

2018

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
TRANSSEKSUALNOST

JERAJ

KARMEN JERAJ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

TRANSSEKSUALNOST

(Transsexuality)

Ime in priimek: Karmen Jeraj

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, avgust 2018

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Karmen JERAJ

Naslov zaključne naloge: Transseksualnost

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 32

Število referenc: 29

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: transseksualnost, spolna identiteta, biološki spol, družbeni spol, sprememba spola

Izvleček:

Spolna identiteta je doživljanje sebe kot moškega ali ženske. Motnja spolne identitete se kaže z občutkom nelagodja v spolu, ki je bil posamezniku dodeljen ob rojstvu in željo po pripadnosti k nasprotnemu spolu. Izvor transseksualnosti je precej nejasen, saj obstajajo tako biološki kot psihološki faktorji, ki imajo svoj vpliv. Kadar je težnja po pripadnosti nasprotnemu spolu dolgotrajna in močna, se posameznik lahko odloči za operativno spremembo spola. To zahteva muntidimenzionalne pristope večih področij.

Namen zaključne naloge je raziskati različne teorije in dokaze o razlogih za pojav motenj spolne identitete oziroma transeksualnosti.

Cilj je odgovoriti na vprašanje ali so ti vzroki samo psihološki, biološki ali pa posledica obojega, prav tako pa je pomembno ozaveščanje širše javnosti in ljudi, glede transseksualnih oseb, boljšemu razumevanju vzrokov tega pojava, ter nasprotno, da bi transseksualne osebe lažje razumele sebe.

Key words documentation

Name and SURNAME: Karmen JERAJ

Title of the final project paper: Transsexuality

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 32

Number of references: 29

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: Transsexuality, sexual identity, sex, gender, sex change

Abstract:

Gender identity is a sense of self, as a man or a woman. When a person is feeling great discomfort in a sex assigned at birth and has a desire to become a member of an opposite sex, we are talking about a Gender identity disorder. There are biological as well as psychological factors, that could contribute to this phenomenon. When the desire to be a member of the opposite sex is longlasting and strong, a person could go through a gender reassignment surgery, which demands a multidimensional team of experts .

Zahvala

Rada bi se zahvalila mentorju, dr. Mateju Kravosu, za pomoč in odzivnost, gospe Saši Šegi Crnić za lektoriranje, prijateljem za tehnično pomoč in psihično podporo ter osebi, zaradi katere se mi je obravnavana tema prvič približala in ki je razlog, da sem se jo odločila globlje raziskati. Hvala.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	SPOLNA IDENTITETA	2
2.1	Teorija družbenega spola.....	3
2.2	Pomen in razumevanje spola v družbi.....	3
2.3	Biološki spol.....	4
2.4	Spolna vloga.....	4
2.5	Motnje spolne identitete	5
2.5.1	Klasifikacija	5
2.6	Tranzvestisem.....	6
3	TRANSSEKSUALNOST	7
3.1	Zgodovina.....	8
3.2	Biološki vzroki	8
3.2.1	Razlike v možganih med spoloma	8
3.2.2	Transseksualnost možganov.....	9
3.2.3	Steroidni geni in mutacije	10
3.2.4	Testosteron	10
3.2.5	Nepravilne količine testosterona	11
3.2.6	Kloakalna extrofija.....	12
3.3	Psihološki faktorji.....	13
3.3.1	Družina	13
3.3.2	Zloraba	14
4	SPREMEMBA SPOLA	15
4.1	Tranzicija.....	15
4.2	Zdravljenje.....	15
4.2.1	Hormonska terapija	15
4.3	Operativni posegi.....	17
4.3.1	Manjši posegi	17
4.3.2	Operacija spolnih organov	17
4.3.3	Obžalovanje.....	17
4.4	Zaviralci pubertete.....	18
4.4.1	Razlogi proti uporabi zaviralcev pubertete	19
4.4.2	Razlogi, ki podpirajo uporabo zaviralcev pubertete.....	19
4.5	Psihoterapija transseksualnih otrok	20
5	PRAVNO PRIZNANJE SPOLA V SLOVENIJI	20

6	POVZETEK RAZISKAVE O POTREBAH TRANSSEKSUALNIH OSEB V SLOVENIJI.....	21
7	ZAKLJUČEK	23
8	LITERATURA IN VIRI	24

1 UVOD

Spolna identiteta ima več definicij. Identiteta spola se lahko razlikuje od spola, ki je bil določen ob rojstvu in ni povezana s spolno usmerjenostjo. Glede na nekatere nevrobiološke teorije o spolni identiteti se lahko razvije neskladje med biološkim spolom in identiteto, ker se spolna diferenciacija možganov pojavi kasneje kot razvoj spolnih organov. Spolno identiteto določata prenatalni in pubertetni razvoj osebnosti (Burn, 2016).

Motnja spolne identitete je bila v medicini prvič omenjena v začetku druge polovice 19. stoletja, prva želja po spremembi spola pa je bila zabeležena leta 1945 v Švici. Nekaj let kasneje so pojav poimenovali transseksualnost in izraz se je obdržal do danes ter označuje osebo, ki psihološko živi v spolu, nasprotnem svojemu biološkemu spolu (Erič, 2011).

Razvoj spola in motnje spolne identitete so kompleksen proces, ki vključuje medsebojno izražanje tako bioloških (geni in hormoni) kot psiholoških dejavnikov. Možgani so v tem primeru anatomski substrat spolne identitete v smislu razlikovanja med moškimi in ženskimi možgani (Den Heijer in Klink, 2014).

Ker se razlike v spolnih organih pojavijo pred spolnimi razlikami v možganih, lahko pride do motenj neodvisno druga od druge. Tako so spolna identiteta, orientiranost, kognicija in tveganje za pojav duševnih motenj verjetno gensko pogojeni. V nasprotju pa ni veliko dokazov, da bi imele kasnejše izkušnje in socialno okolje ključno vlogo pri razvoju spolne usmerjenosti in identitete (Bao in Swaab, 2010).

Testosteron neposredno oblikuje moške možgane, medtem ko se ženski možgani razvijajo v relativnem pomanjkanju testosterona (Bao in Swaab, 2010).

Testosteron vpliva na propad in nastajanje celic, povezave med nevroni in nevrokemično obliko komunikacij možganskih celic. Vloga in vpliv testosterona v kritičnem obdobju zgodnjega razvoja povzroči trajne za spol značilne oblike obnašanja. Opazimo jih kot spremembe v otroški igri, spolni usmerjenosti in spolno identiteto (Hines, 2006).

Zdravljenje oseb s to motnjo je zahtevno in vključuje večdimenzionalni pristop, ki lahko vključuje psihoterapijo, hormonsko terapijo in kirurški poseg. Ker je osnovna zahteva pacienta sprememba spola, se zdravljenje običajno ne osredotoča na odvrčanje pacienta od ideje spremembe spola, temveč na nudenje pomoči osebi v procesu prehoda od biološkega k izbranemu spolu (Erič, 2011).

Transseksualne osebe so pogosto osamljene oziroma imajo občutek, da so same s svojimi problemi, predvsem zaradi pomanjkljive izobraženosti in nerazumevanja socialnih odnosov.

Opisano je tudi več raziskav o travmah iz otroštva transseksualnih oseb s poudarkom na razliki, kako transseksualne osebe vidijo sebe in kako jih vidijo drugi (Ipollito in Levitt, 2014).

Namen zaključne naloge je raziskati različne teorije in dokaze o razlogih za pojav motenj spolne identitete oziroma transseksualnosti. Cilj je odgovoriti na vprašanje, ali so ti vzroki samo psihološki, biološki ali pa posledica obojega, prav tako pa je pomembno ozaveščanje širše javnosti glede transseksualnih oseb, boljše razumevanje vzrokov tega pojava ter nasprotno, da bi transseksualne osebe lažje razumele sebe.

2 SPOLNA IDENTITETA

Spolna identiteta je doživljanje celostnega seksualnega ega oziroma doživljanja sebe kot moškega ali ženske z izraženimi seksualnimi stališči in vedenji ter spolno usmerjenostjo. Odvisna je od bioloških in seksualnih značilnosti, vendar pa to ni nujno. Spolna identiteta se v otroštvu spreminja z ozirom na družbeni razred in kulturo, večinoma je izven naše izbire, včasih pa je obravnavana s predsodki, na primer pri atipičnih seksualnih identitetah, kot so transseksualne in homoseksualne osebe. Spolna identiteta je kompleksen večrazsežnostni pojav, ki ga opredeljujejo psihosocialni, biološki, moralni in zakonski dejavniki (Erič, 2011).

Razvoj spolne identitete je kompleksen proces, ki se skozi razvoj oblikuje pod vplivom bioloških (hormoni in geni) kot tudi psiholoških faktorjev oziroma interakcij med njimi. Spolna identiteta je ena najbolj izjemnih razlik med spoloma pri človeku in narejenih je bilo več študij, ki so raziskovale njene izvore, razvoj in motnje (Heiner in Kink, 2014).

Ima tudi več definicij. Ameriški psiholog Lawrence Kohlberg jo je videl kot kognitivno samokategorizacijo za fanta ali dekle. Beverly Fagot in Mary D. Leinbach sta spolno identiteto opisala s konceptom sebstva kot moški ali ženska, definirana pa je tudi kot individualni občutek sebe kot biološki, psihološki in socialni moški ali ženska (Burn, 2016).

K razumevanju spolne identitete je prispevalo več psiholoških teorij, najdaljšo tradicijo pa imajo psihoseksualne teorije Sigmunda Freuda, ki je psihoseksualni razvoj opazoval v luči bioloških dejavnikov in izkušenj v zgodnjem otroštvu. Nasprotno temu pa je psiholog Harry Stock Sullivan menil, da je to konstanten proces, ki traja od rojstva naprej in za katerega so pomembni medsebojni odnosi in odzivi z okolja (Erič, 2011).

Nekateri strokovnjaki, kot sociologinja Judith Lorber, menijo, da je binarnost spolov družbeno ustvarjen in škodljiv konstrukt, saj pripomore k normam, ki podpirajo stigmatizacijo, nadlegovanje, diskriminacijo in nasilje do tistih, katerih spolna identiteta in izražanje nista jasna ali skladna s pričakovanji okolice (Burn, 2016).

Relativno novo področje, ki proučuje kulturne konstrukcije pomena spolov in spolnosti ter razmerij med spoli, so tako imenovane študije spolov. Pri mnogih se spol loči na družbeni spol (*ang.: gender*) in biološki spol (*ang.: sex*). Ti dve komponenti skupaj s spolno usmerjenostjo (heteroseksualnost, homoseksualnost ali biseksualnost) tvorita spolno identiteto (Schiverly in De Cecco, 2014).

Spolna identiteta se v otroštvu spreminja z ozirom na družbeni razred in kulturo, večinoma je izven naše izbire, včasih pa je obravnavana s predsodki, na primer pri atipičnih seksualnih identitetah, kot so transseksualne in homoseksualne osebe. Spolna identiteta je kompleksen večrazsežnostni pojav, ki ga opredeljujejo psihosocialni biološki, moralni in zakonski dejavniki (Erič, 2011).

2.1 Teorija družbenega spola

Teorija družbenega spola pravi, da je človek rezultat družbenih vlog in vzorcev, v katere je prisiljen. Ne meni se za ontologijo človeka niti za način, kako človek oblikuje samega sebe v procesu tega razvoja. Natančneje, teorija družbenega spola zanika obstoj človeške narave in pravi, da je človek, kakršen je, rezultat kulture, koncept moškosti in ženskosti pa si je izmislila družba (Anatrella, 2015).

Pojem družbenega spola so poimenovali strokovnjaki oziroma ga je prvič poimenoval ameriški psiholog John Money, ki se je ukvarjal s transseksualnimi in interseksualnimi ljudmi. Trdil je, da je razlikovanje med žensko in moškim odvisno od vzgoje in ne toliko od narave. Svojo teorijo je skušal predvsem potrditi in ne dokazati, kar pa je pustilo posledice na nekaterih njegovih pacientih (primer Davida Reimerja). Poleg pojma družbenega spola je Money poimenoval tudi pojem spolne vloge (*ang.: gender role*), pojem spolne identitete (*ang.: gender identity*) pa je poimenovala Evelyn Hooker (Antarella, 2015).

2.2 Pomen in razumevanje spola v družbi

V družbi je ustvarjen vidik oziroma vsesplošno razumevanje, da obstajata dva spola in tako lahko posameznik pripada enemu izmed njih. To opiše fraza: "*Boys will be boys and girls will be girls.*" Vendar pa ni vedno tako, saj obstajajo posameznice, ki niso dovolj ženstvene, ali obratno, obstajajo moški, ki niso dovolj možati, da bi ugaljali socialnim vlogam, ki pripadajo moškim (Štular, 1998).

Poleg interseksualnih in transseksualnih oseb, katerih ni moč jasno kvalificirati, obstajajo tako imenovani "*gender blenders*" oziroma ljudje, ki imajo biološke karakteristike enega od bioloških spolov in se skladno s tem tudi identificirajo, hkrati pa imajo kompleksno mešanico karakteristik obeh standardnih spolnih vlog (Štular po Devor, 1998).

Prav ti so dokaz, da družbeni spol igra večjo vlogo kot biološki v smislu, če te okolje in družba prepoznavata kot žensko, se bosta do tebe tudi obnašala kot do ženske in obratno. Pri

tem biološki spol ni pomemben. Vsa ta odstopanja od "normalnih" kategorij ženske oz. moškega pa nekako navajajo zaključek, da je percepcija posameznikov v družbi kot pripadnikov enemu od spolov, prav tako pa tudi pojmi "ženskosti" in "moškosti", le kup stereotipov, ki se jih posamezniki naučijo med socializacijo. Na posameznike in posameznice pa pripisani biološki spol vpliva tako, da skladno z njim razvijejo tudi družbeni spol in posledično spolno identiteto. Ta proces poteka tako, da se okolica do otrok obnaša skladno z njihovim biološkim spolom (Štular, 1998).

2.3 Biološki spol

Pojem biološki spol označuje biološko opredelitev na moški in ženski spol. Obseg pojma zajema raznolikost kromosomov (XX za ženski in XY za moški spol), spolne žleze, zunanje in notranje spolne organe, hormone, sekundarne spolne lastnosti in specifičen možganski sistem, za katerega obstajajo dokazi, da se razlikujejo glede na spol (Erič po Sotller, 2011).

Jajčna celica matere vedno nosi kromosom X in tako pri normalni konstelaciji pri dečkih nastane kombinacija kromosomov XY, pri deklicah pa XX. V nekaterih primerih lahko pride do mutacij in različnih konstelacij, kot so XXY (Kleinfelterjev sindrom) ali XXYY, ki pa se kažejo tako s fizičnimi kot psihičnimi odstopanji otrok in kasneje odraslih. Ta kromosomski vzorec (determinante spola) ostane v človeku skozi vse življenje in se ga lahko določi z odvzemom delčkov kože ali krvi (Benjamin, 1966).

Razvoj spolnih organov v zarodku se začne z genom na kromosomu Y, ki določa spol. Testosteron in njegova pretvorba v dihidrotestosteron med 6. in 12. tednom nosečnosti sta pomembna dejavnika pri razvoju moških spolnih organov (penis, prostata in skrotum) oziroma razvoju ženskih spolnih organov ob primarnem pomanjkanju androgenov. Kasneje zaradi vpliva različnih hormonov nastopi še diferenciacija možganov, ki ostane permanentna, aktivira pa se ob navalu hormonov v puberteti. V človeškem razvoju je tako raven testosterona pri dečkih višja že med nosečnostjo in nekaj meseci po rojstvu (Bao in Swaab, 2010).

Razvoj spola poteka v dveh stopnjah. V prvi se nedeficirana gonada razvije v jajčnik ali moda, v drugi pa se razvijejo strukture notranjega in zunanjega spolovila (Kotnik in Batellino, 2012).

2.4 Spolna vloga

Spolna vloga je ena od komponent spolne identitete in se nanaša na karakteristike posameznika, ki so v družbi znane kot značilne za moškega oziroma značilne za žensko.

V večini je spolna vloga vezana na videz, osebnost in obnašanje človeka. Glede na socialne norme se tako od posameznika pričakuje, da se vede tako, kot družba pričakuje, da se vedejo

moški ali ženske. Obnašanja, ki niso v skladu s pričakovanji, pa so označena kot neprimerna. Oblikuje se med 3. in 7. letom starosti (Shively in De Cecco, 2010).

2.5 Motnje spolne identitete

Motnja spolne identitete je seksualna motnja, za katero je značilna močna in vztrajna identifikacija z nasprotnim spolom in nelagodje zaradi posameznikovega biološkega (dodeljenega) spola. Prvič je bila prepoznana v začetku druge polovice 19. stoletja, prva želja po spremembi spola pa je bila zabeležena leta 1945 v Švici. Nekaj let kasneje so pojav imenovali transseksualec in izraz se je obdržal do zdaj ter označuje osebo, ki psihološko živi v spolu, nasprotnem svojemu biološkemu spolu. Pojem "transseksualizem" je bil leta 1980 klasificiran v diagnostičnem priročniku za duševne bolezni (DSM), kasneje pa se je poimenovanje spremenilo v "motnje spolne identitete" (Erič, 2011).

Trenutno so motnje spolne identitete v mednarodnem priročniku za klasifikacijo bolezni (MKB-10) klasificirane kot odrasle behavioristične in osebnostne motnje. Transseksualnost sama pa je opisana kot močna želja po tem, da posameznik živi in je tudi sprejet kot nasprotni spol od tistega, ki je njegov oziroma njen biološko spol. Prav tako je vzporedno s tem prisoten tudi močan nelagodni občutek z osebkovim anatomskim spolom. Da je diagnoza postavljena, mora biti transseksualna identiteta prisotna vsaj dve leti in ne sme biti posledica druge duševne motnje (shizofrenija) (Barret, 2011).

Posamezna motnja ni nujno povezana z enako klinično sliko, dolgoročni izid motnje pa je težko predvideti zaradi različnih dejavnikov, ki nanjo vplivajo. Motnje spolne identitete so sorazmerno redke, saj prizadenejo 1 na 45.000 živorojenih otrok (Battelino in Kotnik, 2011).

2.5.1 Klasifikacija

Klasifikacija motenj spolne identitete (F64)-MKB-10-1992

F64.0 - Transseksualizem

F64.1 - Transvestizem kot dvojna vloga

F64.2 - Motnja spolne identitete v otroštvu

F64.8 - Druge motnje spolne identitete

F64.9 - Motnja spolne identitete, neopredeljena

Klasifikacija motenj spolne identitete – DSM-V

Motnje spolne identitete (spolna disforija)

302.6 (F64.2) - pri otrocih

302.85 (F64.1) - pri adolescentih in odraslih

Če do motenj spolne identitete pride zaradi motenj v razvoju spola, je potrebna dodatna specifična opredelitev.

255.2 Kongenitalna adrenalna hiperplazija (CAH)

259.50 Popolna androgenska neobčutljivost (CAIS)

(Dsm-5,2013)

Diagnostični kriteriji za motnje spolne identitete pri otrocih je bila v DSM-III, predstavljena leta 1980. Prva diagnostična kategorija, ki je opisovala atipičen razvoj spolne identitete pri otrocih, je bila vključena v MKB (ang.: ICD) v poglavju "Spolna odstopanja in motnje". Opisana je bila kot "obnašanje, značilno za psihoseksualno nezrele posameznike pred puberteto, ki je podobno obnašanju transvestitov in transseksualnih oseb" (Puszczuk in Czajecezny, 2017).

Pojem motnja spolne identitete se zelo pogosto enači s pojmom transseksualizem in spolna disforija oziroma se ti pojmi uporabljajo izmenično, vsi pa označujejo občutke nelagodja in nesrečnosti zaradi neskladanja med biološkim spolom in občutkom pripadnosti spolu (psihološki spol). Intenzivnost tega občutka se lahko giblje med blago željo po tem, da bi bili podobni nasprotnemu spolu, do močne in stabilne želje po celotni fizični, hormonski in kirurški spremembi spola (Erič, 2011).

Izvor motenj spolne identitete je precej nejasen. Najprej so bile hipoteze osnovane predvsem na psiholoških perspektivah, skozi desetletja pa so ji bili dodani tudi biološki faktorji, ki so igrali prav tako pomembno vlogo (Barret, 2011).

2.6 Tranzvestisem

Transvestizem kot dvojna vloga je motnja spolne identitete, ki nastopi v odrasli dobi in je zanj značilno oblačenje v oblačila nasprotnega spola, da bi oseba lahko uživala v začasni pripadnosti nasprotnega spola. Od transseksualnosti se razlikuje po tem, da ni prisotne želje po permanentni spremembi spola niti po kirurškem posegu (Erič, 2011).

Harry Benjamin v svojem delu glede na raziskave navaja, da bi lahko bil transvestizem ena od oblik transseksualnosti, vendar precej bolj mila. Že samo transvestizem razdeli v tri skupine. Psevdo transvestizem, ki je najmilejša oblika in zavzema moške, ki so kdaj oblekli oziroma redko oblečejo ženska oblačila z namenom ugajati ženskam ali moškimi in pritegniti njihovo pozornost. Fetišistični transvestiti se nekako morbidno in pogosto že v otroštvu navežejo na kos oblačila (pogosto materinega). Tudi kasneje si izbirajo ženske kose perila, korzete in čevlje z visoko peto, to pa jim povzroča še spolno vzbujenje. Tretja skupina so pravi transvestiti, kamor Benjamin uvršča predvsem moške (ženski transvestizem je precej redkejši), katerih želja po oblačenju v žensko spremljajo močna čustva. To je nekako njihovo načelo. Kasneje pa je v skupine uvrstil še transseksualne osebe in spet imenoval tri skupine, kjer v prvo sodijo transvestiti (psevdo, fetišistični, pravi), v drugo pravi transvestiti in

transseksualne osebe, ki nimajo želje po operativni spremembi spola, v tretjo pa transseksualne osebe z milo ali močno željo po spremembi spola (Benjamin, 1966).

3 TRANSSEKSUALNOST

Kadar govorimo o biološkem spolu posameznika, najpogosteje ločimo moškega ali ženskega, glede na tip kromosoma in zunanje genitalije. Kljub tej binarnosti pa se lahko zgodi, da se rodi posameznik, ki ne sodi ne v moški ne v ženski spol. Kadar pride do obratnega dojetanja sebe kot enega izmed dveh spolov, govorimo o transseksualnosti, kadar pa se oseba ne želi identificirati z nobenim spolom, pa ga/jo imenujemo "genderqueer" (Bao idr., 2017).

Transseksualnost je neomajna želja živeti in biti sprejet kot človek drugega spola. Oseba je prepričana, da je njena telesna zgradba povsem zgrešena, saj se duševno počuti kot človek nasprotnega spola. To slikovito opišejo ljudje sami - kot da v njihovem moškem telesu živi ženska duša ali obratno. Te osebe kažejo izrazit odpor do svojega biološkega spola in pogosto vidijo izhod iz tega trpljenja samo s celotno spremembo spola (hormonsko in kirurško) (Psihijatrija, 2015).

Glede na nekatere psihološke teorije je želja po tem, da bi posameznik postal pripadnik nasprotnega spola posledica travme, nezdrave naveze na enega od skrbnikov ali posledica razdružitve, pri kateri se otrok poistoveti z enim od staršev. Močna želja po spremembi spola je lahko tudi strategija, ki jo posameznik uporabi, da lažje shaja z zahtevami družbe (kar se pričakuje za posamezen spol). Nekatere študije predlagajo tudi vpliv psihopatoloških stanj staršev transseksualnih otrok. Vsekakor pa se spolna identiteta ne razvije samo na podlagi zunanjih faktorjev (četudi že pri letu starosti), ampak nanjo vplivajo tudi biološki faktorji in je torej spolna identiteta skupek vseh faktorjev (Puszczczyk in Czajeczny, 2017).

Tako proces razvoja spolne identitete in njenih motenj kot tudi faktorji (geni, okolje, psihološki faktorji), ki na to vplivajo, v veliki večini ostajajo neznani. Veliko študij, povezanih s tem, je bilo narejenih na dvojčkih, vse pa so nekoliko dvoumne. V eni od raziskav so se pokazali rezultati, da velik del k temu pripomorejo geni in dednost, vendar pa je bila študija premajhna, da bi dobila statistično močne dokaze. Kasnejša študija, ki jo je na 5799 parih dvojčkov, starih med 3 in 4 leti delala Danielle Knafo, je pokazala, da je vpliv dednosti in okolja odvisen tudi od spola in je odstotek višji pri deklicah (21-32 %) kot pri dečkih (33-43 %) (Puszczczyk in Czajeczny, 2017).

3.1 Zgodovina

Glede na grško mitologijo so v vseh obdobjih od časa srednjega veka pa do renesanse vključeni primeri transvestizma in transseksualizma (po Bullough in Green), ampak vedno izstopajo kot redki in neobičajni. Sydney W. L. Mellen (1981) navaja, da raznolikost spolov izhaja iz vrednosti za preživetje oziroma iz tega, da so naloge in odgovornosti, ki jih opravlja moški ali ženska, ločene in močno definirane, vendar pa so imeli nekateri posamezniki ne glede na te kulturne standarde vedno potrebo, da bi funkcionirali kot nasprotni spol. Taki primeri so bili zabeleženi v različnih kulturah. Čeprav so se začele že prej, pa večjih znanstvenih študij ni bilo do konca druge svetovne vojne. Velik povod zanje je bil primer Christine Jorgensen (1967), čeprav pa je bila prva sprememba spola narejena v Nemčiji 30 let pred tem, najverjetneje iz povsem napačnih razlogov - primer Einar Wegener (ni dobro dokumentiran) (Docter, 1988).

Okoli leta 1910 je Magnus Hirschfeld opisal več vzorcev in primerov, ko so se moški oblačili v ženska oblačila in pojav poimenoval *tranvsestizem* (cross-dressing). Verjetno jih je večina videla v kostumih ali v punk subkulturi, kjer se heteroseksualni moški oblačijo v ženska oblačila. Ne samo, da se to zdi čudno, v ljudeh vzbudi tudi nekake občutke strahu in odvratnosti. Desetletje nazaj so psihologi in psihiatri tako obnašanje pripisovali homoseksualnim osebam, kasneje pa je bila za definicijo transseksualnosti potrebna heteroseksualna usmerjenost (Docter, 1988).

Če se moški oblačijo v ženska oblačila, to ne vzbudi samo močnih čustvenih reakcij drugih ljudi, saj ne kršijo samo osebnih pričakovanj družbe, ampak tudi osnovna pravila naše kulture. "Moški se ne sme pretvarjati, da je ženska." (To seveda izvzema zabave in prireditve v kostumih.) Zakaj se torej nekateri moški oblačijo v ženske in svoja dejanja podprejo še z dejstvom, da jim to da užitek? (Docter, 1988).

3.2 Biološki vzroki

3.2.1 Razlike v možganih med spoloma

Razlike v možganih med spoloma se odražajo v drugačnem obnašanju že od rojstva dalje. Ženski novorojenčki na primer dajejo več pozornosti obrazom, medtem ko moški novorojenčki bolj opazijo mehanične oziroma premikajoče se objekte. Prav tako se kasneje v otroštvu deklice raje igrajo s punčkami, fantki pa imajo raje avtomobile, žoge in podobne igrače. Te razlike se pokažejo že med 3. in 8. mesecem starosti. Tu je bil izključen vpliv socialnega okolja, saj so se podobni rezultati pokazali tudi pri mladičih opic, ki so jim ponudili različne tipe igrač (Bao in Swaab, 2010).

Razlike v velikosti in teži možganov so opazne že od 2. leta starosti dalje, do odraslosti pa se pojavi še veliko razlik v funkcijah več delov možganov. Ena teh je strukturna razlika spolno

dimorfne jedra (INAH-3) v preoptičnem področju (SDN-POA). Ta je pri moških 2.5-krat večji in vsebuje 2.2-krat več celic kot tisti pri ženskah. To se pojavi po 5-ih letih starosti in zbledi nekje po 50-ih letih (Bao in Swaab, 2010).

Razlike med spoloma v možganih pri človeku so vidne in imajo pomembno vlogo za oba spola, saj imajo biokemični procesi, značilni za posamezen spol, poleg vpliva na obnašanje in druge aspekte vpliv tudi na bolezni in motnje. Razlike se tako manifestirajo na različne načine, tako strukturne kot funkcionalne. V tem primeru so določeni predeli možganov večji pri moških (hipotalamus, stira terminalis, amygdala), nekateri pa večji pri ženskah (nucleus caudatus, hipokampus, brocovo področje, notranja komisura in desni parientalni reženj). Pojavijo se razlike tudi v nevrokemičnem delovanju (Heiner in Kink, 2014).

Prav tako so bile najdene razlike v volumnu in številu nevronov centralnega jedra (nucleus centralis) ter strukturi subkortikalne anteriorne komisure in korteksa (Bao in Swaab, 2010).

Pri moških je volumen možganske strie v talamusu (BST) dvakrat večji in vsebuje dvakrat več nevronov kot pri ženskah. Podobno velja tudi za spolno dimorfno jedro (sexual dymorphic nucleus INAH3) (Bao in Swaab, 2010).

Poleg omenjenih bioloških razlik so razlike med spoloma tudi v samemu obnašanju in nekaterih sposobnostih. Moški so boljši v vizualiziranju, prostorski podstavi, orientaciji in matematičnih nalogah, medtem ko so ženske boljše v besedni komunikaciji, artikulaciji in testih besednega spomina (Heiner in Kink, 2014).

3.2.2 Transseksualnost možganov

Transseksualnost je najbolj ekstremna oblika motenj spolne identitete, kjer se posameznik vidi kot pripadnika nasprotnega spola. Ni veliko dokazov, ki bi vključili socialno okolje kot vzrok za nastanek tega pojava, obstaja pa nekaj drugih dejavnikov, ki bi lahko bili faktorji tveganja za pojav transseksualnosti. To so na primer kromosomske nepravilnosti, polimorfizem genov za estrogenske in androgenske receptorje ter abnormalne ravni hormonov med razvojem. Prav tako so ugotovili, da lahko uživanje zdravil proti epilepsiji med nosečnostjo zviša tveganje za rojstvo transseksualnega otroka, saj ta zdravila vplivajo na metabolizem spolnih hormonov (Bao in Swaab, 2010).

Ko so pri transseksualnih osebah raziskovali nevroanatomske razlike možganov, so ugotovili, da je volumen nevronov v jedru stire terminalis (Bst) hipotalamusa enak nasprotnemu spolu (velja za oba spola). V raziskavi so proučevali 6 žensk transseksualk (rojnih kot moški) in eno moško transseksualno osebo (rojeno kot žensko), ki so vsi razen enega že prejeli hormonsko terapijo. Podobne kasnejše študije pa so dokazale, da se razlike med moškimi in ženskami v jedru stire terminalis pojavijo šele v odrasli dobi, čeprav pri večini transseksualnih oseb težnje po življenju v nasprotnem spolu nastopijo že v zgodnjem otroštvu (Veale, 2011).

Tako kot za BST je tudi INAH-3 pri transseksualnih osebah enak nasprotnemu spolu oziroma ga pri nekaterih primerih testiranih ne bi mogli vključiti v nobenega od dveh spolov, kar pa lahko pomeni, da sprememba v količini androgenov v odraslosti lahko vpliva na velikost INAH-3 (Veale, 2011).

Mogoče je dokazati, da ima celoten proces spolne diferenciacije možganov več mehanizmov, poti in končnih točk. Interakcije med geni, spolnimi hormoni in razvijajočimi se možganskimi celicami skupaj ustvarijo osnove za nadaljnje vedenje, spolno identiteto in spolno usmerjenost (Cruiz idr., 2017).

3.2.3 Steroidni geni in mutacije

Napake oz. mutacije steroidnih genomov lahko privedejo do motenj v razvoju spola. To se lahko kaže z nedoločljivimi oblikami tako notranjih kot zunanjih spolnih organov. Eden takih je androgeni receptor (AR), ki se nahaja na kromosomu X. Kadar pride do mutacije tega genoma, lahko pride do popolne neobčutljivosti na testosteron (CAIS). Tako so moški primerki neodzivni na testosteron in imajo ženske fenotipe ter lahko tudi žensko spolno identiteto. Seveda se simptomi razlikujejo glede na stopnjo odzivnosti na androgene (Heiner in Kink, 2014).

3.2.4 Testosteron

Na različnih vrstah živali je bilo narejenih veliko raziskav, ki so pokazale, da testosteron in iz njega nastali hormoni igrajo pomembno vlogo pri nastajanju razlik med spoloma. Natančneje so raziskovali vpliv testosterona v kritičnih obdobjih razvoja, v katerih se samec s pomočjo njega in drugih hormonov naravno bolj maskulanizira od samic. Čeprav se pri različnih živalskih vrstah to zgodi v različnih obdobjih razvoja, je končni rezultat precej konzistenten ne glede na vrsto. Podobno velja tudi za rezultate, ki so jih dobili, ko so samicam dveh različnih vrst (podgana in opica) med prej omenjenimi obdobji nosečnosti ali mladičem takoj po rojstvu vbrizgali testosteron. Pri podganah so mladiči (samice) po enem samem vnosu testosterona pokazali bolj grobo igro in obnašanje, ki je sicer bolj tipično za samce. Podobne rezultate so dobili tudi ob vbrizganju testosterona breji samici, preden so se mladiči skotili. V nasprotnem primeru pa ima odvzem testosterona nasprotne učinke (Hines, 2006).

Obstajata dve obdobji v človeškem razvoju, pri katerih je raven testosterona višja pri dečkih kot pri deklicah. Prvo obdobje nastopi med nosečnostjo, drugo pa v prvih treh mesecih po rojstvu. Ker razvoj spolnih organov nastopi pred diferenciacijo možganov, sta ta dva procesa neodvisna drug od drugega. To pa je tudi eden od razlogov za razvoj transseksualnosti, saj bi v tem primeru oseba z moškimi spolnimi organi imela takorekoč ženske možgane oziroma stopnja maskulanizacije spolnih organov ni enaka stopnji maskulanizacije možganov. Torej so strukturne razlike možganov, ki nastopijo zaradi interakcije različnih genov, spolnih hormonov in razvoja možganskih celic, osnova za razlike med spoloma tako v vlogi

(obnašanje kot moški ali ženska), spolni identiteti (prepričanje v pripadnost enemu od dveh spolov) in spolni nagnjenosti (heteroseksualnost, homoseksualnost, biseksualnost) (Bao in Swaab, 2010).

Receptorji za testosteron in druge androgene so prisotni v več predelih možganov, kot so na primer jedra v hipotalamusu, srednjem amigdaloidnem jedru in možganski skorji, kar pa je podobno pri veliko vrstah sesalcev (Hines, 2006).

3.2.5 Nepravilne količine testosterona

Prenatalno proučevanje razvijajočega se ploda v raziskovalne namene je neetično, zato so strokovnjaki ubrali druge načine raziskovanja in zbiranja informacij. Ti vključujejo proučevanje posameznikov z genetskimi boleznimi, kjer se pojavljajo za posamezen spol neobičajne količine testosterona (CAH in CIAS), in proučevanje mater, katerim so iz zdravstvenih razlogov predpisali hormonsko zdravljenje med nosečnostjo (Hines, 2006).

Fenotip človeškega zarodka je binaren. Pri osebkih z XY fenotipom se spolna diferenciacija začne v prenatalni dobi z učinki testosterona, zaradi katerega posledično moški pridobijo svoje značilnosti (Bao idr., 2017).

Genom na kromosomu Y določa spol (SRY) in povzroči razvoj testisov oz. se zaradi odsotnosti tega gena razvijejo jajčniki. Testosteron in njegov metabolit dihidrotestosteron (DHT) sta odgovorna, da se med 6. in 12. tednom nosečnosti razvijejo zunanji spolni organi. Ker se razvijejo testisi, ki posledično izločajo še več testosterona, je raven hormona pri dečkih višja kot pri deklicah, ki testosteron dobivajo le preko matere iz posteljice in nadledvične žleze. Ne glede na razlike v ravneh testosterona po spolu so možni delni odkloni in imajo nekatere deklice višjo raven testosterona od običajne, kar lahko pomeni, da na spolno diferenciacijo vpliva tudi dovzetnost na testosteron in ne samo njegova količina (Bao idr., 2017).

Veliko informacij o posledicah višjih ali nižjih vrednosti testosterona v prenatalnem obdobju so dobili iz študij deklic s kongenitalno adrenalno hiperplazijo (CAH), avtosomatsko recesivno motnjo, ki povzroči zvečano količino nadledvičnih androgenov, posebej testosterona. Pojavi se pomanjkanje ali odsotnost encima 21-hidroksilaza. Posledično se deklice s to motnjo rodijo z delno ali popolno maskulaniziranimi zunanjimi spolnimi organi (Bao idr., 2017).

Obstaja več oblik oziroma več različnih stopenj intenzivnosti CAH glede na to, koliko encima se izloča. Večino teh deklic vzgajajo kot deklice, ampak se pri veliko teh deklet kaže obnašanje, bolj tipično za dečke. Več kot 30 odstotkov deklic s CAH je homoseksualnih ali biseksualnih, 5 odstotkov pa kaže simptome transseksualnosti, kar je 100-300-krat višje od primerov transseksualnosti glede na splošno populacijo (Bao idr., 2017).

Diagnoza je postavljena kmalu po rojstvu in se zdravi s kortikosteroidno terapijo, da se uravnava nadaljnjo količino hormonov. Ne glede na to te deklice kažejo znake obnašanja, bolj tipične za dečke (na primer preferirajo bolj fantovske igrače in bolj grobo igro) (Hines, 2006). Nasprotno pa obstajajo dečki s popolno androgensko neobčutljivostjo (CIAS), motnjo, kjer posameznikom primanjkuje receptorjev za androgene, ki so zelo feminizirani. Ne samo po fizičnem izgledu, ampak tudi po obnašanju, percepciji spolne identitete in igri. Poleg tega je študija raziskovala tudi zmožnosti prostorske predstave in orientacije, ki so bolj razvite pri moških. Ne glede na prej omenjene razlike, ki se pojavijo ob teh motnjah, pa deklice s CAH niso pokazale boljše orientacije ali prostorske predstave (Hines, 2006).

Poleg ravni spolnih hormonov na razvoj spolne identitete vplivajo tudi genski zapisi. Čeprav je bilo ugotovljeno, da je večina spolnih razlik odvisna od ravni hormonov, so nekatere oblike obnašanja, značilne za določen spol, določene s strani genov, neodvisnih od hormonov (Bao idr., 2017).

Nekateri herbicidi, pesticidi, deli plastike, zdravila in snovi v hrani (fitoestrogen) lahko preidejo preko placente v zarodek in vplivajo na delovanje endrogenih hormonov in s tem na razvoj možganov. Izpostavljenost tem snovem je povezana z bolj ženskim vedenjem (po Swan, 2010). Obstajajo podatki, da so se dečkom, katerih matere so bile med nosečnostjo izpostavljene pesticidom, v primerjavi z vrstniki (6-11 let) razvili manjši testisi in krajši penis, deklicam pa so se prej razvile prsi (Bao idr., 2017).

3.2.6 Kloakalna extrofija

Gre za motnjo v razvoju zarodkove medenice (genotip XY) oziroma natančneje sindromsko motnjo s pridruženimi motnjami v razvoju spolovila (Batellino in Kotnik, 2012).

Pri tem se večina notranjih organov razvije in ostane izven trebušne votline, spolni organi pa so slabo razviti ali pa jih sploh ni. Tako ob zelo pogosti odsotnosti penisa operativno rekonstruirajo ženske spolne organe (Gearhard in Reiner, 2004).

S študijo na 60 posameznikih z afalijo (odsotnostjo penisa) je pri 36 opazovanih bilo ugotovljeno, da so kasneje v življenju prešli iz ženskega v moški spol ter so jih privlačile ženske, ostalih 24 pa ni želelo govoriti o svoji spolni usmerjenosti (Gearhart in Reiner, 2004).

3.3 Psihološki faktorji

3.3.1 Družina

O odnosu med transseksualnimi osebami in njihovimi starši je bilo narejenih več raziskav. Dominantnega očeta, ki želi imeti veliko kontrole, ali očeta, ki je bil čustveno oddaljen od svojih otrok ali jih celo zavračal, so asociirali s pojavom transseksualizma (Veale, 2011).

Podobne raziskave na ljudeh brez motenj spolne identitete so pokazale, da tak odnos z očetom bolj vpliva na otrokovo ženstveno izražanje kot na njegovo spolno usmerjenost. Pri proučevanju odnosa z materjo pa so ugotovili, da veliko transseksualnih žensk (rojnih moških) poroča o tem, da si je njihova mati pred rojstvom želela deklico, prav tako pa so iste osebe poročale, da jim je veliko večji del vzgoje namenila mati kot oče (Veale, 2011).

Biološki faktorji (geni, prenatalna količina androgenov, nevroanatomske razlike) igrajo pomembno vlogo v razvoju spolne identitete. Možno je tudi, da je njihovo delovanje povezano oziroma da si nekako sledijo: motnja v genih povzroči neustrezno raven prenatalnih androgenov, kar povzroči nevroanatomske razlike v možganih in posledično spremenjeno spolno identiteto. Nekatero študije na interseksualnih ljudeh so dokazale, da poleg prej omenjenih bioloških faktorjev na spolno identiteto vplivajo tudi psihološki faktorji, saj so pri nekaterih posameznikih s tem pojavom, ki so imeli raven prenatalnih androgenov, značilno za moške, ob rojstvu dodelili ženski spol glede na zunanje spolne organe in jo kasneje tudi vzgajali kot žensko, kar je pri nekaterih povzročilo razvoj ženske spolne identitete, čeprav je količina testosterona bolj značilna za moške (Veale, 2011).

Vtisenjenje (ang. imprinting) kot prva izmed oblik učenja zgodnjega otroštva je bilo področje raziskovanja avstrijskega zoologa Konrada Z. Lorenza. Lorenz je ugotovil, da so se mladiči ptic po izvalitvi navezali nanj z isto stopnjo predanosti, kot bi se na svojo ptičjo mater, prav tako pa so ptice, ko so spolno dozorele, izbirale njega ali drugega človeka za svojega spolnega partnerja. Vzporedno s temi ugotovitvami sta kasneje Richard Green in John Money predstavila teorijo, da lahko pri človeku pride do "napačnega vtisnjenja" (ang. missprinting), kjer se posameznik poistoveti z nasprotnim spolom (na primer: sin se poistoveti z materino identiteto). Kot drug možen psihološki vzrok transseksualnosti pa Harry Benjamin imenuje otroško pogojevanje (child conditioning). *V znanstveni literaturi je "pogojevanje" mišljeno kot psihološko škodljivi vplivi.* V svojih intervjujih je pogosto naletel na izjave transseksualcev:

"Vem, da so bili moji starši močno razočarani, ko sem se rodil kot fant. Res so si želeli dekle."

"Moja mati si je tako močno želela deklice, da me je na skrivaj oblačila v ženska oblačila, dokler nisem bil dovolj star, da sem šel v šolo."

"Starši so me zelo razvajali. Pustili so, da sem se igral s čimerkoli sem si želel. Jaz pa sem si izbral barbike in druge igrače za deklice."

"Bil sem edini fant med petimi otroki. Vedno sem zavidal svojim sestram, da lahko oblečejo tako lepe obleke in želel sem si biti kot one."

"Moji starši so se ločili, ko sem bil še zelo mlad. Vse življenje me je vzgajala mama."

"Mati me je kaznovala tako, da sem moral nositi ženska oblačila, da bi me s tem ponižala."

"Nikoli nisem bil "pravi fant", zato me je moj oče želel narediti takega. Sovražil je dejstvo, da nisem bil dovolj močat, česar nikoli ni skrival. Sestri je dal vse, kar si je želela, jaz pa sem ji zavidal. Sovražil sem svojega očeta in še vedno ga." (Benjamin, 1966).

3.3.2 Zloraba

Razširjenost čustvene, fizične in spolne zlorabe med transseksualnimi osebami je težko določljiva, saj je bilo veliko študij delanih na manjšem vzorcu ali pa jim manjka ustrezna kontrolna skupina. Pri vseh so sicer našli dokaze, da so v primerjavi z ostalimi transseksualne osebe veliko pogosteje deležne ene od prej omenjenih zlorab, težje pa je dokazati, ali je bila ta zloraba vzrok ali posledica transseksualnosti. Rezultati intervjujev Aarona H. Devorja (str. 53 oz. 40) so v nekaterih primerih pokazali, da je transseksualnost po mnenju raziskovalca in pregledanega nastopila kot posledica hude zlorabe v otroštvu, v nasprotnem primeru pa je veliko transseksualnih otrok prav zaradi tega veliko bolj izpostavljenih tem zlorabam zaradi vsesplošnih družbenih predsodkov (Veale, 2011).

Dve študiji sta pokazali za ženske neznačilne oblike obnašanja pri deklicah, ki so bile spolno zlorabljene, obstajajo pa tudi dokazi, da biološki faktorji (geni, prenatalna količina androgenov, nevroanatomske razlike) igrajo pomembno vlogo v razvoju spolne identitete. Možno je tudi, da se faktorji povezujejo med seboj oziroma da si nekako sledijo: sprememba v genih povzroči atipično raven prenatalnih androgenov, kar povzroči nevroanatomske razlike v možganih in posledično spremenjeno spolno identiteto. Nekateri študije na interseksualnih ljudeh so dokazale, da poleg prej omenjenih bioloških faktorjev na spolno identiteto vplivajo tudi psihološki faktorji, saj so nekaterim posameznikom, ki so imeli raven prenatalnih androgenov, značilnih za moške, ob rojstvu dodelili ženski spol in jih kasneje tudi vzgajali kot ženske, kar je pri večini povzročilo razvoj ženske spolne identitete (Veale, 2011).

4 SPREMEMBA SPOLA

4.1 Tranzicija

Tranzicija (ang. transition) je kompleksen proces, znotraj katerega posameznik naredi prehod s spola, s katerim se je rodil, k spolu, s katerim se samoidentificira. Vključuje začetek javnega življenja kot oseba s psihološko/psihiatrično oceno, hormonsko terapijo ter manjšimi (lepotnimi) posegi ali bolj zapletene kirurške nadgradnje/izgradnje sekundarnih spolnih organov. Tranzicija vključuje tudi proces pravnega priznanja novega spola oziroma pridobitev novih osebnih dokumentov z novim spolom in spolnimi značilnostmi. O poteku tranzicije se odloča vsak posameznik sam in se zato tudi razlikuje pri posameznih osebah (TransAkcija, 2015).

4.2 Zdravljenje

Zdravljenje transseksualnosti je drastično in ireverzibilno. Sama diagnoza mora biti postavljena s strani strokovnjaka za spolne motnje, priporočljivih pa je tudi več mnenj, preden se posameznik odloči za nadaljnje zdravljenje, saj je poleg ireverzibilnosti potrebno upoštevati tudi zahteve socialnega okolja, v katerem se mora predstaviti z drugim spolom. To pomeni, da spremeni ime in vse dokumente, uporablja nasprotni osebni zaimsek kot do tedaj ter s tem seznanj tudi vse ostale. V primeru, da bi oseba prekmalu začela s hormonsko terapijo ali spremembo spola, bi lahko ostala z neželenimi in ireverzibilnimi spremembami telesa. Torej sta za naslednji korak potrebni tako primerna diagnoza kot tudi sprememba socialnega spola. Pri biološko moških transseksualcih so rezultati boljši, če s hormonsko terapijo pričnejo prej (Barret, 2011).

4.2.1 Hormonska terapija

Cilj uporabe hormonske terapije je dobrobit boljšega fizičnega in psihičnega počutja transseksualnih oseb. Pri rojenih moških se tako uporablja estrogen, pri rojenih ženskah pa testosteron, pred tem pa se v zgodnjih obdobjih zdravljenja pogosto uporablja še zaviralce teh hormonov (pri moških testosterona in ženskah estrogena) ter se s tem omogoči boljši potek zdravljenja z bolj želenimi rezultati. Ta oblika terapije je pogosto ena prvih in večkrat tudi edina, za katero se odločijo transseksualne osebe. Kadar pa želijo narediti še korak dlje, se odločijo za operativne posege (Curtis idr., 2007).

Pri moških pacientih terapija poteka z dodajanjem visokih odmerkov estrogena. Mlajšim pacientom se občasno doda tudi gonadotropin - sproščujoči hormon, ki zaustavlja naravno proizvodnjo androgena. V primerjavi s ciproteronom, se raje uporablja gonadotropin - sproščujoči hormon, ker ciproteron lahko povzroči nepravilno delovanje jeter, depresijo, letargičnost, utrujenost in (redkeje) raka prostate. Doza estrogena se progresivno povečuje kako leto dni, da s tem zvečajo prsi do končne velikosti. V primeru prevelikih odmerkov se pojavi prehitra rasti prsi, ki kasneje otrdijo in s tem onemogočijo nadaljnje hormonske

povečave. Ta terapija traja 6 mesecev z rednimi pregledi serumskih lipidov, prolaktina in jetrnih funkcij. Progesteron ne igra pomembnejše vloge, ampak povzroča raka na prsih (Barret, 2011).

Če se torej rojeni moški (trans-ženska) odloči jemati nadomestne hormone, jo bodo ti naredili veliko bolj ženstveno, ima pa lahko tudi naslednje učinke:

- več maščobe na bokih,
- zmanjšanje zunanjih spolnih organov (penis in testisi),
- težja erekcija in orgazem,
- zmanjšana moč mišic,
- povečanje prsi (postanejo tudi bolj trde),
- zmanjšana rast dlak,
- upočasnjen pojav plešavosti (ni nujno ustavljen).

Terapija z estrogenom torej omogoča milo rast prsi in zmanjšano rast obraznih dlak. Prav tako pa povzroči zmanjšanje libida in zvečan apetit. Ne povzroči pa spremembe glasu. Zato so potrebne govorne terapije, včasih pa je celo potreben operativni poseg glasilk, kateremu sledi več govornih terapij (Barret, 2011).

Ženske pacientke potrebujejo terapijo z androgenom - testosteronom, ki se jim ga dozira intramuskularno ali z implantantom. Oralno odmerjanje lahko povzroči hepatocelularni karcinom. Hormon povzroči pojav moških sekundarnih spolnih znakov. Prvi znak je zvečan libido, ki pa mu sledi kliteromegalija in poraščenost. Menstrualni cikel je vse redkejši, po približno 6 mesecih terapije nastopi menopavza pri skoraj vseh pacientkah. Mišična masa se zveča le ob primerni vadbi (Barret, 2011).

Terapija z androgenom je zelo učinkovita. Pri večini posameznic so rezultati na koncu tako prepričljivi, da ni moč ločiti, da so se rodile kot ženske (Barret, 2011).

Hormonsko terapijo je potrebno uporabljati skozi vse življenje, če želi transseksualna oseba obdržati feminizirane spremembe ob uporabi estrogena ali maskulanizirane spremembe ob uporabi testosterona. Če posameznik želi nadaljevati s spremembo spola in se odloči za kirurške posege, se doza spolnih hormonov pogosto zmanjša, ne pa popolnoma ustavi. Slednje se stori samo z zaviralci hormonov. Uporaba hormonov je precej varna in so uporabniki z njo zadovoljni, vendar pa še vedno lahko pride do nekaterih neželenih učinkov. Ti so pri uporabi estrogena lahko: tromboza, pljučna embolija in nepravilno delovanje jeter, pri uporabi testosterona pa lahko pride do policitemije. Eden od neželenih učinkov uporabe obeh hormonov je tudi neplodnost (Curtis idr., 2007).

V Sloveniji je za dostop do hormonske terapije potrebno pridobiti mnenje psihiatra. Trenutno sta na voljo samo dve strokovni osebi, ki delujeta v Ljubljani na interdisciplinarnem konziliju

za potrditev spolne identitete, ki deluje v okviru Ambulante za spolno zdravje (Center za mentalno zdravje v Ljubljani) (TransAkcija, 2016).

4.3 Operativni posegi

Kadar hormonska terapija ne zadovolji pacientovih potreb po spremembi, se ta odloči za kirurške posege oziroma operativne spremembe telesa. Posegi so lahko preprosti plastični posegi ali precej zapleteni. (npr. sprememba genitalij). Ker so posegi ireverzibilni, je slednji možen šele po 12 mesecih kvalitetnega življenja kot pripadnik oz. pripadnica nasprotnega spola (Kline, 2009).

4.3.1 Manjši posegi

Veliko transseksualnih ljudi se odloči za manjše oziroma tako imenovane "lepotne" posege obraza in drugih delov telesa. Tako se lahko odločijo za liposukcijo, operacijo nosu, lifting obraza ali rekonstrukcijo obraznih kosti. Lahko pa tudi za nekatere manj pogoste posege, kot so: odstranitev adamovega jabolka, rekonstrukcija glasilk ter vsadki pektoralnih (prsni) in glutealnih (zadnjičnih) mišic (Kline, 2009).

4.3.2 Operacija spolnih organov

Glede na spol in spolne karakteristike se posegi na spolnih organih razlikujejo. Pri rojenih moških je poseg sestavljen iz več delov: panektomija (odstranitev penisa), bilateralna orchidektomija (odstranitev testisov), kliteroplastika in vulvoplastika (oblikovanje klitorisa in vulve). Včasih je vključena še vaginaloplastika (oblikovanje vagine), ampak ta za posameznike, ki nimajo želje po spolnih užitkih, ni potrebna in jo odsvetujejo (Barret, 2011).

Poseg pri ženskah je nekoliko bolj zapleten in običajno zahteva več posegov. Novi falus je običajno narejen iz kože, ki so jo odvzeli z drugega dela telesa, najpogosteje trebuha ali podlakti. Kasneje namestijo urinarni kanal, erekcijske funkcije so možne samo z vstavitvijo hidravlične naprave, kar pa je oboje zelo zahteven poseg (Barret, 2011).

Ne glede na to, da se kapaciteta orgazmov pri rojenih moških zmanjša (pri ženskah zveča), posamezniki pokažejo veliko zadovoljstva, seveda pa je pomembno, da imajo veliko socialne podpore (Barret, 2011).

4.3.3 Obžalovanje

Sprememba spola (ang. sex reassignment surgery – SRS) je dokazano zelo učinkovita intervencija za transseksualne osebe. Vseeno pa pogosto pride do obžalovanj in želj po ponovni operaciji (Corider in Karper, 2012).

Friedemann Pfafflin je navedel nekaj razlogov, ki bi bili možni za obžalovanje spremembe spola. To so lahko neustrezna diagnoza, slabi rezultati operacije, duševna manjrazvitost, nestabilna osebnost, odvisnosti, kriminalna nagnjenja, slaba socialna podpora ali nezmožnost prilagoditve v novem spolu. V povprečju je več kot eno teh lastnosti določil pri sedmih od osmih testiranih transseksualcih (Pfafflin, 1993).

Z longitudinalno študijo transseksualnih ljudi na Švedskem (med letoma 1973 in 2003) so ugotovili, da je tveganost za samomorilne misli, poskuse samomora in samomore pri ljudeh, ki so se odločili za spremembo spola, bistveno višja od kontrolne skupine (Boman idr., 2011).

V Franciji je skupina psihologov in psihiatrov izvedla študijo, v kateri so ugotovili, da je tveganje za obžalovanje operativnega posega višje pri moških, ki so heteroseksualci in želja po spremembi spola nastopi v kasnejšem obdobju življenja, bližnji in družina pa jih ne podpirajo pri njihovi odločitvi. Prav tako so navedeni še nekateri faktorji, ki lahko pripomorejo k obžalovanju. To so pomanjkanje spolne aktivnosti, prekinjena hormonska terapija in nastop motnje spolne identitete v odrasli dobi (Corider in Karper, 2012).

4.4 Zaviralci pubertete

V zadnjih 10-ih letih se je število ljudi z motnjami spolne identitete močno povečalo, prav tako pa so te osebe mlajše. Zakaj je prišlo do tako močnega naraščanja, še ni povsem znano. Razlog bi lahko bil v večjem splošnem javnem zavedanju o samem obstoju transseksualnosti, kar bi lahko spodbudilo več staršev k iskanju pomoči, vendar pa po drugi strani te informacije in možnost zdravljenja lahko privedejo do tega, da pomoč iščejo tudi tisti otroci, ki bi se kasneje v razvoju poistovetili s svojim biološkim spolom (Hurz idr., 2017).

Verjetno se pri samo 10-30 odstotkih otrok motnja prenese v dobo adolescence. Če se pojavi, je večja verjetnost, da bo ostala tudi v odrasli dobi. Ne glede na to pa so ti otroci veliko bolj ranljivi in dovzetni za razne psihološke travme, predvsem zaradi nezadovoljstva z lastnim telesom. To je tudi razlog, da je odstotek samopoškodovanja, poskusov samomora in samomorilnih nagnjenj pri transseksualnih mladostnikih višji od 'normalne' populacije. Poleg slabe samopodobe pa so pogosto še tarča zlorab socialnega okolja. Da bi preprečili taka dejanja in opozorili na potrebe te populacije, se strokovnjaki trudijo z razvijanjem različnih terapevtskih intervencij. Ena takih je uporaba zaviralcev pubertete, ki se uporablja vse pogosteje. Pri tem se dodaja gonadotropin, sproščujoči hormon (GnRH), ki začasno ustavi razvoj pubertete. Deluje na hipofizo, tako da inhibira izločanje estrogena pri deklicah in testosterona pri dečkih. S tem se ustavi razvoj sekundarnih spolnih znakov. Medtem se otroka vodi skozi spolne vloge, da bi se lahko vedel skladno s svojo domnevno spolno identiteto. To naj bi mladostnikom olajšalo neprijeten stres ob razvijanju spolnih organov, neskladnim z njihovo spolno identiteto, ter jim dalo več časa, da se lahko odločijo, ali želijo nadaljevati s spremembo spola (Giovanardi, 2017).

Zdi se, da zaviranje pubertete ponuja vmesni korak in omogoča kvalitetnejšo spremembo spola v kasnejšem razvoju ter ublaži disonanco med otrokovim prepričanjem o njegovi spolni identiteti in njegovim biološkim spolom, vendar pa se še vedno pojavljajo dvomi in kritike na uporabo le-teh (Hruz idr., 2017).

4.4.1 Razlogi proti uporabi zaviralcev pubertete

Primarni problem zaviralcev pubertete sta motnji v mineralizaciji kosti in plodnosti. Študije na učinkih zaviralcev na možgane so še vedno redke. Obstajajo sicer tiste, ki so pokazale pozitivne učinke teh intervencij na psiho transseksualnih otrok, podobno tudi nekaj longitudinalnih študij, ki so jih naredili na več posameznikih in preverili njihovo psihološko stanje po popolni spremembi spola. Njihovo duševno stanje se je precej izboljšalo in vidnih je bilo manj znakov depresije. Večina jih tudi ni obžalovala odločitve za spremembo spola. Vsekakor pa so to dokaj nove raziskave in se pojavlja mnogo dvomov glede uporabe zaviralcev pubertete (Giovanardi, 2017).

Najpogostejši dvomi so bili predstavljeni kot:

1. Otrok pri 2. in 3. letu starosti še ni dovolj zrel, da bi lahko sprejel tako odločitev.
2. V obdobju mladostništva ni mogoče postaviti diagnoze spolne disforije, saj je spolna identiteta še vedno v fazi razvoja.
3. Zaviranje pubertete lahko samo po sebi sproži razvoj spolne identitete, ki je lahko skladna s tisto, ki jo je posameznik prevzel v obdobju "spolne krize".
4. Še vedno niso znani dolgoročni učinki zaviralcev.
5. Zgodnje poseganje v razvoj posameznika lahko nenadzirano spremeni pacientovo svobodo spolnosti in spolne orientacije.
6. Zaviralci pubertete prav tako zavirajo "spolno slo" in tako lahko posameznika prikrajšajo pri tovrstnih interakcijah in socializaciji.

Pri trans-dekletih (rojenih fantih) lahko pride do blokirane rasti penisa in posledično manj tkiva za optimalno vaginoplastiko (Giovanardi, 2017).

4.4.2 Razlogi, ki podpirajo uporabo zaviralcev pubertete

Eden najpomembnejših razlogov za depresivno počutje transseksualnih oseb je pojav sekundarnih spolnih organov, zato so strokovnjaki ponudili možnost, da se ustavi njihov razvoj že pred puberteto. S tem naj bi se zmanjšalo tveganje za pojav depresije, poskusov samomora in samih samomorov. Zagovorniki trdijo, da je njihova uporaba dobra podlaga za nadaljnjo spremembo spola in da je sprememba veliko bolj učinkovita, saj ko se enkrat razvijejo sekundarni spolni organi, se razvijejo do očitne mere, prav tako pa se posamezniku omogoči več časa, da se odloči o svojih nadaljnjih željah (Lament, 2007).

Pri odločitvi, da se otroku omogoči spremembo spola pri tako mladih letih, je potrebno biti previden. Potrebno si je vzeti veliko časa, da se otroka opazuje, preden se naredijo nadaljnji koraki, saj se otrok v času razvoja pogosto sreča z nejasnostjo sebstva (Erhenshaft, 2015).

4.5 Psihoterapija transseksualnih otrok

Da bi poskrbeli za čim boljše psihološko stanje, so za take otroke zasnovali pristope psihološkega zdravljenja, vendar pa prihaja do sporov, kakšen vpliv ima lahko terapija na odraščajočega otroka. Združenje APA je izpostavilo več smeri, vsaka opisuje drugačna načela, večinoma gre za skrb za dobrobit teh otrok. Poraja se vprašanje, ali je smiselno otroka spodbujati pri njegovem počutju, saj bi se tako otrok lahko počutil bolj samozavestno v svoji koži. Prva skupina terapevtov takega otroka spodbuja k spremembi spola in temu, da bi otrok ugajal socialnim normam za enega od obeh spolov, torej da se obnaša glede na družbene standarde. Drugi domnevajo, da je smiselno počakati, da se otrok razvija s tem mišljenjem v družbi in otroka bolj pripravijo na to, da lahko zaradi tega obnašanja, ki ga družba vidi kot nenavadnega, postane tarča posmeha. S tem zavedanjem pa naj bi otroci imeli večjo samozavest. Tretja skupina terapevtov je tista, ki podpira uporabo zaviralcev pubertete. Zagovorniki te metode trdijo, da nekateri otroci prenesejo to mišljenje v druga obdobja življenja in jim ti zaviralci omogočijo lažji prehod od enega spola k drugemu (Lament, 2007).

5 PRAVNO PRIZNANJE SPOLA V SLOVENIJI

Pravno priznanje spola je postopek spremembe imena ter uradnih podatkov o spolu v uradnih dokumentih z namenom priznanja spolne identitete posameznika ali posameznice (TransAkcija, 2016).

Slovenska pravna terminologija ne uporablja tega izraza, ampak izraz "sprememba spola", ki se uporablja v Pravilniku o izvrševanju zakona o matičnem registru, ter v svojem 37. členu navaja: "Sprememba spola se vpiše na podlagi odločbe pristojnega organa o spremembi vpisanega podatka. Podlaga za izdajo odločbe je potrdilo pristojne zdravstvene ustanove ali zdravnika, iz katerega je razvidno, da je oseba spremenila spol. Pred vpisom spremembe spola v register mora matičar zahtevati določitev nove EMŠO. Izpisek iz matičnega registra o rojstvu se izda s podatkom o novem spolu, brez zaznamka o spremembi spola." (TransAkcija, 2017).

Torej pravilnik navaja, da mora transseksualna oseba na upravni enoti predložiti potrdilo o spremembi spola, katerega v Sloveniji najpogosteje izda psihiater. Posameznik oz. posameznica si tako pridobi diagnozo transseksualizma oziroma motnje spolne identitete. Slovenija, kot mnogo drugih držav, nima zakona, ki bi uredil pravno priznanje spola in ostala vprašanja s področja potreb in pravic transseksualnih oseb. Uveljavljanje pravice do pravnega priznanja na osnovi samoidentifikacije brez pridobitve medicinske diagnoze in posegov tako ni možno (TransAkcija, 2017).

6 POVZETEK RAZISKAVE O POTREBAH TRANSSEKSUALNIH OSEB V SLOVENIJI

Skupnosti, ki se v Sloveniji zavzemajo za LGBT pravice, Zavod TransAkcija in Legebra, sta leta 2015 izvedli študijo, katere namen je bil dobiti vpogled v potrebe, želje in doživetja transseksualnih oseb v Sloveniji tako na individualni kot tudi družbeni ravni. Študija je bila izvedena na 65 posameznikih, starimi med 15 in 63 let. Prvi pomemben faktor v raziskavi je bila samoidentifikacija, saj si z njo posameznik sam definira svojo spolno identiteto.

Največ je bilo tistih, ki so se identificirali kot spolno fluidni, kar pomeni, da se njihova spolna identiteta spreminja in premika od enega spola k drugemu, obdobja so lahko različno dolga, vsak posameznik pa jih doživlja po svoje.

Sledili so jim tisti, ki so se identificirali kot *transseksualne ženske*. Torej rojeni moški, katerih spolna identiteta je ženska in imajo tudi željo po fizičnem izgledu kot ženska, ter so se odločili za hormonsko terapijo, manjše posege ali operativno spremembo spola (odvisno od posameznika).

Ostali so se definirali še kot: *nebinarne osebe*, kar pomeni, da se njihova spolna identiteta ne ujema z nobenim od dveh spolov. Nebinarnost je lahko samostojna identiteta ali pa krovni pojem za vse identitete, ki se ne uvrščajo v binarni spolni sistem.

Transseksualni moški so rojene ženske, katerih spolna identiteta je moška in imajo tudi željo po izgledu kot moški.

Aspolne osebe se ne identificirajo z nobeno spolno identiteto oziroma čutijo popolno odsotnost svoje spolne identitete.

Bispolne osebe čutijo dve ločeni spolni identiteti, bodisi izmenično ali istočasno. Različne spolne identitete, ki jih čuti bispolna oseba, so lahko nebinarne ali binarne. Lahko so moška/ženska ali moška/aspolna ipd.

Kvirspolne osebe (genderqueer) so osebe, katerih spolna identiteta presega binarni spolni sistem in vključuje vse spolne identitete izven bispolne. Taka oseba se lahko identificira kot ženska in moški hkrati ali pa kot aspolna/neutrois oseba.

Neutrois je identiteta, ki sodi med nebinarne identitete, pomeni pa nevtralno spolno identiteto.

Nekaj posameznikov pa se je identificiralo kot "drugo".

Drug pomemben dejavnik v raziskavi je bilo '*razkritje*' oziroma proces raziskovanja in spreminjanja lastne spolne identitete in podajanje teh informacij socialnemu okolju. Razkritje je lahko neposredno ("Sem transspolna oseba.") ali posredno (nakazovanje z načinom govora ipd.). Največ posameznikov v raziskavi je svojo spolno identiteto razkrilo prijateljem,

partnerjem ali ožjemu družinskemu krogu, manjši odstotek širšemu sorodstvu ali pa svoje spolne identitete ni razkrilo nikomur. Pri vprašanju o tem, ali imajo podporo s strani družbe, jih je veliko odgovorilo, da jih podpirajo ožji ali širši družinski člani, prijatelji, sodelavci ali druge transspolne osebe, nekaj pa jih je odgovorilo, da ne vedo, če jih kdo podpira. Zaskrbljujoče je dejstvo, da je samo 25 odstotkov sodelujočih dobilo podporo s strani družine/staršev, saj je v raziskavi sodelovalo 44 oseb, mlajših od 30 let, od tega 16 mlajših od 20. To je zaskrbljujoče z razlogom, da nezmožnost svobode oblikovanja in izražanja lastne spolne identitete lahko vodi v nizko samopodobo, samopoškodovanje, depresijo, tesnobo, samomorilne misli in podobne težave.

Za veliko sodelujočih je pomembno, da jih okolica podpira, nekaterim malo manj, za več kot polovico anketiranih pa je pomembna tudi podpora tistih, ki imajo podobne izkušnje v življenju. Le malo jih je odgovorilo, da podpore ne potrebujejo.

Pri vprašanju, če se te osebe vključujejo v LGBT (lesbian, gay, bisexual, transexual) skupnosti, jih je nekaj odgovorilo, da se, večina pa, da se občasno. Ostali so odgovorili odklonilno ali pa podali izjavo, da imajo mešane občutke glede skupnosti ali pa se čutijo vključene, vendar v skupini ne sodelujejo aktivno.

Več kot dve tretjini sodelujočih je zaradi svoje spolne identitete doživelo diskriminacijo ali imelo negativne izkušnje v svojem vsakdanjem življenju. Nekateri so odgovorili, da jih niso imeli ali pa da njihove negativne izkušnje niso nič hujše od izkušenj drugih ljudi.

Kot naslednji pomemben dejavnik v raziskavi je navedena pomembnost pravnega priznanja spola za transspolne osebe. Potreba izhaja predvsem zaradi napačnega pripisa spola ob rojstvu. Kot sem omenila, Slovenija nima posebnega zakona, ki bi urejal pravno priznanje spola.

Ena izmed navedenih rešitev, ki bi lahko zagotovila boljšo dostopnost pravnega priznanja, je ta, da bi poleg ženskega (Ž) in moškega (M) spolnega identifikatorja dodali še tretjo možnost (X), ki bi bila namenjena vsem osebam, katerih identiteta ne sovпада z binarnim spolnim sistemom.

Pri vprašanjih o zadovoljstvu s strokovnimi osebami po odločitvi za terapijo so anketiranci večinoma odgovorili, da je bil obisk spoštljiv in učinkovit, nekaj se jih je pritožilo nad počastnostjo procesa, pogrešajo pa več informiranosti zdravstvenih institucij glede transseksualnosti. Prav tako pa si želijo več podpore, svetovanja in pomoči s strani nevladnih organizacij (TransAkcija, 2015).

7 ZAKLJUČEK

Cilj moje zaključne naloge je bil raziskati, ali je pojav transseksualnosti posledica psiholoških faktorjev, bioloških faktorjev ali pa skupek obojega. Po pregledu literature sem ugotovila, da vzrok ni nujno samo eden, ampak lahko do pojava pride zaradi različnih vplivov tako bioloških kot tudi psiholoških dejavnikov. Prav tako je transseksualnost med splošno populacijo kot tudi LGBT skupnostjo še vedno precej nerazumljena in so tako te osebe deležne mnogih diskriminacij, predsodkov in nasilja. Zato je pomembno, da se ljudi ozavešča o tem pojavu in poskuša bolje razumeti transseksualne osebe, jim pomagati, da se bodo med ostalimi čutile sprejete, obenem pa bi s tem transseksualne osebe lažje sprejele sebe.

8 LITERATURA IN VIRI

Anatrella. T. (2015). Teorija spola. Ljubljana: Novi svet

Barret, J., (2011). *Advances in psychiatric treatment: Disorders of gender identity.* (2011), vol17, 381-388.

Bao, A., in Swaab, D., (2011). *The Neuroscientist: Sex Differences in the Brain, Behavior, and Neuropsychiatric Disorders.* 16(5) 550–565

Bao. A.M., Cruz. L. in Swaab.D.F. (2017). Hormones, brain and behaviour Sexual identity and sexual orientation. (579-588)

Battelino. T. in Kornik P. (2012). Obravnava otroka z motnjo v razvoju spola. Medicinski razgledi. 51/3-12.

Benjamin. H. (1966). The transsexual phenomenon. The Julian press, inc. Publishers. New York. (1966)

Boman, M., Dhejne. C., Johansson. A.L.V., Langstrom. N., Landen. M., Lichtenstein. P. (2011) PLoS, One 6(2)

Burn S.,M. (2016). *TheWiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies: Gender indentification.*

Czajeczny. D. in Puszczuk M. (2017). *Gender dysphoria and gender variance in children.* Diagnostic and therapeutic controversies 3: 34-42

Curtis, R., Levy, A., Playdon, Z.J., Wylie, K., Reed, T., Reed, T. in Reed, B. (2007). A guide to hormone therapy for trans people. Gender Identity Research and Education society, England:NHS

Den Heier, M in Klink, D. Genetic Aspects of Gender Identity Development and Gender Dysphoria (2014). Springer US

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition (2013). American Psychiatric Association

Docter. R.F. (1988). Transvestites and transsexuals. Toward a Theory of Cross-Gender Behaviour. Plenum Press. New York

Ehrensaft. D. (2017). Gender nonconforming youth: current perspectives. Adolescent health medicine and Therapeutics. (8)57-67

Erič, L. (2011). *Psihodinamična psihiatrija 3: Humana seksualnost, seksualne motnje, motnje spolne identitete, kontroverzne homoseksualnosti.* Ljubljana: Hermes IPAL

Gearhart, J.P., Reiner, W., G.(2004). Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males withCloachal extrophy Assigned to Female at Birth

Giovanardi. G. (2017). *Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents.* Porto biomedical journal 2(5): 153-156

Heidi M. Levitt H.M., in Ipolito M.R. (2014). *Being transgender: The Experience of Transgender Identity Development 1727-1758*

Hines, M., (2006). *European Journal of Endocrinology: Prenatal testosterone and gender-related behaviour.* 155/115–121

Kline. M.D. Schrock. (2009). What in gender reassignment surgery. A medical assessment with biblical appraisal. *The Journal for biblical Manhood and Womanhood*

Lament. C. (2007). Transgender children. Conundrums and Controversies-an introduction to the session.

Levitt, H., M. in Ippolito, M., R. (2014). *Journal of Homosexuality: Being Transgender: The Experience of Transgender Identity Development.* 61:1727–1758

Pfafflin. F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*

Shively. M.G., in De Cecco J.P. (2010). *Components of Sexual Identity* 41-48

Štular. S. (1998). *Družbena konstrukcija spolne identitete.* Teorija in praksa. 35(3). 411-454

Pregelj.P., Plesničar. B.K., Tomori. M., Zalar.B. in Ziherl.S.(ur) (2013). *Psihiatrija: izbrane teme (270-277).* Ljubljana: Psihiatrska klinika

Veale.J.F. (2011). *Biological and psychosocial correlates of gender-variant and gender typical identities.* Massey university, Albany. New Zealand

Zavod TransAkcija. *Rezultati raziskave o potrebah transspolnih oseb v Sloveniji (2015).* Pridobljeno junija 2018 na <http://transakcija.si/2016/09/14/rezultati-raziskave-potreb-transspolnih-oseb-v-sloveniji/>

Zavod TransAkcija. *Pravno priznanje spola v Sloveniji (2016).* Pridobljeno junija 2018 na (<http://transakcija.si/2016/01/11/pravno-priznanje-spola/>)