2-5 godina
smanjenje mišićne mase/snage	3-6 mjeseci	1-2 godine
omekšavanje kože/smanjenje masnoće kože	3-6 mjeseci	nepoznato
smanjenje libida	1-3 mjeseci	1-2 godine
smanjenje učestalosti spontanih erekcija	1-3 mjeseca	3-6 mjeseci
muška spolna disfunkcija	varira	varira
rast grudi	3-6 mjeseci	2-3 godine
smanjenje veličine testisa	3-6 mjeseci	2-3 godine
smanjenje proizvodnje sperme	varira	varira
stanjivanje i usporeni rast tjelesnih i facijalnih dlaka	6-12 mjeseci	>3 godine
muški obrazac ćelavosti	bez ponovnoga rasta izgubljene kose, opadanje prestaje nakon 1-3 mjeseca	1-2 godine

Izvor: Hembree i sur., 2009.

Ovisno o kliničkom odgovoru da li se kod osobe razvija feminizirano ili maskulinizirano tijelo (a minimaliziraju se neželjene suprotne značajke), dakle u skladu s ciljem pacijenta kad je riječ o rodu, moguće je procijeniti učinkovitost terapije.

Kada se postignu željeni rezultati u feminizaciji ili maskulinizaciji tijela, ostaje se na dozi lijekova koja će održati postignutu razinu hormona. Doza se po potrebi prilagođava, u skladu s promjenama zdravstvenog stanja i slično (Hembree i sur., 2009).

11 Kirurški zahvati pacijenata/ica s rodnom disforijom

»I dok mnoge transrodne, transpolne i rodno nenormativne osobe pronalaze zadovoljstvo u svome rodnome identitetu, rodnoj ulozi i izražavanju bez kirurških zahvata, mnogima oni su najvažniji medicinski nužni korak u ublažavanju rodne disforije« (Hare i sur., 2009, str. 94).

Kod kirurškog pristupa u tretiranju rodne disforije kod nekih ljudi, među njima i zdravstvenih radnika, javljaju se etička pitanja. Uobičajeno se kirurškom praksom uklanja patološko tkivo i obnavlja poremećena funkcija ili se prilagođavaju tjelesne značajke sa ciljem poboljšanja pacijentovog/ičinog samopoimanja. U tretiranju rodne disforije kirurškim putem prethodna dva uvjeta nisu ostvarena. Zdravstveni radnici koji pružaju otpor prema izvođenju kirurškog mijenjanja anatomske zdravih struktura pozivaju se na etičko načelo "prije svega, ne naškoditi" (Rachlin, 1999).

Kirurški zahvati genitalija i prsa ne mogu se sagledati kao jedan u nizu elektivnih zahvata, s obzirom da se radi o zahvatima koje je moguće obaviti tek nakon prikupljene pisane dokumentacije o obavljenoj psihološkoj procjeni. Također se ne samo iz filozofske perspektive, već i financijske javlja pitanje da li se operacija prilagodbe spola treba smatrati »estetskom« ili »rekonstrukcijskom«. Rekonstrukcijski kirurški zahvati, u svakom slučaju s terapijskim ishodom, smatraju se medicinski nužnima pa su djelomično ili u potpunosti financijski pokriveni od strane nacionalnog zdravstvenog sustava ili osiguravajuće kuće. Za razliku od toga, estetska ili kozmetička kirurgija pretežno se ne smatra medicinski neophodnom, stoga troškove tih operacija najčešće plaća sam pacijent. Većina se stručnjaka slaže da se operacije genitalija i prsa ne mogu kategorizirati u kozmetičke zahvate, mišljenja im se razilaze kada na pitanje dođu drugi kirurški zahvati poput augmentacije dojki ili kirurške feminizacije lica (Rachlin, 1999).

Uloga kirurga u tretmanu rodne disforije ne može se smatrati samo tehničkom. Kirurzi moraju savjesno proučiti pacijentovu anamnezu i razloge kirurškog zahvata te kroz konzultacije razviti blisku suradnju. Poželjno je da konzultacije obuhvate različite kirurške tehnike koje su na raspolaganju, predlaganje alternativa i drugih mišljenja, prednosti i nedostatke pojedinih tehnika, ograničenja u postizanju »idealnih« rezultata određenih zahvata pokazivanjem dostupnih fotografija prijašnjih pacijenata te spominjanje mogućih komplikacija i rizika pojedinih tehnika. Pacijentima treba omogućiti dovoljno vremena za usvajanje danih informacija prije nego predaju informirani pri-

stanak s obzirom da se radi o ireverzibilnim kirurškim zahvatima (Jokić - Begić, Lauri Korajlija i Jurin, 2014).

12 Zdravstvena skrb transrodnih i transpolnih osoba

Nepobitna je činjenica da transpolne i transrodne osobe trebaju zdravstvenu skrb i zaštitu tijekom cijelog života. Njihovo zdravstveno stanje treba pratiti jednako kao i kod cjelokupne populacije. Svakih nekoliko mjeseci osobe na hormonalnoj terapiji odlaze na kompletne preglede krvne slike, kako bi se ustanovilo postoji li potreba za manjom izmjenom u dozi i/ili intervalima uzimanja hormonske terapije (Feldman i Goldberg, 2006).

Od iznimne je važnosti sama suradnja pacijenta sa medicinskim stručnjakom koji obavlja bilo kakav vid tranzicije, bilo da se radi o kirurgu, psihologu, psihijatru ili endokrinologu. Primarna zdravstvena zaštita zdravlja i održavanje iste kroz kompletnu tranziciju pacijenta je najbitniji faktor, kako za pacijenta, tako i za medicinske stručnjake. Važno je razgovarati sa pacijentom prije, za vrijeme i nakon bilo kakve promjene i podhvata, uskladiti njegova očekivanja s mogućim realnim ishodima bilo kakvog zahvata (Feldman i Goldberg, 2006).

Zdravstveni djelatnici su dužni slijediti nacionalne smjernice koje se temelje na znanstvenim dokazima i poticati svoje pacijente na redovne preglede u kontekstu utjecaja hormonske terapije na već postojeće rizične faktore.

Dijagnostičke metode za otkrivanje karcinoma organskih sustava povezanih sa spolom transpolnim, transrodnim i rodno nenormativnim osobama te zdravstvenim radnicima može predstaviti poseban medicinski i psihosocijalni izazov (Jokić - Begić, 2013).

»Budući da feminizirajuća/maskulinizirajuća hormonska terapija ograničava fertilitet, poželjno je da pacijentice i pacijenti donesu odluke koje se tiču fertiliteta prije započinjanja hormonske terapije ili podvrgavanja kirurškom zahvatu kojim se reproduktivni organi uklanjaju ili modificiraju. Poznati su slučajevi ljudi koji su prošli kroz hormonsku terapiju i genitalnu kirurgiju, a kasnije žalili zbog svoje nesposobnosti da podižu genetski srodnu djecu« (Dahl i sur., 2006, str. 118).

Jako je bitno sa pacijentom provesti razgovor o hipotetskoj fertilizaciji i opcijama za moguću buduću reprodukciju, čak i ako se pacijent u to vrijeme čini nezainteresiran. Određeni medicinski zahvati su ireverzibilni i dobro je da pacijent bude apsolutno siguran u svoju odluku ukoliko ne želi daljnju genetsku reprodukciju. Ukoliko je pacijent nesiguran, uvijek je bolje imati genetsku pričuvu kao opciju (Jokić - Begić, 2013).

Proces fertilizacije transrodnih i transpolnih osoba je definitivno jedna od osjetljivijih tematika u sveopćoj populaciji. U današnje vrijeme se skladištenje jajnih stanica ili spermija kod transrodnih i transpolnih osoba uvelike može usporediti sa slučajevima skladištenja stanica osoba oboljelih od malignih bolesti. Dok je u pojedinim zemljama

svijeta zdravstveni sustav osigurao mogućnost pohrane jajnih stanica i spermija, u Hrvatskoj, nažalost, to pitanje još uvijek nije regulirano.

13 Zaključak

Cilj ovog rada je bio prikazati razliku između roda i spola, razjasniti pojam rodne disforije, iznijeti medicinske činjenice i aspekte prilagodbe spola (neovisno o tome radilo se o feminizaciji ili maskulinizaciji tijela pacijenta), te predložiti količinu problematike sa kojom se nose pacijenti sa već spomenutom dijagnozom.

Kao što je prikazano, Republika Hrvatska još uvijek radi na osmišljanju konkretnih zakona i protokola koji bi adekvatno i učinkovito regulirali pravnu problematiku ove dijagnoze. Iako je tako, medicinski stručnjaci pokušavaju utjecati na zakonodavna tijela, kako bi se državni organi odgovorni za taj sektor ugledali na zapadnoeuropski i američki model, gdje se transpolnost i transrodnost odavno ne smatra »bolešću«, te je njihovim pacijentima ustupljena sva moguća medicinska besplatna skrb. Od velike važnosti je ovu temu uvrstiti u školski kurikulum u obrazovanju medicinskog osoblja, kako bi bili u mogućnosti dati prave odgovore i pružiti adekvatnu skrb.

Radoslav Kosić, MSc ER, Tanja Kosec, MD

Gender Incongruence

Nowadays many surveys are being conducted on the ever-growing topic of what is gender and what is sex, all of which produce terrible results. The same results can be seen in both the general and the professional sectors of the population. A large number of people cannot distinguish one from the other, or have difficulty doing so. We live in a world where the act of changing one's "sex" is still considered taboo by all standards. Since sex and gender are binary, we are led to understand those terms as two opposing, unchanging and powerful categories. This kind of understanding leads to an inability to express oneself freely with regard to gender, as it limits the view of sex/gender roles in society. One of the causes of this problem is the assumption that gender and sex are the same to most people, which means that a person is either a "man" or a "woman", both in terms of gender and sex. This way of thinking requires a strict way of speaking, behaving and being, which leads us to gender/sex norms and heterosexuality (Begić, 2013). Sex refers to a socially determined classification with medical characteristics of both the biological type (chromosomes, phenotype, genitals) and the legal type, which is distributed to children after birth based on the appearance of the external genitals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013). Gender non-normativity marks the difference in which the gender role, identity or a speech pattern of a person deviates from cultural norms which are prescribed to humans based on their sex. With individuals who are not aligned with their sex*

and gender there is a common trait called gender dysphoria (DSM-5, 2013). In early childhood, subjects can express their gender identity, which is contrary to cultural norms and can express their dissatisfaction with the gender roles imposed on them by society. Research shows inconsistent data, although it is assumed that 1-3% children wish themselves to be of another gender, while a smaller number of them struggle with gender dysphoria in adulthood (Bao and Swaab, 2011). Estimates of the prevalence of gender dysphoria in adulthood vary from region to region and from time to time when the actual research was conducted; based on this information we can assume that cultural factors undoubtedly influence the decisions that a person suffering from gender dysphoria makes when seeking help. Today's data shows a frequency from 0.005% to 0.0014% of adults who were prescribed a "male" sex at birth and 0.002% to 0.003% of adults that were prescribed a "female" sex at birth (DSM-5, 2013). The given data is based on transsexual people who sought help because of medical treatments, which adjust sexual features with gender identity. Recent analyses show that the number of people seeking for help with gender dysphoria has increased, but there is a lack of research on the common population in different social and cultural contexts that would provide more reliable and valid data on the prevalence of gender dysphoria (Lauri Korajlija, Jokić - Begić and Jurin, 2015). Although the unalignment of gender identity with sex prescribed at birth has been known since ancient times, the relationship between the subject and the society has determined the degree and the kind of pathology it attributed to the subject (Richars et al., 2015). In the last decade gender dysphoria has been more rarely considered a psychopathological state. Contrary to that, gender dysphoria is more often looked at as a variation, which rarely requires medical attention. Therefore, we come to the conclusion that transgender people do not have a higher degree of comorbidity of mental illness in comparison with the cisgender population and that the cause of psychological disorder can be prescribed to less stress or marginalisation. This diagnosis was entirely exempted from the category of psychological disorders and was sorted under a special category, State connected to sexual health (Reed et al., 2019). The more recent approach to transgender, gender non-normatives and transsexual people in relation to scientific and psychosocial care in the countries of the European Union and North America is carried out according to proposals of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH). The seventh version of standard care for the health of transsexual, transgender and gender non-normatives represents the golden standard for organization of care. It differs from other standards in the recognition and acceptance of identity difference and non-normative gender expressions that do not require psychological, hormonal and surgical treatment. According to the final conclusions made by the analysis published in 2015, the prevalence of gender dysphoria is seen in 4.6 to 100 000 people that were registered as female (gender) at birth and 6.8 to 100 000 people that were registered as male (gender) at birth. These numbers are based only on people that were included in the medical process of transition by adjusting their sexual features to their gender identity (Weinand and Safer, 2015). Gender dysphoria can be significantly reduced with a large array of treatment. Research shows that enabled treatment largely impairs the quality of life of transsexual people (Murad et al., 2010). It is important to

note that there is no »complete transition« that is similar for all people, but varies according to the subject. Some people see transition as a social activity, a change of name and/or changing gender symbol in their documents, and for others it covers a wide range of medical transitions (Coleman et al., 2012). There is a large number of therapeutic options with the goal of alleviating gender dysphoria. Therapy is commonly started with experts in the field of psychiatry and/or psychology, then continued on with an endocrinologist and lastly with a surgeon. Reconstructional surgical procedures of course with therapeutical results are considered medically needed and are therefore partly or fully financially covered by the National Health System or by one's insurance (Rachlin, 1999). It is an undeniable fact that transgender and transsexual people need medical care and protection throughout their life. It is of exceptional importance that there is direct cooperation between the patient and a medical professional that does any kind of transition, it being a surgeon, psychologist, psychiatrist or endocrinologist. The main focus should always be on keeping the patient healthy and on keeping the patient healthy throughout the transition period, both for the patient and for the medical professional. It is important to talk to the patient before, at the time and after any kind of change or endeavour, and balance his/her expectations with possible outcomes of the endeavour (Feldman and Goldberg, 2006). It is extremely important to discuss with the patient possible fertilisation and options for the future reproduction, even if the patient seems uninterested at the time. Certain medical procedures are irreversible and it is good that the patient is absolutely certain in his/her decision to lose the ability to genetically reproduce. If the patient is uncertain, it is always best to have a genetic backup as an option (Jokić - Begić, 2013). The aim of this work was to clearly explain the difference between gender and sex, to clarify the concept of gender dysphoria, to present medical facts and aspects of sex adjustment (whether the change from male to female, or vice-versa), and to visualize the amount of problems patients have to deal with. It is of utmost importance to mention that the training of medical staff should also be a priority, so that they are better informed about the nature of gender dysphoria.

LITERATURA

1. Bao, A. M. and Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers Neuroendocrinology*, 32, št. 2, str. 214–226.
2. Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1, št. 1, str. 45–51.
3. Begić, D. (2013). Transseksualnost kao interdisciplinarni fenomen. V: Jokić - Begić, N. and Begić, D. (ur.). *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada, str. 1–11.
4. Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, št. 4, str. 211–224.
5. Cohen - Kettenis, P. T. and Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, str. 315–333.
6. Coleman, E. et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13, št. 4, str. 165–232.

7. Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M. and Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9, št. 3, str. 111–134.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. (2013). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
9. Drescher, J., Cohen - Kettenis, P. and Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, št. 6, str. 568–577.
10. Feldman, J. and Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9, št. 3, str. 3–34.
11. Hare, L., Bernard, P., Sanchez, F. idr. (2009). Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism. *Biological Psychiatry*, 65, št. 1, str. 93–96.
12. Hembree, W. C., Cohen - Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A. idr. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94, št. 9, str. 3132–3154.
13. Jokić - Begić, N., Babić Čikaš, A., Jurin, T. idr. (2008). Transseksualnost: život u krivom tijelu? *Liječnički Vjesnik*, 130, str. 37–247.
14. Jokić - Begić, N., Lauri Korajlija, A. i Jurin, T. (2014). Psychosocial adjustment to sex reassignment surgery: a qualitative examination and personal experiences of six transsexual persons in Croatia. *Scientific World Journal*, 25, str. 12.
15. Jokić - Begić N. (2013). Psihološki aspekti transseksualnosti. V: Jokić - Begić, N. and Begić, D. (ur.). *Suvremeni pristup transseksualnosti*. Zagreb: Medicinska naklada.
16. Lauri Korajlija, A., Jokić - Begić, N. i Jurin, T. (2015). (Ne)znanje je (ne)moć – stručna pomoć transspolnim osobama. *Zbornik radova 22. dani Ramira i Zorana Bujasa*, Zagreb.
17. Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's Standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11, št. 2, str. 127–132.
18. Moore, E., Wisniewski, A. and Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88, št. 8, str. 3467–3473.
19. Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z. et al. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72, št. 2, str. 214–231.
20. Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3, št. 3, str. Pridobljeno dne 1. 9. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.WPATH.org>.
21. Reed, G. M. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18, št. 1, str. 3–19.
22. Richards, C., Arcelus, J., Barrett, J. idr. (2015). Trans is not a disorder—but should still receive funding. *Sexual and Relationship Therapy*, 30, št. 3, str. 309–313.
23. Weinand, B. S. and Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2, št. 2, str. 55–60.

Radoslav Kosić, viši predavač na Fakulteti zdravstvenih studija Rijeka, Sveučilište u Rijeci
E-naslov: radoslav.kosic@uniri.hr

Tanja Kosec, doktor medicine v Kliničkom bolničkom centru Rijeka, Kliniki za pedijatriju
E-naslov: tanjakosec2@yahoo.com