

Rodový nesúlad

MUDr. Michal Patarák, PhD.

II. Psychiatrická klinika SZU a FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica

Rodový nesúlad v adolescencii a dospelosti je charakteristický výrazným a trvalým nesúladom medzi prežívaným rodom jedinca a jemu priradeným pohlavím, ktorý často vedie k túžbe po tranzícii, aby jedinec mohol žiť a byť akceptovaný ako osoba prežívaného rodu. V článku sú uvedené základné odlišnosti medzi pojmami rodového nesúladu, rodovej dysfórie a transsexualizmu, ako aj základný medicínsky prehľad problematiky.

Kľúčové slová: rodová dysfória, rodový nesúlad, transrodová identita, transsexualizmus

Gender incongruence

Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterised by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to transition, in order to live and be accepted as a person of the experienced gender. The article presents the essential differences between the concepts of gender incongruence, gender dysphoria and transsexualism, as well as a basic medical overview of the issue.

Key words: gender dysphoria, gender incongruence, transgender identity, transsexualism

Psychiatr. prax, 2020;21(4):153-156

Definície medicínskych koncepcií transrodovosti

Pod pojmom transrodovosť myslíme v psychiatrii transrodovosť v jej užšom, klinickom vymedzení, to znamená nie akúkoľvek rodovú nonkonformnosť alebo nebinárnu rodovú identitu, ale takú rodovú identitu, ktorá je vo výraznom a trvalom nesúlade/inkongruencii s rodom, respektíve pohlavím, ktoré bolo osobe priradené pri narodení (*natálne pohlavie* – *natal sex*; *priradené pohlavie* – *assigned sex*). Natálne pohlavie môže byť jedincovi priradené podľa vzhľadu a anatomických znakov prítomných pri narodení, ale môže ísť aj o pohlavie zistené prenatalne, na základe ultrasonografického vyšetrenia alebo genetických testov. *Transsexualizmus* (*transsexualism*) je starším termínom, ktorý je do značnej miery chápaný ako synonymum rodovej dysfórie a rodového nesúladu, aspoň pokiaľ ide o nozologickú kategóriu, avšak akcentuje túžbu jedinca po zmene primárnych a sekundárnych pohlavných znakov kvôli tomu, aby mohol žiť a vďaka tejto zmene bol akceptovaný ako príslušník pohlavia, ku ktorému vnútorne, teda svojou rodovou identitou náleží (1). Vo výskumnej literatúre sa vyskytuje veľmi často a z odborného slovníka nevymizol, i keď sa v súčasnosti chápe skôr ako prejav medicinalizovanej koncepcie transrodovosti (2). Ľudsko-právnymi organizáciami alebo transrodovou komunitou je tento pojem kritizovaný

pre zdôraznenie sexuality, jeho vnútorným zmyslom je však zvýrazniť príslušnosť k inému pohlaviu než k akému jedinec geneticky a biologicky náleží (2). *Sexus* znamená „pohlavie“, nie sexualitu, a *trans* ako „naprieč“, „cez“ alebo „za“, znamená jeho prekročenie, presiahnutie, nesúlad s ním. Najnovšia diagnostická verzia transsexualizmu je v 11. revízii Medzinárodnej klasifikácie chorôb pomenovaná ako *rodový nesúlad* (*gender incongruence*) a definovaná ako výrazný a trvalý nesúlad medzi prežívaným rodom jedinca a jemu priradeným pohlavím, ktorý často vedie k túžbe po tranzícii, aby jedinec mohol žiť a byť prijatý ako osoba prežívaného rodu (3). *Tranzícia* (*transition*) je pritom náročné životné obdobie a komplexný proces spoločenských, telesných a nezriedka i právnych zmien, ktoré vedú k vyjadreniu zvolenej rodovej identity. *Rodová dysfória* (*gender dysphoria*) je kategória Americkej psychiatrickej spoločnosti definovaná ako zreteľný nesúlad medzi prežívaným/vyjadrovaným rodom a priradeným rodom, ktorý trvá najmenej 6 mesiacov, pričom je spojený s klinicky významnými ťažkosťami alebo s funkčným narušením spoločenskej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti života (4,5). Hoci ide o klinickú analógiu rodového nesúladu, v podstate ide o užšie vymedzený termín, pretože nie každý jedinec s rodovou inkongruenciou prežíva dysfóriu, respektíve klinicky významné ťažkosti plynúce z rodového nesúladu alebo u nie každého

jedinca s rodovou inkongruenciou dochádza k psychosociálnemu narušeniu (2).

Diagnostika rodového nesúladu

Keďže 11. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb ešte nie je oficiálne zavedená a záväzná, rodový nesúlad diagnostikujeme naďalej ako transsexualizmus (F64.0; *transsexualismus*) podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (1). Podstatou diagnózy je subjektívny údaj o transrodovej identite jedinca a o jeho priatí tranzície. Psychiatrickým vyšetrením by sa mali zistiť prvé známky transrodovej identity v detstve alebo počas dospievania, biografická anamnéza rodovej nonkonformity potvrdená dôležitými vzťahovými osobami, stabilita transrodovej identifikácie a jej expresie v čase, ako aj v rôznych kontextoch, a akákoľvek psychopatológia, predchádzajúca i sprevádzajúca transrodovú identifikáciu. Psychodiagnostické vyšetrenie je nutné nielen na posúdenie motivácie jedinca, ale aj jeho osobnosti, a na vylúčenie psychotického procesu alebo stavu, ktorý znemožňuje následnú tranzíciu. Medzi ďalšie potrebné vyšetrenia patria genetické a endokrinné vyšetrenie, ako aj urologické vyšetrenie u jedincov s natálnym mužským pohlavím a gynekologické vyšetrenie u jedincov s natálnym ženským pohlavím.

V diferenciálnej diagnostike je potrebné odlišiť najmä transvestizmus

a fetišistický transvestizmus, respektíve *netranssexuálne typy transvestizmu* (1):

Transvestizmus (F64.1; *transvestitismus duplex*) je obliekanie a nosenie šiat iného pohlavia na prechodný čas na uspokojenie z dočasnej skúsenosti so zaradením k inému pohlaviu, ale bez túžby po stálej zmene pohlavia alebo zodpovedajúcich chirurgických výkonoch a bez sexuálneho vzrušenia sprevádzajúceho prezliekanie. Ide o *netranssexuálny typ porúch rodovej identity* (*disordines identitatis sexualis*), v ktorom nejde o výrazný a trvalý nesúlad medzi prežívaným rodom a priradeným pohlavím, ale o túžbu po prechodnej skúsenosti príslušnosti k inému pohlaviu.

Fetišistický transvestizmus (F65.1; *transvestitismus fetishisticus*) je nosenie šiat iného pohlavia najmä kvôli sexuálnemu vzrušeniu a na získanie výzoru osoby iného pohlavia. Fetišistický transvestizmus sa odlišuje od *transsexuálneho transvestizmu* tým, že sa spája so sexuálnym vzrušením a silnou túžbou odložiť šaty, len čo dôjde k orgazmu a sexuálne vzrušenie sa zníži. Dočasná skúsenosť príslušnosti k inému pohlaviu sprostredkováva sexuálne vzrušenie, preto je fetišistický transvestizmus zaradený medzi *parafílie* (F65; *disordines inclinationis sexualis*).

Klinicko-psychiatrickým a klinicko-psychologickým problémom je koexistencia rodového nesúladu so schizofréniou alebo inou psychotickou poruchou, respektíve diferenciálne diagnostické odlišenie túžby po tranzícii na základe transrodovej identity a túžby po nej na základe transsexuálnych túžob u jedinca so psychotickými symptómami. Pociťovaná príslušnosť k inému pohlaviu môže byť súčasťou psychopatológie pacientov so psychotickými poruchami z okruhu schizofrénie. *Blud zmeny pohlavia* (*delusion of sex change*) pri psychoticky podmienenej transrodovej identite obvykle ustupuje po adekvátnej antipsychotickej liečbe (6). *Bludný pseudo-transsexualizmus* však nemusí byť len akútnym alebo tranzitorným symptómom, ale aj chronickým psychotickým príznakom, čo zdôrazňuje potrebu precíznej psychiatrickej diagnostiky a dôsledného psychologického vyšetrenia (7,8).

Výskyt

Na Slovensku doteraz nebol zrealizovaný epidemiologický prieskum in-

cidencie a prevalence transrodovosti vo všeobecnej populácii. Informácie z literatúry a skúsenosti zo sveta svedčia o vzrastajúcom počte transrodových jedincov, ktorí vyhľadávajú služby psychiatra alebo psychológa, respektíve kliník zaoberajúcich sa transrodovosťou (9,10). Vo štvrtom vydaní Diagnostického a štatistického príručky Amerického psychiatrického združenia z roku 1994 (DSM-IV) sa uvádza prevalence rodovej dysforie v dospelosti 1:30 000 v prípade jedincov s mužským pohlavím a 1:100 000 v prípade jedincov so ženským pohlavím priradeným pri narodení (11). Jej piate vydanie z roku 2013 (DSM-5) už uvádza vyššiu prevalenciu, pričom u jedincov s mužským pohlavím to je 0,005–0,014 % a so ženským pohlavím 0,002–0,003 %. Pomer medzi natálnymi mužmi a ženami, ktoré vyhľadávajú starostlivosť špecializovaných kliník, DSM-5 uvádza v prospech mužského pohlavia priradeného pri narodení, a to v pomeroch 1,1:1 – 6,1:1, okrem Japonska (1:2,2) a Poľska (1:3,4), kde sú k dispozícii epidemiologické údaje o vyššom pomere natálnych žien vyhľadávajúcich psychiatricko-psychologickú pomoc (4). Tento jav je možné teoreticky vysvetliť tým, že výskyt transrodovosti by mohol byť u mužov a žien približne rovnaký, pričom na transrodový *coming-out* a vyhľadávanie psychiatrickej a psychologickéj pomoci kvôli tranzícii vzhľadom na natálne pohlavie majú výrazný vplyv kultúrne faktory. V krajinách strednej Európy napríklad ešte prednedávnom prevažovali jedinci s *female-to-male* (FtM) transrodovosťou, na rozdiel od západnej Európy (12). Udávaný pomer MtF a FtM transrodovosti sa v svetovej literatúre postupne mení v zmysle zníženia doterajšej prevahy MtF, hoci je možné povedať, že prevalence MtF nesúladu je zatiaľ stále konzistentne vyššia (10). Podľa metaanalýzy 21 štúdií je prevalence transsexualizmu u natálnych mužov 1:14 705 a natálnych žien 1: 38 461, pričom zistená metaanalytická prevalence bola 4,6 jedincov na 100 000 obyvateľov (9), hoci existujú aj štúdie z regiónov, ktoré poukazujú na výrazne vyšší výskyt (10). Napríklad španielska štúdia realizovaná v roku 2017 zistila v Madride prevalenciu 22,1 na 100 000 obyvateľov (13). Z dostupných dát možno konštatovať, že prevalence rodového nesúladu má stúpajúcu tendenciu. Nie je však jasné, či ide o samotné zvýšenie výskytu rodového nesúladu alebo o výsledok zlepšenia jeho

diagnostiky, záchytu a celkovej zdravotnej starostlivosti o transrodové osoby v prostredí, v ktorom je transrodový *coming-out* ľahší ako kedysi, v ktorom stúpila spoločenská akceptácia transrodových fenoménov a v ktorom sa objavujú aj spoločenské a ľudsko-právne tlaky na ich deopatologizáciu (10).

Neurobiológia rodového nesúladu

Na základe neurovizuálnych štúdií možno povedať, že mozog trans mužov a trans žien sa odlišuje od mozgu natálnych mužov a žien (14). Jednotlivé štúdie, ktoré tieto odlišnosti skúmajú, sa však vo svojich záveroch značne rozchádzajú, pričom uvedenie konkrétnych rozdielov presahuje rámec aktuálneho prehľadu. Transrodoví jedinci sa odlišujú od rodovo kongruentných cis jedincov napríklad v neuronálnych sieťach, ktoré sprostredkovávajú cerebrálnu reprezentáciu vlastnej telesnej schémy. Rozdiely možno nájsť v pregenúálnom anteriornom kortexe cingula (pACC), v temporo-parietálnej junkcii a v *area fusiformis*, respektíve transrodové osoby majú väčšiu kortikálnu hrúbku a nižšiu štruktúrnu a funkčnú konektivitu medzi anteriorným cingulom a precuneom a v pravej okcipito-parietálnej kôre (15). Keďže neuroanatomické diferencie transrodových jedincov presahujú neuronálne okruhy relevantné pre sexuálne alebo endokrinné funkcie, možno konštatovať, že transrodovosť je podmienená aj neuronálnymi sieťami dôležitými pre vnímanie seba samého (16). Takáto seba-percepcia je pri rodovom nesúlade ukotvená neurobiologicky a nie je teda žiadnym bludom podobným presvedčením, monotematickým bludom alebo psychotickým vnímaním.

Pozornosť výskumníkov sa sústreďuje aj na pohlavne dimorfne jadrá *nucleus interstitialis striae terminalis* (BNSTc z anglického *central nucleus of the bed nucleus of stria terminalis*, ktoré patrí medzi septálne jadrá) a na tretie intersticiálne jadro anteriorného hypotalamu (známe ako INAH-3, z anglického *interstitial nucleus of the anterior hypothalamus*, pričom tieto jadrá sú štyri). U mužov je BNSTc dvojnásobne väčšie a má dvojnásobne väčší počet neurónov s expresiou somatostatínu ako u žien. INAH3 je u mužov 1,9-násobne väčšie a má 2,3-násobne väčší počet neurónov ako u žien. MtF transrodoví jedinci majú

INAH-3 a BNSTc podobné ako natálne ženy, kým u FtM transrodových jedincov sa objavujú charakteristiky týchto štruktúr podobné ako u natálnych mužov (17,18,19). Tieto odlišnosti vznikli vývojovo, poukazujú na možnosť prenatálnej maskulinizácie alebo feminizácie mozgu a neovplyvňuje ich hladina cirkulujúcich pohlavných hormónov v dospelosti (17).

Hladina cirkulujúcich pohlavných hormónov je však zásadná počas vývoja in utero. Jedinci s pohlavnými chromozómami XY, ale so syndrómom kompletnej androgénovej insenzitivity, majú ženský fenotyp aj ženskú rodovú identitu, pričom ich sexuálne preferovaným objektom sú väčšinou jedinci mužského pohlavia (20). Naopak, jedinci s pohlavnými chromozómami XY, ale s deficitom 5- α -reduktázy-2 alebo 17- β -hydroxysteroid-dehydrogenázy-3, majú síce ženský fenotyp, ale veľmi často mužskú rodovú identitu, a to napriek tomu, že sú väčšinou vychovávaní ako dievčatá (21). Tieto poznatky spochybňujú hypotézu o tom, že deti sú pri narodení psychosexuálne neutrálné a zdôrazňujú prenatálnu expozíciu pohlavnými hormónmi ako kľúčovú udalosť pre následný vývoj rodovej identity.

Sexuálna orientácia rodovo inkongruentných jedincov

Sexuálna orientácia transrodových osôb môže byť heterosexuálna, bisexuálna, homosexuálna a asexuálna. V staršej literatúre sa objavuje klasifikácia, ktorá určuje sexuálnu orientáciu transrodových osôb vzhľadom na ich chromozómové pohlavie (XX alebo XY), respektíve pohlavie, ktoré im bolo priradené pri narodení (22). Homosexuálna orientácia trans ženy (MtF) v tomto zmysle znamená jej eroto-sexuálne zameranie na jedincov mužského pohlavia, pretože sa určuje vzhľadom na jej natálne mužské pohlavie. Jej heterosexuálna orientácia podľa tohto určovania znamená eroto-sexuálne zameranie na jedincov ženského pohlavia. Vzhľadom na paradoxy, ktoré takéto delenie generuje, existuje aj alternatívny klasifikačný kľúč, založený na pohlaví sexuálneho objektu, nie na pohlaví transrodového subjektu. U transrodových osôb tak možno rozlišovať *androfilnú* orientáciu, zameranú na sexuálny objekt mužského pohlavia, *gynefilnú*, zameranú na sexuálny objekt ženského pohlavia, a *bifilnú* orientáciu,

zameranú na sexuálne objekty oboch pohlaví. Takéto určovanie sa síce odkláňa od známych psychiatrických klasifikácií, ale v niektorých prácach má svoju zrozumiteľnú oporu (Moser, 2010).

Blanchardovo delenie odlišuje MtF transsexualizmus na *homosexuálny transsexualizmus*, kedy je jedinec zameraný exkluzívne na sexuálny objekt mužského pohlavia, a na *nehomosexuálny transsexualizmus*, kedy je jedinec zameraný na iný sexuálny objekt ako objekt mužského pohlavia, pričom sa používa aj výraz *nehomosexuálna rodová dysfória*, respektíve *nehomosexuálne rodové dysfórie* (22). Ide o plurál, keďže v tejto kategórii sú známe ďalšie podtypy: 1. *bisexuálny transsexualizmus*, čo je eroticko-sexuálne zameranie na sexuálne objekty oboch pohlaví, 2. *analoerotický transsexualizmus*, kde je eroticko-sexuálne zameranie na sexuálne objekty mužského alebo ženského pohlavia neprítomné (zo slov „an“ – nedostatok, nedostatočný, „alloerotic“ – adjektívum súvisiace so sexuálnou preferenciou objektu, ktorý je inou osobou), pričom transrodový človek nemusí byť zameraný na žiadny sexuálny objekt, čo sa označuje ako *asexuálny transsexualizmus*, alebo je sexuálne zameraný na predstavu seba samého ako príslušníka opačného pohlavia, čo sa v staršej literatúre označovalo ako *automonosexuálny transsexualizmus* (22). Kým Rohleder automonosexualizmus chápal ako verziu patologického narcizmu, v ktorom je jedinec vzrušený z vlastného tela, Hirschfeld už hovoril o erotickom vzrušení z predstavy seba samého ako ženy, teda ženy vo svojom vnútri (24). Automonosexualizmus vyjadruje skôr motivačný stav ako jeho konkrétnu expresiu a má blízko ku transvestizmu. Historicky súvisí s koncepciami *transvestického transsexualizmu* a *fetišistického transsexualizmu*, v ktorom nešlo o homosexuálnu orientáciu subjektu, ale o jeho erotické zaujatie ženským oblečením a telom, respektíve predstavou seba samého ako ženy. Pre inkonzistenciu termínu automonosexualizmus ho Ray Blanchard nahradil pojmom *autogynefilia*, ktorá je eroticko-sexuálnym zameraním mužského subjektu na predstavu seba samého ako ženy (22,24). Autogynefilia sa môže prejaviť nielen ako nehomosexuálny transsexualizmus, ale u osôb bez rodovej inkongruencie aj ako *fetišistický transvestizmus* (24).

Psychiatrická komorbidita

Transrodoví ľudia majú zvýšenú psychiatrickú morbiditu (25), najmä zvýšený výskyt úzkostných a depresívnych porúch, ktorý je u trans žien vyšší ako u trans mužov, pričom po rodovo afirmatívnych medicínskych intervenciách sa úroveň psychopatológie znižuje (25,26). Zvýšenú psychopatológiu u transrodových jedincov možno prinajmenšom čiastočne pripísať spoločenskej diskriminácii a rodinnému ostrakizmu (27). Depresívne symptómy môžu vznikať na základe stresu z toho, že je jedinec príslušníkom rodovej menšiny (*gender minority stress model*, GMSM) a môžu sa na nich podieľať distálne stresory, medzi ktoré je možné zaradiť psychosociálne faktory ako nezamestnanosť a neprijímanie rodovej identity (*gender identity nonaffirmation*), ale aj proximálne stresory, akým je napríklad *internalizovaná transfóbia* (28,29). Okrem štruktúrálnej diskriminácie a interpersonálnej viktimizácie sa tak na narušení psychického zdravia trans ľudí môžu podieľať negatívne osobnostné faktory, v rámci ktorých samotný transrodový jedinec negatívne pristupuje ku svojej vlastnej identite (30). Jedinci s rodovou inkongruenciou majú zvýšené riziko stresu, rôznych psychiatrických symptómov, vylúčenia zo školy, sociálnej izolácie, straty zamestnania a bývania, narušených interpersonálnych vzťahov, fyzického zranenia, sociálneho odmietania, stigmatizácie, viktimizácie a násillia, vrátane sexuálneho (31). Zvýšený stres a nevhodná sociálna situácia vznikajú prevažne na základe konfliktu medzi nimi a okolím, pričom najväčší počet násilných skutkov sa týmto ľuďom udeje vo vlastnej rodine (31).

Liečba

Liečbu poskytovanú transrodovým osobám možno rozdeliť na podpornú psychoterapeutickú, na liečbu sprievodných psychiatrických porúch a komplikácií a na liečebné postupy cieleňé na samotný rodový nesúlad (12, 32).

Po dôkladnej diagnostike rodového nesúladu, po tom, čo sa transrodový človek so svojou transrodovou identitou zdôveril svojmu bližšiemu či širšiemu okoliu (transrodový *coming out*) a vyjadril túžbu po tranzícii, sa overuje stabilita tejto túžby v čase a v rôznych kontextoch, a to počas obdobia, v ktorom jedinec svoj výzor a správanie harmonizuje v súlade s prežívaným

rodom. Ide o skúsenosť v reálnom živote (RLE; *real life experience*) a zároveň testovanie, či je rozhodnutie človeka žiť ako príslušník prežívaného rodu správne (RLT; *real life test*). Mnohokrát však transrodové osoby prichádzajú na prvé psychiatrické/sexuologické vyšetrenie po rôzne dlhom období, ktoré by sa dalo považovať za RLE a RLT, a na základe toho žiadajú tranzíciu. V rámci tejto periódy si transrodové osoby často menia meno na neutrálne, čo im uľahčuje mnohé aspekty *sociálnej tranzície*. Hormonálna liečba je už súčasťou *medicínskej tranzície*. K nej sa pristupuje až po endokrinologickom a internom vyšetrení, ktoré by mohlo eventuálne odhaliť jej prekážky a kontraindikácie. Hormonálna substitúcia má maskulinizujúci efekt v prípade FtM a feminizujúci efekt v prípade MtF jedincov, pričom subjektívna spokojnosť s ňou môže byť inter-individuálne, ale aj intra-individuálne variabilná. Supresia natálneho, respektíve biologického pohlavia totiž nikdy nie je úplne kompletná, pretože predchádzajúci vplyv androgénov a estrogénov nemožno celkom zvrátiť. Psychiatier/sexuológ poskytuje podporu transrodovej osobe v pravidelných intervaloch aj počas hormonálnej substitúcie a umožňuje konzultácie pre akékoľvek problémy, ktoré sa v priebehu nej môžu objaviť. Počas náročného procesu tranzície sa odporúča aj podporná psychoterapia. Ak RLE a RLT prebiehajú dlhodo- bo úspešne a ak hormonálna terapia trvá dostatočne dlho, prinajmenšom však rok, tak možno pristúpiť k chirurgickým intervenciám ako je redukčná mammaplastika a hysterektómia s adnexektómiou u FtM a augmentačná mammaplastika a demaskulinizácia, ktorá zahŕňa bilaterálnu orchiektómiu a penektómiu, u MtF jedincov. U príslušníkov oboch trans rodov sa môže realizovať aj rekonštrukcia genitálií, respektíve faloplastika u FtM a vaginoplastika u MtF jedincov. *Právna tranzícia* je zavŕšením celého procesu, v ktorom sa po odporučení vydanom psychiatrom/sexuológom pre matriku zrealizuje zmena mena, priezviska, rodného čísla a rodového markera M/F na občianskom preukaze a právnych dokumentoch. Presný a zjednotený postup jednotlivých liečebných zákrokov a vydávania lekárskeho posudku potrebného na prepis rodu je u nás aktuálne predmetom odborných diskusií a v najbližšej dobe by sa mal rozhodne aktualizovať.

Záver

Fenomén transrodovosti mimo medicínskeho kontextu v našej spoločnosti často vzbudzuje množstvo iracionálnych reakcií a emotívnych diskusií bez vecnejšieho základu. Medicínsky pohľad na transrodovosť sa veľmi rýchlo vyvíja a mení, v konsenzuálnom spojení s ľudsko-právnymi snahami o depatologizáciu a destigmatizáciu rodovej variability (33). V kontraste so zvyšujúcou sa prevenciou rodového nesúladu a s rastúcou expozíciou verejnosti témami rodovej a transrodovej identity je medicínska starostlivosť o transrodové osoby na Slovensku výrazne poddimenzovaná. Práve preto je cieľom tohto prehľadu poskytnúť aspoň základnú orientáciu v problematike rodového nesúladu pre psychiatrov, psychológov a iných profesionálov v oblasti duševného zdravia a zvýšiť nielen povedomie, ale aj záujem o ňu.

Autor vyhlasuje, že článok nebol podporený farmaceutickou spoločnosťou ani iným grantovým mechanizmom.

Literatúra

- World Health Organization. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 1. diel. Obzor; 1994.
- Patarák M. Nozologické transformácie transrodovej identity v najnovších psychiatrických klasifikáciách. Psychiatr Psychother. 2018;25(3):32-37.
- World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Published online 2020. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders: DSM-5 (5th Ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Raboch J, Hrdlička M, Mohr P, Pavlovský P, Ptáček R. DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. První české vydání. Hogrefe – Testcentrum; 2015.
- Urban M. [Transsexualism or delusions of sex change? Avoiding misdiagnosis]. Psychiatr Pol. 2009;43(6):719-728.
- Borras L, Huguélet P, Eytan A. Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenia. Psychiatry. 2007;70(2):175-179.
- Brüne M. [Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenic psychosis]. Psychiatr Prax. 1996;23(5):246-247.
- Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noordgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. 2015;30(6):807-815.
- Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017;14(5):404-411.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association; 1994.
- Fifková H, Weiss P, Procházka I, Jarolím L, Veselý J, Weiss V. Transsexualita. Diagnostika a léčba. Vydání I. Praha: Grada Publishing; 2002.
- Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, et al. Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. Arch Sex Behav. 2017;46(5):1307-1312.
- Kreukels BPC, Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. 2016;28(1):120-128.
- Manzouri A, Savic I. Possible Neurobiological Underpinnings of Homosexuality and Gender Dysphoria. Cereb Cortex. 2019;29(5):2084-2101.
- Roselli CE. Neurobiology of gender identity and sexual orientation. J Neuroendocrinol. 2018;30(7):e12562.
- Castellanos L, Bao A-M, Swaab D. Sexual identity and sexual orientation. In: Pfaff DW, Joels M. Hormones, Brain, and Behavior. Elsevier; 2017:279-290.
- Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(5):2034-2041.
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature. 1995;378(6552):68-70.
- Wisniewski AB, Migeon CJ, Meyer-Bahlburg HF, et al. Complete androgen insensitivity syndrome: long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(8):2664-2669.
- Cohen-Kettenis PT. Gender change in 46,XY persons with 5alpha-reductase-2 deficiency and 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. Arch Sex Behav. 2005;34(4):399-410.
- Blanchard R. The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. Arch Sex Behav. 1989;18(4):315-334.
- Moser C. Blanchard's Autogynephilia Theory: a critique. J Homosex. 2010;57(6):790-809.
- Blanchard R. Early history of the concept of autogynephilia. Arch Sex Behav. 2005;34(4):439-446.
- Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2014;204(2):151-156.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström M, Landén M. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. PLOS ONE. 2011;6(2):e16885. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Ibrahim C, Haddad R, Richa S. [Psychiatric comorbidities in transsexualism: Study of a Lebanese transgender population]. L'Encephale. 2016;42(6):517-522.
- Parr NJ, Howe BG. Heterogeneity of transgender identity nonaffirmation microaggressions and their association with depression symptoms and suicidality among transgender persons. Psychol Sex Orientat Gen Divers. 2019;6(4):461-474.
- White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. Soc Sci Med. 2015;147:222-231.
- Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. BioMed Res Int. 2018;2018. doi:10.1155/2018/8639263
- Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. Lancet Psychiatry. 2016;3(9):850-859.
- Fifková H. Poruchy pohlavní identity. In: Weiss P et al. Sexuologie. Praha: Grada Publishing; 2010:439-468.
- Patarák M. Je depatologizácia rodového nesúladu naozaj destigmatizujúca? Psychiatr Prax. 2020;21(2):82.

MUDr. Michal Patarák, PhD.

II. Psychiatrická klinika SZU a FNŠP F. D. Roosevelta
Cesta k nemocnici 1, 974 01
Banská Bystrica
patarackmichal@gmail.com

