

ПСИХОЛОШКИ АСПЕКТИ ДЕЧЈЕ ГЕНИТАЛНЕ ХИРУРГИЈЕ

Мила КОЛАР¹, Душан КОЛАР²

1. Универзитетска дечја клиника, Београд; 2. Клиника за неурологију и психијатрију за децу и омладину, Медицински факултет, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Дечја урогенитална хирургија је дисциплина у експанзији која успешно решава и најсложеније аномалије урогениталног тракта, али тек у последње време већа пажња се поклања психолошким аспектима ових аномалија и хируршких захвата на гениталијама.

Дечаци са хипоспадијом, фимозом и другим конгениталним аномалијама представљају ризичну групу за сметње у формирању сексуалног идентитета и за настанак различите психопатологије у детињству и каснијем животном добу. Сам оперативни захват представља трауматску ситуацију за дете и може знатно да компромитује каснији психосексуални развој ових дечака.

Повећање сензибилитета дечјих хирурга за ову проблематику је од приоритетног значаја, како због увременавања хируршке интервенције сходно познавању нормалних психолошких развојних фаза детета, тако и због благовременог препознавања психопатолошких феномена и консултативног укључивања одговарајућих стручњака. Од великог значаја је и рад са родитељима ове деце у погледу пружања помоћи да боље прихвате дететов органски проблем, да буду мање анксиозни због аномалије и саме операције и буду способнији да боље разумеју како се њихово дете осећа и шта доживљава. Од њиховог исправног става у великој мери зависи и дететово актуелно психолошко стање и каснији психосексуални развој. Казуистички приказ дечака са хипоспадијом илуструје неке од психолошких проблема који се јављају код деце која се подвргавају репарацији хипоспадије.

Кључне речи: генитална хирургија, сексуални идентитет, психолошке реакције, хипоспадија.

УВОД

Тек у последњих неколико деценија већа пажња се посвећује психолошким и психијатријским аспектима урођених аномалија генитоуринарног тракта код деце, као и психолошким последицама хируршких захвата на гениталијама код деце. Сензибилизација хирурга за ове теме дала је допринос, како у прецизнијем детерминисању адекватних термина када је одређени хируршки захват за дете најоптималније извести, тако и у адекватној преоперативној припреми детета за операцију. Рад са родитељима такође је од непроцењивог значаја, јер од њихове психолошке припремљености да адекватно прихвате дететову аномалију и планирани оперативни захват у великој мери зависи и дететов доживљај проблема и оперативног третмана, што у већини случајева детерминисање и ток даљег психосексуалног развоја детета. У раду ћемо акценат ставити на хипоспадију и фимозу, као клинички најзначајније и најчешће ентитете у гениталној хирургији пениса, који имају веома значајне импликације на психолошки развој дечака, пре свега на слику тела и формирање сексуалног идентитета. Психопатолошке појаве у одраслој доби, као што су сексуалне дисфункције и парафилије, као и читав спектар неуротских поремећаја и поремећаја личности, могу бити повезане са трауматским искуством урогениталне хируршке интервенције. Разматрање ће бити праћено казуистичким приказом дечака са хипоспадијом.

Оперативни захват и психосексуални развој дечака
У урогениталној хирургији и хируршка и емоционална

траума имају значајне психолошке секвеле и различит утицај на одређене стадијуме дечјег психосексуалног развоја. Операција гениталија код дечака представља трауматско искуство и испуњава све *DSM-IV* критеријуме [2] за трауматски догађај, праћен одсецањем дела пениса уз искуство бола.

И деца и одрасле особе хируршко лечење често доживљавају као психолошку трауму, а интензитет психолошке реакције на операцију већи је код оперативних захвата на гениталним органима. Дечаци који су оперисани због хипоспадије између друге и шесте године у постоперативном периоду су манифестовали агресивно понашање и социјално повлачење [16]. Такође, када се пореде оториноларинголошке операције и урогениталне операције, последње су биле удружене са чешћим и клинички израженијим емоционалним поремећајима [24].

У својим радовима о сексуалном развоју Фројд (*Freud*) је поставио хипотезу да у четвртој-петој години долази до гениталне концентрације свих сексуалних узбуђења и тада дечакова заинтересованост за гениталије има доминантно значење. У овој фази инфантилне гениталне организације, званој фалусна фаза, генитални органи добијају значајну нарцистичку инвестицију. Страх дечака да нешто може да се деси овом високоцењеном органу назван је кастрационим страхом и представља централни страх фалусне фазе психосексуалног развоја [10]. Према мишљењу Фројда, у овој фази развоја дечаково искуство јаког гениталног стремљења према мајци и жеља за смрћу оца као ривала концеп-

туализовано је као Едипов комплекс. Откривање сексуалних разлика између дечака и девојчица повећава очекивање кастрације као реакције, казне за забрањене сексуалне и инцестуозне жеље према мајци [10, 11].

Дакле, управо кастрациони страх, страх од губитка гениталног органа, доводи великим делом до одрицања од едипалне везаности и уласка у период латенције. Због уштива кастрационог страха, деца у едипалној фази су уопште предиспонирана свакој врсти страха од телесног оштећења.

Стога, свака хируршка интервенција, сматра Ана Фројд (*Anna Freud*) [9], може да буде „фокална тачка за активацију, реактивацију или груписање идеја о нападу на телесни интегритет и кастрацију“. Уколико се операција изводи на пенису (нпр. циркумцизија), кастрациони страхови могу да се јаве у било ком периоду либидинозног развоја. Такође, и било који други део тела који је оперисан може да на фантазматском нивоу преузме улогу гениталија и да се доживи као повреда гениталних органа [9]. Уколико су механизми одбране мање расположиви или неадекватни и его не може да савлада анксиозност, дете бива преплављено анксиозношћу, не долази до интеграције искуства операције, она постаје трауматско искуство за дете и развија се слика неуротског поремећаја. У психоаналитичкој литератури забележено је да операција на пенису, као што је циркумцизија, изазива снажан кастрациони страх код дечака без обзира на ниво либидинозног развоја и олакшава развој хомосексуалних тенденција код дечака [8]. Нинберг (*Ninberg*) у својим чланцима о циркумцизији и проблемима сексуалности истиче да повреда пениса услед операције може да заплаши дечака и компромитује његов психосексуални развој до пуне вирилности. Ипак, он указује и на чињеницу да у неким случајевима циркумцизија може и да стимулише маскулина стремљења дечака да се идентификује са оцем [5]. Ипак, више је чињеница које подржавају Фројдову хипотезу да циркумцизија током фалусне фазе код дечака успоставља доживљај себе као већ кастрираног, што касније иницира конфузију сексуалног идентитета и представља предиспозицију према феминности [13]. Операције на гениталним органима представљају рану нарцистичку повреду повезану са идејом о повреди пениса, што може да резултује бегом у феминину мазохистичку фантазију о кастрацији [13, 8]. Наравно да је овде кључан однос са родитељима, пре свега са оцем, и уколико отац представља стабилан идентификациони узор за свог сина, тада ће и ризик за развој хомосексуалности и бисексуалности бити мањи. Дакле, очигледно је из свега наведеног да је неповољно за дете ако се гениталне хируршке интервенције раде у периоду едипалне фазе (од треће до пете године), јер је то период у психосексуалном развоју дечака где фантазам повреде гениталија заузима централно место. Период од прве до треће године, дакле, до едипалне фазе, повољнији је за хируршке интервенције на гениталним органима [1].

М. Малер (*Mahler*) је рани дечји развој поделила у три фазе: аутистичка фаза, симбиотска фаза и фаза сепарације - индивидуације [26, 12]. У аутистичкој фази

развија, која траје до отприлике другог месеца живота и у којој нема оштре дистинкције између спољашње и унутрашње реалности, нити између одојчета и његове неживе околине, повољно је да се хируршка интервенција изведе, уколико је то могуће [21, 26]. Симбиотска фаза, која траје до око петог месеца живота, такође је повољан период за извођење хируршке интервенције на гениталијама, јер је у овом периоду веза између мајке и детета јака и границе између селфа и мајке су конфлуирајуће и фузиониране [26]. У оваквим околностима мајка служи као „контејнер“ психолошке патње детета изазване спољним чиниоцима и дететова адаптација на ове неповољне околности, укључујући и непријатност због операције, зависи у великој мери од мајчине способности да „метаболише“ дететову нелагодност и врати је детету у неком прихватљивијем облику [26]. Зато је веома важно да дечји хирург буде сензитиван за родитељску забринутост у вези са дететом, да емпатише с њима, да им даје релевантне информације и објашњења везана за дететов поремећај и хируршку интервенцију и пружа реосигурање родитељима. На овај начин хирург или консултативни психијатар помажу родитељима да лакше савладају емоционалну трауму због дететове болести и планиране операције, да би тако и детету помогли да емоционално боље поднесе хируршки захват.

Фаза сепарације - индивидуације траје приближно од шестог од 36. месеца и представља веома осетљив период за извођење хируршке интервенције с обзиром на то да је ова фаза праћена интензивним сепарационим страховима. У периоду од 18. до 24. месеца дете је посебно склоно емоционалној трауми уколико се налази у непознатом окружењу са непознатим особама [12, 26].

Значај мајчине подршке, која је хоспитализована с дететом, велики је и ни овде се не сме потцењивати саветодавни рад с мајком. Деца од две године до седам година заинтересована су да добију одређене информације у вези са својим проблемом, нека ће тражити једноставна и конкретна објашњења о томе шта ће да им се догоди, колико дуго ће морати да буду одвојени од куће, ко ће бити са њима, када ће да осете бол и слично. Постоперативни емоционални поремећаји [17] код деце овог узраста најчешће укључују пролонгиране ноћне страхе, изражен негативизам (посебно код деце старије од четири године) и различите слике неуротског поремећаја (анксиозне поремећаје, фобије, конверзивне поремећаје). Деца узраста од седам година и старија имају развијен капацитет оперативног мишљења и способна су да разумеју узрочно-последичне односе, тако да су им одређена објашњења везана за саму хоспитализацију, анестезију и сам оперативни захват драгоцене и могу да помогну у смањивању нивоа анксиозности [16] и учесталости постоперативних емоционалних поремећаја. Међутим, ова деца могу да на несвесном нивоу операцију доживе као казну и да се остете кривим [25]. Некој од ове деце ће бити потребна психолошка подршка, па и психотерапијска помоћ ради постизања корективног емоционалног искуства. Урогенитална хирургија је са емоционалне, развојне

тачке гледишта најмање трауматска ако се захват изводи у узрасту до треће године [1].

Слика тела и формирање сексуалног идентитета

За разумевање доживљаја гениталне дефектности код дечака услед постојеће аномалије и оперативног захвата на фалусу кључан је развој слике тела. Слика тела почиње да се развија још у новорођеначком периоду и резултат је социјалних интеракција детета. До узраста од три године социјално окружење детета је ограничено и представљају га углавном родитељи, пре свега мајка [26]. Од њих зависи како ће дете формирати рани доживљај своје телесности и, ако су родитељске вербалне и невербалне поруке детету и у погледу његовог тела обележене ставом прихватања и гратификованом одређених личних и телесних атрибута, тада се може очекивати да ће дете да развије позитивну слику о свом телу. У време прве две године живота детета развија се осећај сексуалног идентитета [26, 27]. Истраживања код деце са недиференцираним спољашњим гениталијама показују да је и сексуални идентитет последица социјалног учења, које се одвија преко фидбека (*feedback*) које дете добија од разних особа из свог социјалног окружења [1].

Деца чији генетски пол није јасно рефлектован у спољашњим гениталијама (хермафродити) могу се успешно подизати и васпитати као било који од полова, али само ако процес започне пре узраста од две године, што опет упућује на закључак да је развој слике тела и сексуалног идентитета великим делом функција социјализације [1]. Стицање сексуалног идентитета у великој мери зависи од подршке мајке, која треба да потпомогне процес сепарације свог детета. Бисексуалност је биопсихолошки феномен који претходи сексуалности. Свако дете, без обзира на пол, има женски сексуални идентитет. У процесу диференцијације од мајке, излазећи из биолошке фузије с мајком и одвајајући се од ње, дечак стиче свој сексуални идентитет [11, 21].

Уколико дође до трауме (што може да буде и операција на гениталним органима) и застоја у процесу формирања сексуалног идентитета, то може да буде пут ка развоју хомосексуалности или парафилија [21]. Када ове преедипалне фиксације дођу у конфликт са реалношћу постојања гениталних разлика, афалусна мајка постаје објект ужаса. Интензитет ових осећања се повећава услед доживљаја себе као кастрираног (што је често код дечака са гениталним аномалијама и услед оперативних захвата на пенису). Таква осећања се активирају и када се увиди да жене немају пенис. Различите форме парафиличног понашања помажу особи да не постане хомосексуалац [27].

У студији у којој су испитивани сексуални идентитет и сексуална оријентација мушкараца са операцијама на пенису током детињства нађено је да су ови мушкарци били мање сигурни у своју мушку улогу у односу на контролну групу, као и тенденција пацијената да преузимају више феминину сексуалну улогу [27].

Све ово указује на значај који има став родитеља деце са хипоспадијом и другим аномалијама урогенитал-

ног тракта на даљи психосексуални развој ових дечака и развој мушког сексуалног идентитета и самим тим на учесталост каснијих емоционалних поремећаја.

Психолошке реакције деце на операцију хипоспадије

Хипоспадија је конгенитална аномалија која се јавља са учесталошћу од 1:250 до 1:300 живе мушке новорођенчади [3], а карактерише се ектопичним уретралним отвором, који може да буде лоциран вентрално на глансу, телу пениса, скротуму или перинеуму [22]. Глануларна, коронална и субкоронална форма су козметски поремећаји, а остале форме су примарно функционални поремећаји, посебно ако су удружени са тежом курватуром [22]. Циљ оперативног лечења ове аномалије је успостављање тока урина, прав пенис у ерекцији и нормалан изглед пениса [22, 3].

Дечаци са хипоспадијом чешће показују дефицит у социјалним способностима, слабији школски успех и чешће бихевиоралне поремећаје у односу на неклиничку популацију. Код ове групе деце већа је учесталост ноћне и дневне енурезе у односу на контролну групу [25]. Презаштићивање од стране родитеља, што је честа појава код ове деце, резултовало је у нижем скору скале за социјалне способности [25]. Мушкарци код којих је хипоспадија оперисана у децем узрасту чешће су имали тешкоће у сексуалним релацијама, што је резултат доживљаја да имају абнормално тело и пенис, што их чини анксиозним [20]. Дечаци који имају повишену анксиозност у погледу слике тела као одрасли бивају више анксиозни и инхибирани у сексуалним релацијама, мање се укључују у традиционалне мушке улоге и више су заинтересовани за интелектуалне активности [20]. Зато је, ради правилног формирања слике тела и сексуалног идентитета, пожељно да се корективни хируршки захвати на гениталном органу спроводе у периоду пре 30. месеца живота [25]. Оптималан период за репарацију хипоспадије је пре 30. месеца из следећих разлога: 1. деца до тог периода нису свесна различитости полова, као ни присуства и значаја деформитета; 2. социјализација дечака тог узраста подразумева и ситуације упоређивања гениталија; уколико се до тада не изврши хируршка корекција дечаци са хипоспадијом који седе при мокрењу и који имају јасно видљив дефект пениса биће изложени негативним социјалним реакцијама у односу са вршњацима; 3. од узраста од 30. месеци до краја пете године дечацима страхови од физичке повреде су значајни и могу да буду егзацербирани оперативном интервенцијом [1]. Ови старији дечаци који су имали хируршку репарацију хипоспадије имају потребу за реосигурањем у смислу да се њихов пол ни на који начин није изменио [25].

Студије које су пратиле исход операција хипоспадије с обзиром на психолошко функционисање ове деце показале су позитивнији исход код дечака чији су родитељи сматрали да је пенис њиховог сина нормалан, како у изгледу, тако и у способности нормалног мокрења у стојећем положају [16].

У једној ранијој студији коју су спровели Саидберг (*Sandberg*) и сарадници [24] неповољни естетски ефек-

ти након репарације хипоспадије повезани са падом самопоштовања у ове деце били су удружени са слабијим успехом у школи. Адаптивни потенцијали су били знатно нижи код ових дечака са лошијим постоперативним изгледом и више компромитованом функцијом. Естетски изглед пениса и његов однос са психосоцијалним и психосексуалним функционисањем код одраслих који су као деца имали операцију хипоспадије предмет је даљих истраживања. Пацијенти који су као деца били оперисани због хипоспадије, у узрасту од девет до 12 година, инхибирани су у сексуалним релацијама због изгледа пениса [20]. Зато је потребно да се операција свакако уради раније када је то могуће. Исто тако треба озбиљно да се узме у обзир и чињеница да се емоционални проблеми ове деце повећавају са бројем хоспитализација и операција. Новије студије, у којима су истраживани дуготрајни ефекти хируршке корекције хипоспадије на психосексуални и психосоцијални развој ових особа, показале су да пацијенти са хипоспадијом нису имали поремећаје психосексуалног прилагођавања, али су показивали значајно веће инхибиције у успостављању сексуалних контаката као последицу непријатности у вези са изгледом њиховог пениса [19]. Пацијенти са хипоспадијом су веома често незадовољни изгледом њиховог пениса, углавном због циркумцизије и због кратке дужине. С обзиром на психосоцијално функционисање, нису нађене разлике између пацијената са хипоспадијом и контролне групе [19]. У литератури постоји корисна препорука да се мушкарци са хипоспадијом који су третирану у детињству виде једном и за време адолесценције и да то буде стандардна терапијска процедура ради скрининга групе пацијената са психосексуалним или психосоцијалним проблемима [25, 19].

Психолошки аспекти циркумцизије

Најчешћа медицинска индикација је постојање фимозе. Фимоза се карактерише отвором препуцијума који је толико узан да доводи до тегоба приликом мокрења код деце и до баланопоститиса [7]. Трауматски утицај оперативних интервенција на гениталијама, па и циркумцизије, на децу је очигледан. Леви (*Levy*) је на узорку од 124 детета код којих су се развили психолошки проблеми након хируршке процедуре нашао да је већина озбиљних анксиозних реакција код дечака који су имали операције на пенису. Радило се о метатотимији и циркумцизији дечака узраста од четири до шест година. Неки од њих су испољавали деструктивност у понашању и суицидалне импуре [17]. Осим у ситуацијама када је циркумцизија медицински индикована, дакле, у случају фимозе, циркумцизију би требало свакако избежавати због свих раније наведених чињеница. Циркумцизија је трауматско искуство и може у значајној мери да компромитује психосексуални развој дечака и касније сексуално функционисање индивидуе. Деца различито реагују на болести и губитке. Мекфадјен (*McFadyen*) [18], лондонски дечји психијатар, описао је психолошку реакцију свог сина на циркумцизију. Дечак је циркумцизију доживео као озбиљан атак одраслих на ње-

гов полни орган, са доживљајем да су они „убили његов пенис“.

Ове трауматске ситуације у детињству могу да резултују у дисоцијацији, одвајању трауматског искуства и придружене емоционалне трпње из свесности [6], а у сврху актуелног очувања интрапсихичког интегритета. Дете тако наизглед заборавља да се траума икада десила, међутим, негативна осећања у вези са пенисом перзистирају у несвесном и на више-мање неповољан начин обликују слику тела [5]. Тако психопатологију повезану са овим негативном искуством гениталне хирургије није увек лако детектовати. Ефекти циркумцизије могу да буду хронични и тако дубоко укорени, да се веома тешко препознају и диференцирају од црта личности или клиничке феноменологије [13, 28]. Сматра се да циркумцизија у дечјем узрасту смањује сексуалну сензитивност и може да игра улогу у настанку психогене импотенције [13]. Извођење циркумцизије из нетерапијских разлога је медицински неоправдано и штетно. Родитељи који доводе своје дете ради циркумцизије, што у нашој средини и није често, очигледно нису свесни могућих последица овог захвата, тако да и едукација родитеља заузима значајно место у превенцији. Медицински етички комитет Британског удружења лекара је на састанку 1996. године саопштио да је „нетерапијска циркумцизија дискриминишућа, неетична и нелегална и она је пренестијског порекла...“ [23]. Исте године је и Америчко канцеролошко удружење саопштило да је извођење рутинске циркумцизије као превенције настанка кацинома пениса и кацинома цервикса потпуно неоправдано [23]. Циркумцизија може да има далекосежне негативне последице на даљи психолошки развој. Могућ је развој сексуалних перверзија, често праћених са компулзивном мастурбацијом и садомазохистичким фантазијама, а мастурбациони конфликт код ових особа је обично повезан са осећањем да имају оштећен или измењен пенис [27, 4], а тај осећај може да се генерализује и да особа себе доживи неадекватном у сваком погледу. Овакав развој са изразитом нарцистичком вулнерабилношћу и депресивном феноменологијом се виђа углавном у пацијената код којих постоји и поремећеност раног односа са мајком [14]. Овај развојни дефицит у раним објектним релацијама обично је последица односа са мајком која је анксиозна и несигурна и која је неспособна да се суочи са интрапсихичким проблемом. У таквим околностима фимоза и хируршка интервенција постају негативно искуство око којег се кристалишу селф и објект репрезентације и објектни односи концентрисани на садомазохистичку борбу за опстанак, односно на очување крхког сексуалног идентитета [14, 27].

ЗАКЉУЧАК

Нагли развој дечје урогениталне хирургије омогућио је успешно решавање и наслојенијих конгениталних аномалија урогениталних органа, чиме је значајно допринео и смањивању учесталости психолошких секвенела услед присуства ових поремећаја. Дечаци са хипоспадијом након хируршке репарације која је довела до

функционалног побољшања (могућност мокрења у стојећем положају) и задовољавајућег естетског изгледа имали су боље психосоцијално функционисање и повољнији психосексуални развој [25]. Поред овог повољног ефекта оваквих хируршких интервенција, генитална хирургија је са повећаном учесталошћу оваквих хируршких захвата, који представљају трауматску ситуацију за дете [16, 9] и могу у значајној мери да компромитују даљи психосексуални развој ове деце и формирање сексуалног идентитета [24, 5, 13], довела и до повећане учесталости менталних поремећаја код ове деце и касније повећане учесталости сексуалних дисфункција и уопште могућег аберантног психолошког развоја са структурисањем поремећаја личности и парафилија [19, 27]. Да би се овакав развој превенирао, неопходно је да се посвети већа пажња психолошким последицама урогениталних хируршких захвата у децем добу и да се кроз тимски рад, у који ће бити укључени дечји хирурзи и специјалисти психолошке медицине, боље разумеју разни аспекти оваквих интервенција на психолошки развој деце. Некој деци ће бити потребна и психотерапијска помоћ, што је био случај и са дечаком којег смо приказали. Неопходан је и рад са родитељима, како у погледу психоедукације, тако и пружањем конкретне психолошке помоћи родитељима да боље прихвате проблем свог детета, да буду мање анксиозни и да успешније „метаболишу“ лош доживљај слике тела њихове деце и уопште лоше сељф перцепцију. Студије које су пратиле исход операција хипоспадије с обзиром на психолошко функционисање ове деце показале су позитивнији исход код дечака чији су родитељи сматрали да је пенис њиховог сина нормалног изгледа и који су уопште боље прихватили дететов проблем [16]. Непотребне хируршке интервенције на гениталним органима у децем добу, као што је циркумцизија из немедицинских разлога, свакако би требало избегавати.

Од великог је значаја време када се изводе гениталне хируршке интервенције. Дечји хирурзи би требало да буду упознати са нормалним развојним фазама детета да би боље разумели какве све психолошке последице могу да имају хируршке интервенције у појединој фази развоја детета. Период од прве до треће године би био најоптималнији за хируршке интервенције на гениталним органима [1, 20], а најбоље је, ако је то могуће, да се хируршки захвати планирају што раније, већ у току прве године живота детета [25].

ЛИТЕРАТУРА

1. American Academy of Pediatrics. Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular reference to the risk, benefits and psychological effects of surgery and anesthesia. *Pediatrics* 1996;97(4):590-4.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
3. Basin LS. Hypospadias, anatomy, embryology and reconstructive techniques. *Pediatr Urol* 2000; 26(6): 621-9.
4. Berg R, Berg G. Penile malformation, gender identity and sexual orientation. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 68(3): 154-66.
5. Cansever G. Psychological effects of circumcision. *Br J Med Psychol* 1965; 38: 321-31.
6. Chu J, Dill D. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 887-92.
7. Ellis DG, Mann CM. Abnormalities of the urethra, penis, and scrotum. In James A. O'Neill, Marc I. Rawe, Joy L. Grosfeld, et al. (Eds): *Pediatric Surgery*. 5th Ed, Mosby, St. Louis, 1998.
8. Feniheh O. Psihoanalitička teorija neuroza. Medicinska knjiga, Beograd - Zagreb, 1961.
9. Freud A. The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanal Study of The Child* 1952; 7: 69-81.
10. Freud S. The infantile genital organization of the libido. In collected Papers 2, Hogarth Press, London, 1953.
11. Frojd S. Tri rasprave o seksulanoj teoriji. Odabrana dela Sigmunda Frojda, Knjiga 4, Matica Srpska, Novi Sad, 1969.
12. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
13. Goldman R. The psychological impact of circumcision. *BJU International* 1999; 83 (suppl 1): 93-102.
14. Kennedy H. Trauma in childhood. Signs and sequelae as seen in the analysis of an adolescents. *Psychoanal Study of The Child* 1986; 41: 209-19.
15. Kohut H. The Analysis of the Self. International Universities Press, New York, 1971.
16. Lepore A, Kessler RW. Behavior of children undergoing hypospadias repair. *J Urol* 1979; 122: 68-70.
17. Levy D. Psychic trauma of operations in children. *Am J Dis Child* 1945; 69:7-25.
18. McFadyen A. Children have feelings to. *BMJ* 1998; 316: 1616-7.
19. Mureau MA, Slijper FME, Slob AK, et al. Psychosocial functioning of children, adolescents and adults following hypospadias surgery: A comparative study. *J Pediatr Sur* 1997; 22: 371-87.
20. Mureau MA. Psychosexual and psychosocial development of patients with hypospadias. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(4): 188-91.
21. Osofsky JD. Perspective on attachment and psychoanalysis. *Psychoanal Psychol* 1995; 12: 347-63.
22. Perovic S. Atlas of congenital anomalies of external genitalia. Refot-Arka, Beograd, 1999.
23. Price Ch. Male circumcision: an ethical an legal affront. *Bull Med Ethics* 1997; 128: 13-19.
24. Sandberg DE, Meyer-Bahlburg HFL, Aranoff GS, et al. Boys with hypospadias: A survey of behavioral difficulties. *J Pediatr Psychol* 1989; 14:491-514.
25. Sandberg DE, Meyer-Bahlburg HFL, Hensle TW, et al. Psychosocial adaptation of middle childhood boys with hypospadias after genital surgery. *J Pediatr Psychol* 2001; 26:465-75.
26. Stern DN. The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent- Infant Psychotherapy. Basic Books, New York, 1995.
27. Stoller R. Perversions. The Harvester Press, New York, 1976.
28. Zoske J. Male circumcision: a gender perspective. *J Men's Studies* 1998; 6: 189-208.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PEDIATRICS GENITAL SURGERY

M. KOLAR¹, D. KOLAR²

1. University Child Clinic, Belgrade; 2. Clinic of Neurology and Psychiatry for Children and Youth, Belgrade

Although the children's urogenital surgery is discipline in expansion which successfully solves even the most complicated anomalies of urogenital tract, only lately there is enough attention payed on the psychological aspects of these anomalies and surgical operatione on genitals.

The boys with hypospadias, phimosis and other congenital anomalies represent a risky group for the difficulties in forming the sexual identity and for the apperance of different psychopathology in their chilhood and later in life. The surgical operation itself presents a traumatic situation for the child and it may discredit the later psychosexual development of these boys in a great deal.

The priority is increasing the sensitivity of children's surgeons for these problems, not only for moderniting the surgical operation, considering the knowledge of normal psychologycal stages of development, but also for recognizing the psychological phenomena on time and for the consultative joining of the appropriate experts. It is very important to work with

these children's parents in view of offering them help for better accepting their child's organic problem, to be less anxious on account of the anomaly and the operation itself and to be more able for better understanding of their child's feelings and his experience. The child's actual psychological condition and his later psychosexual development depend to a great extent on their parent's correct attitude. The casuistical survey of the boys with hypospadias illustrates some of the psychological problems which appear with children who had an reparation of hypospadias.

Key words: genital surgery, sexual identity, psychological reactions, hypospadias.

Mila KOLAR,
Univerzitetska dečja klinika
Tiršova 10, 11000 Beograd
E-mail: kolar@yubc.net