

## РАЗВОЈ ЖЕНСКОГ И МУШКОГ ИДЕНТИТЕТА: ДИФЕРЕНЦИЈАЦИЈА РОДА

Зоран РАКИЋ<sup>1</sup>, Светлана ВУЈОВИЋ<sup>2</sup>

1. Клиника за психијатрију Клиничко-болничког центра „Др Драгиша Мишовић“, Београд;
2. Институт за ендокринологију Универзитетског Клиничког центра Медицинског факултета, Београд

**КРАТАК САДРЖАЈ:** Тумачење настанка женског и мушког идентитета је своје полазиште увек налазило у морфологији тела према којој би се изграђивало понашање. То би уједно значило да се диферентовано понашање обликује после рођења. Нова сазнања стечена током последње три до четири деценије указују на могућност диференцијације понашања пренатуса. Њен почетак би био условљен хормонском детерминацијом мозга током тзв. критичног периода развоја. Психолошка надградња постнатуса задржава своју актуелност у обликовању женско-мушке диференцијације, с тим што њено место и улогу треба објаснити у континуиране развоја с детерминантима пренатуса. Терминолошко раздвајање пола и рода указује на одговарајуће путање њиховог развоја још из периода пренатуса. Најчешће су оне усклађене међусобно у женском или мушком смеру. У ређим случајевима путање развоја пола и рода могу се разлићи у различите смерове, што има за последицу да се у истој особи пол и род нађу у раскорак. Сврха овог прегледа је да пружи допринос у дијагностичком и терапијском приступу, али и у заузимању става у областима изван медицине о пореклу женске и мушке улоге.

*Кључне речи:* идентитет пола, идентитет рода, критични период развоја. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

### УВОД

Свакодневна животна пракса у којој се будући женски или мушки идентитет одређује на основу гениталних органа новорођеног детета, указује нам да се женска или мушка позиција човека у друштвеној стварности заснива на разликама тела жене и мушкарца, чиме се душевна женско-мушка диференцијација, коју јасно препознајемо кроз понашање тек у време пубертета, поставља у секундарну позицију наспрам својстава тела. Изучавање несклада између телесног и душевног идентитета код исте особе, у последњих неколико деценија, показало је да услови развоја постнатуса не пружају довољно убедљиве аргументе за тумачење обликовања женског или мушког понашања, односно да се душевна диференцијација усмерава само постнатусно према грађи тела.

Циљ овог прегледа је да обухвати детерминанте у диференцијацији женског и мушког понашања на основу савремених сазнања о томе, што има утицаја на начин третмана поремећаја у овој области. Познавање порекла женског и мушког понашања има значаја и за области изван медицине с гледишта етичко-правног и социолошког вредновања природе таквог понашања.

#### *Традиционална теорија о развоју женског и мушког идентитета*

У психологији сексуалности најдуже се одржала теорија развоја која носи порекло у психоаналитичким тумачењима Сигмунда Фројда. Објављена је 1905. године у Бечу, под називом „*Drei Abhandlungen zur die Sexualtheori*“ (Три есеја о сексуалној теорији). Код нас је превод “О сексуалној теорији”, др Павла Милекића, објављен у оквиру одабраних поглавља Сигмунда Фројда, у издању Матице српске. Полазиште ове теорије чине два конструкта: либидо и

идентификација. Либидо је сексуална енергија нагона која приликом рођења детета још није диферентована. С обзиром на морфологију тела, пре свега гениталне органе, дете носи у себи предиспозицију за одређено понашање, односно путоказ у диференцијацији либида. Процес се остварује идентификацијом детета с родитељском фигуром истог пола - девојчица с особинама мајке, а дечак с особинама оца [1].

Уколико родитељ није погодан за процес идентификације, јер провоцира непријатне конфликти у детету, процес идентификације може скренути ка родитељу другог пола, када се девојчица може идентификовати с мушким понашањем, а дечак са женским [2].

Психотерапијским путем би требало преиничити код одрасле особе конфликти из детињства, који су условили раскорак између морфологије тела и понашања, односно психотерапија би требало да уклони мотиве тражења уточишта у погрешном идентитету. Такви психотерапијски напори улажу се до савремених дана [3-7].

Дакле, у класичној теоријској концепцији полази се од могућности да се диференцијација идентитета одвија после рођења детета, током прве три-четири године живота, под утицајем значајних психосоцијалних чинилаца.

#### *Диференцијација пренатуса и критични периоди развоја*

У другој половини двадесетог века маса огледа са животињама донела је нова сазнања о збивањима током интраутерусног развоја плода. Илустративан је оглед с овцом, који је снимљен на филму. Урађен је у Единбургу у ветеринарској школи пре више од 20 година [8]. Правидној овци, која је носила женски плод, педесетог дана од зачетка плода поткожно је

имплантиран хормон тестостерон. У време примене тестостерона генитални органи плода су били већ диферентовани као женски и утицај тестостерона се није могао испољити на његове гениталне органе, али се могао испољити на диференцирање функције мозга. После рођења младе овце њено понашање је било јасно маскулизовано. Иако је у себи носила оваријуме са женским хормоном и женске полне органе, она је уринирала као ован, ритуал парења испољавала попут овна, а сви чланови овчјег стада понашали су се према експерименталној овци као према овну. На основу раскорака између телесног идентитета експерименталне овце и њеног понашања рекло би се да је испољавала трансексуално понашање.

Слични огледи су чињени и с мајмунима [9, 10]. Примећено је да код виших сисара утицај полних хормона током интраутерусног развоја плода на понашање постнатуса мање ригидан него код нижих сисара [11].

Кастрирани ембрион сисара се развија увек у смеру женке, без обзира на тип полних хромозома. Развој плода у смеру мужјака се индукује само уз деловање андрогеног сигнала хормона [12]. Уколико је снажније деловање андрогеног сигнала хормона на хипоталамус плода у критично време развоја, утолико ће бити израженије мушко понашање касније, у постнатусном животу јединке, у њеној активационој или пубертетској фази [13]. На основу своје улоге у диференцијацији андрогени хормон је добио назив „хормон диференцијације“. Плод се не развија у женском смеру због деловања естрогеног хормона, већ због изосталог деловања андрогеног хормона [14, 15]. Ове чињенице наводе на закључак да је основна позиција у животињском свету она коју називамо женском, а да се деловањем андрогеног сигнала гради мушка позиција.

Полни хромозоми икс-икс и икс-ипсилон детерминишу диференцијацију само до настанка полних жлезда плода. Даља диференцијација се детерминише под утицајем сопственог полног хормона. Разни делови плода имају различито време када подлежу диференцијацији под таквим утицајем. Оно се зове критично време развоја. Мушке полне жлезде код човека настају два месеца од зачећа, када почиње да делује андрогени сигнал, а генитална диференцијација плода се одвија око три месеца од зачећа [16]. Стероидни (андрогени) рецептори мозга код човека, путем којих полни хормон једино може да оствари свој утицај, настају крајем петог месеца од зачећа [17]. Значење критичног времена је у томе што се диференцијација не може остварити изван тог времена, односно не може се накнадно преиничити. О таквим збивањима код човека, која би утицала на понашање, делимично сазнајемо путем урођених поремећаја у развоју, односно путем „експериментална“ које приroda сама чини.

*Урођена неосетљивост на андрогени хормон (шестикуларна феминизација).* У оваквим случајевима постоји дефект андрогених рецептора у хелијама плода. Плод има полне хромозоме икс-ипсилон и због тога развијене тестисе који луче андрогени

хормон, али који не остварује своје деловање због недостатка рецептора хелија. Услед тога, даљи развој плода тече у женском смеру. Рађа се особа женског изгледа и понашања, иако нема у себи женске хромозоме, нити женске полне жлезде [18].

*Конституционална адrenalна хиперплазија.* У овим случајевима постоји дефект у стварању кортизола надбубрежне жлезде, због чега се ослобађају веће количине андрогених хормона из коре надбубрежне жлезде. Плод има хромозоме икс-икс и због тога развијене оваријуме који луче естрогени хормон, али због појачаног лучења андрогеног сигнала из надбубрежне жлезде настаје маскулинизација плода. Рађају се женске особе с маскулинованим гениталијама различитог степена и с мушким типом понашања. Висок проценат међу њима развија после пубертета хомосексуално (лезбејско) понашање [18, 19].

*Негосипилак пет-алфа-редуктаза.* Недостаје ензим који андрогени хормон тестостерон претвара у други андрогени хормон дихидротестостерон. Тестостерон и дихидротестостерон дају андрогене сигнале за различита ткива. На пример, тестостерон маскулинује унутрашње гениталне органе, а дихидротестостерон маскулинује спољашње гениталне органе. Због урођеног недостатка ензима пет-алфа-редуктазе не ствара се дихидротестостерон, па се код плода с полним хромозома икс-ипсилон и с мушким полним жлездама спољне гениталије не маскулинују. Због тога се рађа особа чије спољне гениталије личе на женске и околина их означава као девојчице, како их родитељи даље и васпитавају. Међутим, када у доба пубертета почиње израженије да се лучи тестостерон, чије деловање није осујећено, пробија у понашању диференцирано мушко понашање. Неки истраживачи користе овакве примере као доказ да васпитавање детета није пресудно у детерминацији женског или мушког понашања. Синдром је описан прво у Доминиканској Републици (Средња Америка) [20], а потом и у Новој Гвинеји [21].

*Одржавање трудноће хормонима.* У петог деценији двадесетог века почео је да се примењује синтетски хормон прогестоген трудницама у циљу одржавања трудноће. Касније се наметнуло питање да ли такав препарат хормона утиче на развој плода. Дасадашња истраживања нису искристалисала јасну слику о томе. То је, пре свега, због тога што овај хормон може деловати и андрогено и антиандрогено, зависно од хемијске структуре и судбине биохемијских реакција којима се стварају разни деривати. У неким истраживањима утицај прогестогена на плод се огледао у феминизацији постнатусног понашања дечака, у маскулинизацији постнатусног понашања девојчица и у интензивисању феминизације постнатусног понашања девојчица [19, 22].

#### Рог

Диференцијација ка женском и мушком облику одвија се у многим слојевима организма. На телесном плану (који многи називају биолошким, на основу чега се може стећи утисак да психолошки план излази из оквира биолошког), разликујемо више нивоа на

којима код човека препознајемо женску и мушку детерминисаност: хромозоми, полне жлезде, унутрашњи и спољни генитални органи. На душевном плану такође разликујемо више нивоа по којима препознајемо женско и мушко реаговање: перманентни субјективни доживљај женскости и мушкости, тип еротске привлачности (полна оријентација), испољавање у понашању социјалне (културолошке) улоге.

Изразом „полни“ означавају су првенствено генитални органи, али се та ознака пренела на све нивое телесне и душевне диференцијације. Међутим, временом је постало јасно да процес душевне диференцијације није једноставан одраз морфологије тела, већ има и сопствене путеве развоја. Зато је и могуће да се понекад догоди да душевна диференцијација буде у раскораку с телесном диференцијацијом, односно с полом у истој особи.

У српској медицини је на тај проблем међу првима указао наш познати професор и језички ерудита, Александар Костић, који у уводном излагању свог уџбеника „Основи медицинске сексологије“ указује на чињеницу да пол и полност човека обухватају више различитих својстава, због чега се у тој области медицине треба развити богатија терминологија [23]. У свету се тако и догодило током последње две деценије.

*Дефинисање рода.* Назив „род“ се у свим језицима користи у граматичке сврхе да би се разврстале женске и мушке именице и заменице. Исти назив први пут улази у медицину 1955. године у једном од првих, из читаве серије радова о хермафродитизму, публикованих у Билтену универзитета Џонс Хопкинс (*Johns Hopkins*) у САД [24].

У намери да опише своје болеснике, код којих је постојао раскорак између гениталне, еротске и понашајне диференцијације, Џон Мани (*John Money*) је наилазио на велике тешкоће језичко-концепцијске природе. Требало је дефинисати постојање женских и мушких својстава у истој особи на једноставан и разумљив начин. Позајмљујући назив „род“ из филологије у којој се одређује женско-мушка диференцијација језичких облика, нашао је решење да изрази диференцијацију душевно-телесног комплекса човека. Најпре је увео назив „улога рода“ за диференцијацију понашања, уместо раније коришћеног назива „улога пола“. Касније је међу стручњацима спонтано заживео и назив „идентитет рода“ уместо раније коришћеног назива „идентитет пола“. На тај начин се продубио концепт женско-мушке диференцијације као паралелног процеса на телесном и душевном плану, што је клиничарима омогућило лакше разумевање патолошких појава у диференцијацији, као што су особе са женским родом и мушким полом и обрнуто.

Према оригиналној дефиницији израз улога рода „означава све манифестације понашања којима једна особа каже или уради да би себе изразила као девојчицу или жену, односно дечака или мушкарца; улога рода укључује и сексуалност у смислу еротике, али се никако не своди само на њу“ [24]. Према оригиналном опису, улога рода има два аспекта попут медаље са своје две стране: један се гради из личних

својстава (то је доживљај „ја сам женско“ или „ја сам мушко“), а други у социјалној експанзији тих својстава у комуникацији с другима кроз речи и дела [24].

Више година касније, када је нова номенклатура већ била одомаћена међу стручњацима света, Џон Мани констатује: „прва страна медаље у дефиницији из 1955. године се кроз свакодневну употребу искристалисала у назив - идентитет рода, као лични доживљај женскости или мушкости, а друга страна медаље, као културолошки стереотип женских и мушких својстава у служби комуникације с другима, у назив „улога рода“ [26]. Због тога Мани у својим радовима никада не издваја идентитет и улогу, већ користи назив „идентитет/улога рода“.

Назив „род“ (*gender*) је први пут уведен у светски признат психијатријски уџбеник средином седамдесетих година прошлога века [27]. У званичну америчку психијатријску класификацију уведена је иста номенклатура 1980. године [28]. У српској стручној литератури први пут се користи у монографији о промени пола Београдског сексолошког тима [29].

*Развој рода.* Познавање путева развоја женског и мушког идеуитета/улоге од битног је значаја за разумевање клиничких поремећаја, њихово лечење и предохрану. На основу огледа са животињама и досадашњег искуства у клиничкој пракси, искрсава више разних чинилаца који би могли да играју значајну улогу у диференцијацији рода. Прерано је око тога заокруживати теоријску концепцију, јер све карике у ланцу процеса развоја нису још довољно прецизно изучене. Још увек нема јасног мерила о превази између урођених и раних постнатусних утицаја у детерминацији коначног исхода у диференцијацији када је у питању човек. Због нових чињеница које усмеравају пажњу на значај пренатусног дела развоја, међу верним присталицама класичне теорије о обликовању женског и мушког идентитета има оних, као што је познати амерички психоаналитичар Роберт Столер (*Robert Stoller*), који упозоравају да се нове чињенице у медицини морају узети у обзир.

Столер сматра: „Иако је Фројд својим концептима о зависти према пенису код девојчица и кастрационом страху код дечака поставио женскост и мушкост у средиште своје теорије о развоју и пореклу психопатологије, што се генерацијама одржавало у психоаналитичкој теорији, нова открића у разним областима медицине захтеваће рекапитулацију утврђених психоаналитичких веровања“. [30]. Столер је модификовао класичну теорију развоја увођењем назива „језгро идентитета рода“ (*Core Gender Identity*), које чини предиспозицију постнатусног развоја [31]. Под „језгром“ он подразумева рани доживљај детета своје женскости или мушкости, док се друге компоненте идентитета, улога рода и еротска оријентација, по њему, граде постнатусно, током прве три-четири године живота, кроз динамику односа између детета и родитељских фигура. Према мишљењу скоро свих стручњака данас, идентитет рода се обликује врло рано, у првих неколико година живота (или можда пре тога?) и код одрасле особе се више не може лако мењати [32-41].

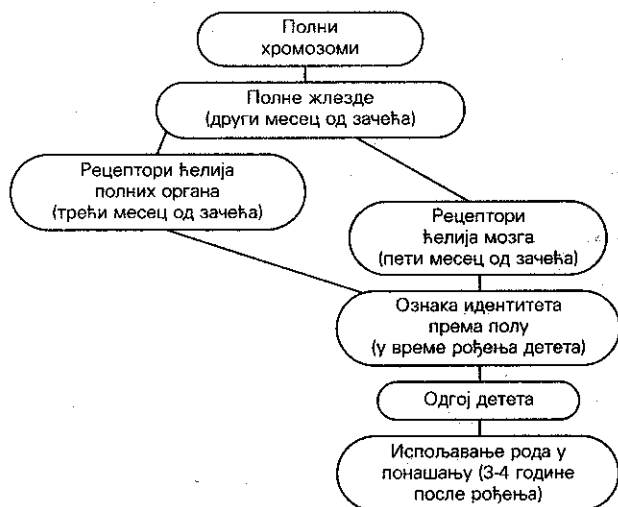


СХЕМА 1. Основне карике у ланцу развоја диференцијације рода

Развој диференцијације не тече једнократно детерминисан, већ етапно, попут карика у ланцу. Основне карике су приказане овде схематски (Схема 1). Свака карика у споменутом ланцу има свој временски период када се једино може остварити, тзв. „критично време развоја“. Критично време је данас кључни параметар за изучавање развоја женско-мушке диференцијације, јер се у њему програмирају особениости будућег идентитета.

У обликовању рода и одговарајућег понашања данас се не може заобићи диморфно програмисање функција мозга, па се зато говори о женском и мушком мозгу [42]. Детерминанте таквог програмирања су пренатусни биохемијски процеси и постнатусни психосоцијални процеси. Ефекти споменутих детерминаната свакако немају исто значење за понашање, али се те разлике у значењу још не могу прецизно измерити.

Поремећај у обликовању рода процењујемо на основу несклада између пола и рода, који се испољава кроз манифестно понашање, али још јасније кроз субјективно доживљавање особе. С обзиром да се не може утицати на функционисање мозга, а донекле се могло утицати на морфологију тела хормонским и операционим путем, у случајевима екстремног поремећаја идентитета рода који таквом појединцу јако отежава живот, као што је трансексуалност, примењена је симптомска терапија путем промене пола. Тим путем се у приличној мери уклања споменути раскорак између пола и рода, што је таквим особама упадљиво поправљало квалитет живљења [43-50].

Права решења за поремећени идентитет рода би била у превенцији, у могућности утицаја на сам процес развоја. То би значило да психијатрија своје поље занимања усмерава ка збивањима пре рођења човека, да би се тиме боље објаснило његово понашање после рођења.

### ЗАКЉУЧАК

Резултати савремених истраживања указују на значај утицаја хормона код пренатуса у развоју психосексуалне диференцијације. Психолошки утицај постнату-

сне идентификације у обликовању идентитета и даље је актуелан у теоријском тумачењу, али није једини и пресудан за коначан исход диференцијације.

Терминологијом раздвајање пола и рода нема основу у квалификацији биолошког и психолошког порекла, како се то често чини. Психолошки садржај није неболошка творевина. Биолошко-психолошка дихотомија је вештачка творевина деветнаестог века.

Континуитет развоја женско-мушке диференцијације сагледава се кроз пренатусне и постнатусне детерминанте, које делују на различит супстрат организма и у различито критично време развоја, из чега произилазе разни облици тела - пол, и различита психолошко-понашајна испољавања - род.

Ако роду дајемо атрибут психолошког, онда полу дајемо атрибут телесног, а атрибут биолошког им је заједнички.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Frojd S. O seksualnoj teoriji. Odabrana poglavlja Sigmunda Frojda (knjiga četvrta). Matica srpska, Novi Sad 1969;92-105.
2. Frojd S. O seksualnoj teoriji. Odabrana poglavlja Sigmunda Frojda (knjiga četvrta). Matica srpska, Novi Sad 1969;13-25.
3. Honstra I. Homosexuality. Int J Psycho-Anal 1966;48:394-402.
4. Socarides ChW. A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation („Transsexualism“): The Plaster-of-Paris Man Int J Psycho-Anal 1970;51:341-9.
5. Limentani A. The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. Int Rev Psycho-Anal 1979;6:139-53.
6. Chiland C. Enfance et transsexualisme. Psychiatrie de l'enfant 1988;31:313-73.
7. Becker D, Mester R. Further insights into transsexualism. Psychopathology 1996;29:1-6.
8. Clark JI. The sexual behavior of prenatally androgenized ewes observed in the field. J Reprod Fertl 1977;49:311-5.
9. Mitchell C. Attachment differences in male and female infant monkeys. Child Development 1968;39:611-20.
10. Eaton GG, Goy RW, Phoenix CH. Effects of testosterone treatment in adulthood on sexual behavior of female pseudohermaphrodite Rhesus monkeys. Nature 1973;242:119-20.
11. McEwen BS. Neural gonadal steroid actions. Science 1981;211:1303-11.
12. Jost A. Recherches sur la differentiation sexuelle de l'embryon de lapin. Arch Anat Microscop Morphol Experim 1947;36:151-200.
13. Domer G. The influence of sex hormones during the hypothalamic differentiation and maturation phase on gonadal function and sexual behavior during the hypothalamic functional phase. Endocrinology 1970;86:280-91.
14. Jost A. A new look of the mechanism controlling sex differentiation in mammals. Johns Hopkins Med J 1972;130:38-43.
15. Jost A. „Maleness“ is imposed upon a basically female fetus. Sci Orig 1973;73:4-8.
16. Wilson JD, George FW, Griffin J. The hormonal control of sexual development. Science 1981;211:1278-84.
17. Abramovich DR, Davidson IA, Langstaff A, Pearson CK. Sexual differentiation of the human midtrimester brain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1987;25:7-14.
18. Money J, Schwartz M, Lewis VG. Adult ontosexual status and fetal hormonal masculinization: 46XX congenital virilizing adrenal hyperplasia and 46XY androgen insensitivity syndrome compared. Psychoneuroendocrinology 1984;9:405-14.
19. Ehrhardt AA, Meyer-Bahlburg HFL. Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. Science 1981;211:1312-8.
20. Imperato-McGinley J, Guerrero L, Gauthier T, Peterson RE. Steroid 5-alpha-reductase deficiency in man: an inherited form of male pseudohermaphroditism. Science 1974;186:1213-5.
21. Herdt GH, Davidson J. The Sambia „Tutrin-Man“. Sociocultural and clinical aspects of gender formation in male. Pseudohermaphroditism with 5-alpha-reductase deficiency in Papua, New Guinea. Arch Sex Behav 1988;17:1-31.
22. Ehrhardt AA, Meyer-Bahlburg HFL, Feldman JF, Ince SE. Sex-dimorphic behavior in childhood subsequent to prenatal exposure to exogenous progestogens and estrogens. Arch Sex Behav 1984;13:457-77.
23. Kostić A. Osnovi medicinske seksologije. Uvod. Medicinska knjiga, Beograd 1966.

24. Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin Johns Hopkins Hospital* 1955;96:253-64.
25. Money I. Conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. *Arch Sex Behav* 1985;14:279-90.
26. Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marital Therapy* 1994;20:163-77.
27. Stoller R. Gender identity. In: Freedman A, Kaplan H, Sadock B (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2nd ed.) Williams-Wilkins 1975;1400-8.
28. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3 ed). Gender Identity Disorders. American Psychiatry Association, Washington 1980;261-6.
29. Rakić Z, Marić J, Slijepčević D, Vujović S, Perović S. Polni identitet i promena pola. *BIGZ, Beograd* 1993;8-44.
30. Stoller RJ. Gender Identity. In: Wolman BB (ed). *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*. Aesculapius Publishers, New York 1977;5(FA-IM):173-7.
31. Stoller RJ. The sense of maleness. *Psychoanalytic Quarterly* 1965;34:207-18.
32. Curran D, Parr D. Homosexuality: An analysis of 100 male cases seen in private practice. *BMJ* 1957;1:797-801.
33. Zuger B. Effeminate behavior in boys from early childhood. *J Pediatrics* 1966;69:1098-107.
34. Birk L, Huddleston W, Muller E. Avoidance conditioning for homosexuality. *Arch General Psychiatry* 1971;25:314-23.
35. McConaghy N. Is a homosexual orientation irreversible? *Br J Psychiatry* 1976;129:556-63.
36. Green R. One-hundred ten feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. *Arch Sex Behav* 1976;5:425-46.
37. Coleman E. Toward a new model of treatment of homosexuality. *J Homosexuality* 1978;3:345-59.
38. Bulrich N, McConaghy N. Parental relationship during childhood in homosexuality, transvestism and transsexualism. *Austral N Z J Psychiatry* 1978;12:103-8.
39. Whitam FI, Zent M. Cross-cultural assesment of early cross gender behavior and familial factors in male homosexuality. *Arch Sex Behav* 1984;13:427-39.
40. Newcomb MD. The role of perceived relative parent personality in the development of heterisexuals, homosexuals and transvestites. *Arch Sex Behav* 1985;14:147-64.
41. Whitam FI, Mathy RM. Childhood cross-gender behavior of homosexual females in Brasil, Peru, Philippines and United States. *Arch Sex Behav* 1991;20:151-70.
42. Kimura D. Sex differences in the brain. *Scient Amer* (Special issue: Mind and brain) 1992;118-25.
43. Pauly I. Outcome of sex-reassignment surgery for transsexuals. *Austral N Z Psychiat* 1981;15:45-51.
44. Lindemalm G, Korlin D, Uddenberg N. Long term follow-up of sex change in 13 male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav* 1986;15:187-210.
45. Abramovitz SI. Psychosocial outcome of sex reassignment surgery. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:183-9.
46. Blanchard R, Legault S, Lindsay RNW. Vaginoplasty outcome in male-to-female transsexuals. *J Sex Marital Ther* 1987;13:265-75.
47. Kuiper AJK, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment surgery: A study of 141 Dutch transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988;17:439-57.
48. Ross MW, Need JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychology and adjustments: A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Arch Sex Behav* 1989;18:145-53.
49. Lief H, Hubschman L. Orgasm in the postoperative transsexuals. *Arch Sex Behav* 1993;22:145-55.
50. Rakić Z, Starčević V, Marić J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Arch Sex Behav* 1996;25:515-25.

ZORAN RAKIĆ  
11 000 Beograd, Bulevar JNA 84  
Tel.: 669-361

## ВЕСТИ

(Наставак са 33. стране)

“Округли сто”, под називом “Брахитерапија карцинома грлића материце: значај тзв. брзине дозе у дозиметријском волумену (*HDR vs MDR vs LDR*)” сумирао је резултате који су се односили на ефикасност терапије. Посебна пажња је поклоњена problemu раних и касних постирадијационих секвела, које неизбежно прате овакво лечење. Трећи “округли сто” је био посвећен постантрациклиној терапији болесница с метастатским карциномом дојке. Ова тема је за нас интересантна из најмање два аспекта: а) иако антрациклини још увек представљају стандард у примарном лечењу карцинома дојке, те иако је синтетисан низ цитотоксичних лекова који су показали ефикасност у другој или трећој линији постантрациклиноског третмана, консенсус у оваквом приступу још не постоји; б) због високе цене коштања, овакви лекови су углавном недоступни болесницима, па се поставља питање како лечити ове болеснице у Србији.

Четврти “округли сто” је био посвећен атрактивној теми о поштедној и реконструкционој хирургији раног карцинома дојке. У развијеним земљама се, кад год је то могуће, чине тзв. поштедне хируршке операције, после којих се спроводи постоперациона терапија зрачењем; уколико је реч о мастектомији, следи рана или касна реконструкција дојке, одн. уградња протеза. Др Франс Рошар (*France Rochard, Villejuif, Француска*) одржала је уводно предавање о искуствима овог центра с поштедном хирургијом раног карцинома дојке, после чега су своја искуства изнели хирурзи Института за онкологију и радиологију Србије. Изнете су и новине у примени других модалите-

та терапије у постхируршком лечењу ових болесница. На крају је приказан филм о реконструкцији дојке мишићно-кожним режњем широког лећног мишића, изведеној у Институту за онкологију и радиологију Србије.

Теме саопштења на XV годишњем састанку медицинских сестара и техничара биле су комплементарне темама “округлих столова”. Осим тога, чланство је упознато са закључцима Друге конференције СЗО, одговарајућим документима и улози медицинских сестара у примарној и секундарној превенцији малигних болести. Посебна сесија је била посвећена едукацији болесника и чланова породице и то с гледишта медицинске сестре и клиничког дефектолога. Такође су изнети сврха, специфични циљеви и педагошки приступи у едукацији едукатора за југословенски семинар, на коме ће се реализовати европски едукативни програм за болеснике и чланове породице. Програм ће реализовати чланови мултипрофесионог тима из Института за онкологију и радиологију Србије, а намењен је лекарима, медицинским сестрама, психолозима, социјалним радницима, нутриционистима и другима.

Сва саопштења с овог скупа штампана су у облику резимеа или проширених резимеа у суплементу часописа “*Archive of Oncology*”.

Оплемењујући допринос раду овог стручног састанка дао је ансамбл позоришта “Атеље 212”, који је извео једну представу из свог репертоара у част традиционалног скупа канцеролога Југославије.

Снежана Шушњар