

Transrodnost u adolescenciji

Plesničar, Hana

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:366431>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINA

Hana Plesničar

TRANSRODNOST U ADOLESCENCIJI

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

STUDIJ MEDICINA

Hana Plesničar

TRANSRODNOST U ADOLESCENCIJI

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

Mentor rada: izv.prof.prim.dr.sc. Daniela Petrić, dr. med

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u Rijeci

pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc.dr.sc. Ana Kaštelan, dr.med
2. doc.dr.sc. Tanja Grahovac Juretić, dr.med
3. izv.prof.prim.dr.sc. Marija Vučić Peitl, dr.med

Rad sadrži 44 stranice, 0 slika, 0 tablica, 37 literaturna navoda.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. SVRHA RADA.....	2
3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU.....	3
3.1. Spol, rod i seksualna orijentacija.....	3
3.2. Razvoj rodnog identiteta i uloge	5
3.3. Rodna neusklađenost.....	6
3.3.1. Povijesni osvrt na rodnu neusklađenost.....	6
3.4. Klasifikacija	7
3.5. Terminologija	8
3.6. Epidemiologija rodne disforije kod mladih.....	10
3.7. Etiologija rodne disforije.....	11
3.7.1. Biološka teorija.....	11
3.7.2. Psihosocijalna teorija.....	12
3.8. Transrodnost u adolescenciji	13
3.8.1. Adolescentska kriza ili prava rodna neusklađenost	13
3.8.2. Novonastala rodna disforija u adolescenciji.....	14
3.8.3. Utjecaj medija i vršnjaka	15
3.9. Klinička slika rodne disforije	16
3.9.1. Djeca.....	16
3.9.2. Adolescenti	17
3.9.3. Odrasli	18
3.10. Dijagnostika rodne disforije u adolescenciji	18
3.10.1. Diferencijalna dijagnostika.....	19
3.11. Rodna disforija i komorbiditeti	21
3.12. Klinički pristup rodnoj disforiji.....	23
3.12.1. Smjernice	23
3.12.2. Psihološki tretman	24
3.12.3. Socijalna tranzicija	26
3.12.4. Fizičke intervencije.....	27
3.13. Zakonska regulativa promjene spola.....	29
3.14. Detranzicija	29
3.15. Bioetički aspekti tranzicije	31

4. RASPRAVA	34
5. ZAKLJUČAK.....	37
6. SAŽETAK.....	38
7. SUMMARY	39
8. LITERATURA.....	40
9.ŽIVOTOPIS.....	44

Popis skraćenica i akronima

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MKB- Međunarodna klasifikacija bolesti

FECSM- Fellow of the European Committee of Sexual Medicine

KBC- Klinički bolnički centar

SAD- Sjedinjene Američke Države

Tzv- takozvani

LGBTIA- lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, asexual

APA- American Psychiatric Association

KAH- kongenitalna adrenalna hiperplazija

WPATH- World Professional Association for Transgender Health

GnRH- gonadotropin releasing hormone

RH- Republika Hrvatska

1.UVOD

Transrodnost je definirana kao stanje kod kojeg rodni identitet nije usuglašen sa spolom dodijeljenim pri rođenju, odnosno transrodni pojedinci „nadilaze“ kulturološki determinirane kategorije roda te se njihovi rodni identiteti u različitom stupnju razlikuju od njihovog spola i društvenih očekivanja temeljenih na dotičnome spolu (1). Spol je biološka kategorija i temelji se na anatomskim karakteristikama, dok je rod psihološki i socijalni konstrukt, uključuje rodnu ulogu i rodni identitet te se odnosi na vlastiti osjećaj pripadnosti određenom spolu. Rodni identitet formira se pod utjecajem genetskih, bioloških i okolišnih čimbenika od najranije dobi, a razvoj se nastavlja i kroz period adolescencije (1). Adolescencija je vrlo osjetljiv period, a osobito kada se govori o temi transidentiteta. Za Hrvatsku nema točnih podataka o prevalenciji dijagnoza rodne neusklađenosti u populaciji djece i adolescenata no u zadnjih nekoliko godina bilježi se porast u populaciji adolescenata i to osobito u skupini adolescentica (2). Ono što je zabrinjavajući podatak jest da su umjesto dječaka i mladih muškaraca koji su prevladavali u skupini dijagnosticirane rodne neusklađenosti, sada to poglavito djevojčice i adolescentice gdje je njihovo stanje praćeno različitim duševnim poremećajima. S obzirom na to da se mogu definirati različiti stupnjevi neusklađenosti rodnog identiteta s natalnim spolom, transrodne osobe na razne načine žive svoj rodni identitet te im ovisno o tome mogu biti potrebne određene medicinske intervencije, reverzibilne i ireverzibilne. Iz navedenog razloga postoje smjernice za dijagnozu i klinički pristup transrodnim adolescentima no iako ih se stručnjaci ne moraju strogo pridržavati i dalje postoje određene bioetičke dileme u području transrodne medicine, osobito kada se radi o djeci i maloljetnicima (2). O svemu navedenom bit će raspravljeno u ovom preglednom radu.

2. SVRHA RADA

Cilj ovog preglednog rada jest predstaviti naglo rastući „fenomen“ transrodnosti i rodne disforije u populaciji adolescenata, koji unazad nekoliko godina bilježi svoj porast u Hrvatskoj i svijetu. Osim pregleda osnovne terminologije vezane uz rod, rodni identitet i njegov razvoj, glavna problematika biti će usmjerena na potencijalne uzroke naglog porasta broja slučajeva kod adolescenata, na klinički pristup rodno disforičnim adolescentima, na bioetičke i pravne aspekte u području adolescentske transrodne medicine te na problematiku tranzicije u mlađoj životnoj dobi. Također, cilj je raspraviti koliko često se danas u adolescentskoj dobi javlja neusuglašenost rodnog identiteta sa spolom, koji su predisponirajući čimbenici i prateći komorbiditeti te radi li se o fazi u sklopu svojevrsne adolescentne krize ili o pravoj perzistirajućoj rodnoj disforiji.

3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU

3.1. Spol, rod i seksualna orijentacija

Kada se govori o pojmovima spola, roda i seksualne orijentacije često dolazi do problema u razumijevanju i razlikovanju istih. Jedan od razloga zašto je to tako jest ograničenost nekih jezika zbog čega spomenuti pojmovi prilikom prevođenja gube razlikovnu ulogu, a mnogi od njih postaju i sinonimi. Tako na primjer, engleski jezik riječ seks (engl. *sex*) upotrebljava za termine spola i seksualnosti/ seksa dok hrvatski jezik za sva tri spomenuta termina ima posebne izraze (1).

Spol (engl. *sex*) jest biološka odrednica koja označava tijelo te je definiran kromosomima, gonadama, unutarnjim i vanjskim spolnim organima (1). Spol je prezentiran kao binaran koncept, dakle kao muški spol i ženski spol uz iznimku međuspolnosti pri čemu je spol kombinacija muških i ženskih bioloških elemenata. Dakle, spol se uvijek određuje prema anatomskim karakteristikama (1).

Spol je determiniran biološkom komponentom dok je rod (engl. *gender*) psihološki i socijalni konstrukt. Rod objedinjuje stavove, osjećaje i ponašanja koja određena kultura povezuje sa spolom osobe. Iz navedenog proizlazi kako rod sadrži dvije komponente: rodnu ulogu i rodni identitet (1).

Rodna uloga (engl. *gender role*) je prema spomenutoj definiciji socijalni konstrukt što dokazuje i sama činjenica da su se tijekom vremena rodne uloge mijenjale. Socijalni konstrukt označava postojanje zanimanja koja smatramo da su više muška ili ženska, da postoje pravila odijevanja, ponašanja i emocionalnog reagiranja koja stereotipno pripisujemo muškarcima i ženama. Rodnu ulogu učimo i usvajamo kroz socijalizaciju, upoznavanjem kulture i običaja, kroz uspostavljanje odnosa s vršnjacima, kroz odgoj i obrazovanje, religijske običaje te je ona određena vremenom,

prostorom i društvom u kojem se krećemo (2). Definirana je kroz ono što radimo, kako se ponašamo, način na koji govorimo, odnosno kroz načine na koje svijetu pokazujemo da smo muška ili ženska osoba te iz navedenog razloga rodnu ulogu neki nazivaju i rodnom ekspresijom (3).

S druge strane, rodni identitet (engl. *gender identity*) jest subjektivni doživljaj roda, način na koji osoba doživljava sebe, svoju ženskost ili muškost. Rodni identitet označava našu svijest o vlastitoj pripadnosti nekom rodu te naše ponašanje karakteristično za taj rod. U skladu s navedenim rodni identitet može se podudarati sa spolom pojedinca ali i ne mora biti usklađen s njime. Najčešće rodni identitet odgovara spolu no isto tako, primjerice, osoba koja je muškog spola se zbog svojih psiholoških osobina i unutarnjeg doživljaja sebe može istovremeno definirati kao osoba ženskog roda te obrnuto (1).

Rodna uloga i rodni identitet mogu se procijeniti i mjeriti, no s obzirom da se razlikuju prema izražaju, često se nailazi na određenu problematiku kada se govori o definiciji rodne uloge i identiteta. Rodnu ulogu može se procijeniti opažanjem budući da ju pojedinac izražava svojim ponašanjem, dok je rodni identitet vlastiti doživljaj sebe kao osobe i osviještenost o pripadanju određenoj rodnoj kategoriji. Stoga se tijekom procjenjivanja identiteta osobu traži da napravi usporedbu doživljaja sebe i svoje slike sa stereotipima koje pripisujemo određenom rodu kako bi se definirao stupanj podudarnosti rodnih komponenata i spola. Ovakav pristup posebno se problematizira kada se radi o djeci i adolescentima budući da će procjena i usporedba ovisiti kako o dobi tako i o kognitivnom i emocionalnom razvoju (1).

Seksualna orijentacija je određena onim što pojedinca seksualno uzbuđuje pa se prema tome definiraju heteroseksualna (seksualna privlačnost osobe drugog spola), homoseksualna (seksualna privlačnost osobe istog spola), biseksualna (seksualna privlačnost osoba i muškog i ženskog spola) te aseksualna (nema seksualne privlačnosti) orijentacija. Kod definiranja seksualne orijentacije

postoji više elemenata na koje valja obratiti pozornost kao i na kombinacije spola, roda i seksualne orijentacije koji su kod većine komplementarni, dakle osoba je ženskog spola, ženskog roda i heteroseksualne orijentacije (i obrnuto), no mogu biti i promijenjenih odnosa (1).

3.2. Razvoj rodnog identiteta i uloge

Jedna od teorija o razvoju rodnog identiteta jest Bancroftov model triju pruga razvoja koja objedinjuje razvoj rodnog identiteta, rodne uloge i seksualne orijentacije (2). Rodni identitet formira se pod utjecajem genetskih, bioloških i okolišnih čimbenika te također ovisi o kognitivnom razvoju djeteta. Razvoj rodnog identiteta kreće od rane dobi te djeca već u dobi od tri godine znaju izraziti kojeg su roda, kao što znaju prepoznati i rod osoba iz svoje bliske okoline. Također, kod dječaka i djevojčica javljaju se razlike u opisivanju muških i ženskih osoba, a do svoje pete ili šeste godine dijete će shvatiti da su rodni identitet i spol nepromjenjivi. U ovoj dobi djeca mogu pokazivati sklonost odabiru istospolnih prijatelja, odnosno djeca koja će kasnije postati transrodne osobe često već tad biraju prijatelje suprotnog spola. Ovakvo ponašanje nije specifično samo za djecu nego je uočeno i kod mladunčadi životinja (1). Rodnu ulogu dijete će formirati nešto kasnije u predškolskoj dobi s obzirom da je ona, kao što je već spomenuto, socijalni konstrukt pa će samim time u velikoj mjeri ovisiti o vanjskim utjecajima. Dijete će je naučiti prema modelu svojih bližnjih i od njih će preuzeti koncepte reagiranja i ponašanja. Za razvoj rodne uloge kaže se da nastaje kao „utjecaj socijalnih aspekata koje nameće socijalna sredina“ (2).

3.3. Rodna neusklađenost

3.3.1. Povijesni osvrt na rodnu neusklađenost

Kroz povijest su slučajevi rodne neusklađenosti bili gotovo jednako česti kao i danas te je čak u starim društvima poput Mezopotamije, Indije, Grčke i Rima poimanje rodnog identiteta i seksualne orijentacije bilo bitno liberalnije. Medikalizacija transrodnih identiteta i problematike povezane s rodnim identitetom desetljećima je bila kontroverzna tema, posebice zbog stigmatizacije već tada marginalizirane skupine (3). Uz prethodno navedeno, zbog nerazlikovanja osnovnih karakteristika roda, rodnog identiteta, spola i spolne orijentacije rodna neusuglašenost je svrstana u kategoriju bolesti, a razvijene su i teorije koje su povezivale homoseksualnost s transrodnim identitetom (4).

Oko četrdesetih godina dvadesetog stoljeća liječnici počinju diferencirati pojmove istospolne privlačnosti od „transseksualizma“ i od tada se pojam transseksualizam počinje popularizirati onako kako se koristi i danas. Pokreću se edukacije za medicinske stručnjake o transrodnim osobama i govori se o prvim hormonskim tretmanima u svrhu rodne tranzicije (4).

Unatoč povećanoj pažnji i edukaciji o rodnoj neusklađenosti, prva dva izdanja DSM-a (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nisu sadržavala domenu rodnog identiteta. Tek 1980. godine, objavljivanjem DSM-3, prvi put se javlja dijagnoza transseksualizam, a sljedeći ovaj primjer Svjetska zdravstvena organizacija 1993. godine uključuje istu dijagnozu u MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti). S izdavanjem DSM-4 i nastojanjem da se umanjuje stigmatizacija, dijagnoza transseksualizam je zamijenjena s dijagnozom poremećaj rodnog identiteta u odraslih i adolescenciji. U DSM-5 poremećaj rodnog identiteta je zamijenjen s rodnom disforijom te je ova promjena dodatno usmjerila dijagnozu sa isključivo transrodnih identiteta na psihološku problematiku povezanu s rodnim identitetom koje neke transrodne osobe doživljavaju, zbog kojih mogu tražiti psihijatrijsko, medicinsko ili kirurško liječenje (4).

Također, u sklopu ovih promjena dolazi do razdvajanja kategorija na rodna disforija kod djece i rodna disforija kod adolescenata i odraslih. Preformuliranjem samog naziva i dijagnostičkih kriterija cilj je bio doprinijeti uklanjanju prizvuka poremećaja odnosno patologije u sklopu različitih oblika doživljaja vlastitog rodnog identiteta, uz istovremeno ostavljanje prostora za mogućnost kliničke intervencije osobama koje zbog toga pate. Dakle, cilj intervencija nije promijeniti nečiji rodni identitet, već smanjiti disforiju odnosno patnju koju donosi doživljena nepodudarnost (5).

3.4. Klasifikacija

Prvotno definirano medicinsko stanje transseksualizam (DSM-3, MKB-10) zatim poremećaj rodnog identiteta (DSM-4) te rodna disforija (DSM-5), prema novoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-11) danas se naziva rodna neusklađenost (6). Ona označava nesklad između biološkog spola dodijeljenog pri rođenju i rodnog identiteta odnosno vlastitog doživljaja pripadnosti određenom rodu. Prema MKB-11 dijagnostička kategorija rodne neusklađenosti više se ne svrstava u skupinu duševnih poremećaja te se izdvaja u zasebnu kategoriju naziva „Stanja povezana sa seksualnim zdravljem“. Iz spomenutog razloga razvija se posebna edukacija iz područja seksualne medicine koja je od strane Europske udruge medicinskih specijalista (UEMS) prihvaćena kao zasebna specijalnost te se nakon položenog europskog ispita liječniku specijalistu dodjeljuje titula „Fellow of the European Committee of Sexual Medicine“ (FECSM). U Republici Hrvatskoj se još uvijek primjenjuje MKB-10 klasifikacija bolesti koja ova stanja svrstava u kategoriju F- Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja, odnosno u potkategoriju F64- Poremećaj spolnog (rodnog) identiteta u kojoj se upotrebljava naziv Transseksualizam. Promjene u klasifikacijskom sustavu, koje su značaj rodne neusklađenosti dovele od razine psihopatologije,

preko poremećaja do kategorije u sklopu seksualnog zdravlja, ukazuju na pomak prema suvremenijem i educiranom društvu koje različitosti ne smatra patologijom, koje teži unapređenju zdravlja te postizanju trajnog zadovoljstva vlastitim rodnim identitetom (7).

3.5. Terminologija

Rodna neusklađenost (MKB-11), rodna disforija (DSM-5), poremećaj spolnog identiteta s transseksualizmom (MKB-10) i transrodnost su pojmovi definirani u području roda te se često koriste kao sinonimi iako imaju određene karakteristike po kojima se razlikuju. U većine ljudi postoji podudaranje između spola, odgovarajućeg istog roda te heteroseksualne orijentacije. No isto tako postoji mogućnost da spol, rodni identitet te ponekad seksualna orijentacija nisu komplementarni iz čega proizlazi neka od dijagnoza rodne neusklađenosti koja se prema propisanim kriterijima može definirati u djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi (8).

Rodna neusklađenost (engl. *gender incongruence*) označava već spomenutu neusklađenost spola koji je osobi definiran rođenjem, sa rodnim identitetom. Rodna neusklađenost obuhvaća više kategorija nego rodna disforija no često se ovaj termin koristi kao istovjetan s transrodnošću ili rodnom disforijom (8).

Rodna disforija označava afektivnu komponentu rodne neusklađenosti te je opisana kao stres (disforija; zlovoljno raspoloženje) zbog spomenutog nesklada, odnosno kao osjećaj zarobljenosti u tijelu s pogrešnim spolom (8). Za razliku od rodne neusklađenosti, rodna disforija može varirati u vremenu, intenzitetu i može se smanjiti.

Pojam transseksualno ili transspolno opisuje osobu koja iskazuje želju za prilagodbom svojih primarnih i sekundarnih spolnih osobina različitim zdravstvenim intervencijama u smjeru

ženskosti ili muškosti, najčešće uz trajnu prilagodbu rodne uloge (8). Ponekad se ovaj termin koristi kao sinonim za transrodnost no u literaturi se termin transseksualnost rabi sve rjeđe.

Transrodnost je pojam koji opisuje pojedince koji „nadilaze“ kulturološki determiniran rodni kategorizam te se njihova rodna identifikacija može stupnjevati u odnosu na anatomske odrednice i društvena očekivanja temeljena na dotičnome spolu. Iz navedenog proizlazi definicija transrodnosti kao rodnog identiteta koji nije u skladu sa spolom dodijeljenim kod rođenja, no za razliku od transseksualnosti ovdje još nije i ne mora biti realizirana promjena spola (8). S obzirom da se mogu definirati stupnjevi neusuglašenosti, transrodni pojedinci različito žive kako bi se uskladili sa svojim rodnim identitetom pa su im sukladno tomu potrebne određene intervencije. Izražaj rodnog identiteta može biti kroz fizički izgled, prilagođavanje imena i oznake spola ili kroz želju za medicinskom intervencijom u svrhu prilagodbe primarnih i sekundarnih spolnih karakteristika (9).

Ovdje vrijedi definirati termine tranzicije i detranzicije. Tranzicijom se smatra razdoblje kada osoba mijenja svoju rodnu ulogu koja joj je stereotipno pripisana u skladu s natalnim spolom i preuzima drugu rodnu ulogu. Jedni će u tom procesu naučiti novo socijalno funkcioniranje, s drugačijom rodnom ulogom, dok će neki i pronaći rodnu ulogu u kojoj su najzadovoljniji. Tranzicija može biti samo socijalna no može biti i tjelesna pri čemu se koriste određene medicinske intervencije; hormoni ili kirurški postupci koji omogućuju feminizaciju ili maskulinizaciju tijela. Kada se osim socijalne tranzicije radi tjelesna tranzicija ona podrazumijeva hormonsku terapiju i operaciju prilagodbe spola to jest, prilagodbu primarnih i/ ili sekundarnih spolnih karakteristika u svrhu afirmacije rodnog identiteta. Operativno prilagođavanje spola ponekad je nužna komponenta psihološke terapije kojoj je cilj umanjiti disforiju (9). Terminologija koja se koristi u domeni tranzicije je sljedeća; transmuškarac je osoba kojoj je rođenjem određen spol žene no dotična osoba

je maskulinizirala svoje tijelo i/ ili rodnu ulogu i transžena, osoba koja je rođena s muškim spolom no feminizirala je svoje tijelo i/ ili rodnu ulogu (10). Karakteristike i vrijeme tranzicije razlikuju se između pojedinaca, a posebnu medicinsko - etičku problematiku stvara želja za tranzicijom kod maloljetnika, pri čemu su u proces uključeni i njihovi roditelji te se mora poštivati određena zakonska regulativa. U posljednjih desetak godina zabilježen je porast transrodnosti u populaciji adolescenata što za sobom nosi i problem sve učestalije detranzicije odnosno procesa vraćanja u stanje prije tranzicije, u spol dodijeljen pri rođenju. Ovdje se postavlja pitanje je li dobni prag od 18 godina, kada je mladima dozvoljeno krenuti s ireverzibilnim procesom tranzicije u vidu hormonske i kirurške intervencije prenizak, te iz navedenog razloga Hrvatsko psihijatrijsko društvo među ostalim predlaže izmjenu pravilnika i smjernica koje reguliraju promjenu spola u Republici Hrvatskoj i njihovu prilagodbu novonastaloj situaciji (11).

3.6. Epidemiologija rodne disforije kod mladih

Generalno, teško je procijeniti prevalenciju rodne neusklađenosti, a neki od razloga zašto je to tako jesu različito poimanje roda među kulturama, razlike u dijagnostici i metodama istraživanja. Također, s obzirom da se procjena uglavnom bazira na broju osoba koje su potražile neku vrstu pomoći, podaci o prevalenciji rodno disforičnih u populaciji djece i mladih će svakako ovisiti o senzibilizaciji skrbnika kada se radi o prepoznavanju ovakve problematike (12).

Za Hrvatsku nema točnih podataka o prevalenciji dijagnoza rodno disforičnih mladih osoba no radi uvida u trenutnu, vrlo važnu problematiku, ovdje su navedeni podaci sa Stručnog kolegija Klinike za psihijatriju i psihološku medicinu iz KBC-a (Kliničkog bolničkog centra) u Zagrebu (13); za razdoblje od početka 2015.-te do kolovoza 2022.-e godine zabilježen je porast dijagnoze F64 prema MKB-10 klasifikaciji (poremećaja spolnog identiteta) te je za spomenuti period

evidentirano 587 slučajeva u populaciji djece i adolescenata. Pri tome je u 2015.godini bilo 16 dijagnosticiranih za oba spola, u 2021.godini 148, a do kolovoza 2022. godine 105 uz daljnji eksponencijalni rast. Najveći rast zabilježen je u populaciji adolescenata i to osobito u skupini adolescentica (13). Iako za Republiku Hrvatsku nema točnih podataka o broju rodno disforičnih u skupini adolescenata i mladih, podaci iz svijeta govore u prilog općem porastu. Unazad deset godina trend porasta ove dijagnoze postoji i u Ujedinjenom Kraljevstvu, Švedskoj, Nizozemskoj, Norveškoj, Finskoj i Sjedinjenim Američkim Državama (11). Ono što je zajednički i zabrinjavajući podatak jest da su umjesto dječaka i mladih muškaraca koji su prevladavali u skupini dijagnosticirane rodne disforije, sada to poglavito djevojčice i adolescentice pri čemu je njihova rodna disforija popraćena raznim duševnim poremećajima; anksioznošću, depresijom, autoagresijom i suicidalnim promišljanjima (11).

3.7. Etiologija rodne disforije

Rodna disforija je složena problematika za čiji se koncept primjenjuje biopsihosocijalni model, prema kojem će biološki, psihološki i socijalni sustav svojim međudjelovanjem određivati ishode ovakvih stanja. Dakle, ni jedan od navedenih neće biti zaseban čimbenik ali predispozicija u vidu biološke podloge uz interakciju sa socijalnim i psihološkim čimbenicima djelovat će kao odlučujuća kombinacija.

3.7.1. Biološka teorija

Hipoteza o utjecaju biološke podloge temelji se ponajviše na neurohormonskim istraživanjima i njihovom učinku na razvoj rodne disforije u dječjoj, adolescentnoj ili kasnijoj dobi. Hormonska

teorija objašnjava utjecaj viška ili manjka muških spolnih hormona na spolnu diferencijaciju mozga prenatalno i njegovih struktura odgovornih za kasniji razvoj rodnog identiteta. U prilog ovoj teoriji idu istraživanja koja su potvrdila kako djevojčice, čije su majke tijekom trudnoće primale neke od muških spolnih hormona, sada mogu iskazivati ponašanje koje stereotipno pripisujemo dječacima. Neurorazvojne promjene opisane kod transrodnih i transspolnih osoba odnose se na veličinu intersticijskih jezgara strije terminalis koje su inače manje kod žena nego kod muškaraca, no u slučaju transžena i žena s muškim rodnim identitetom njihova veličina odgovara veličini jezgri kakve se nalaze u natalnih muškaraca. Postoji i genska predisponiranost kada se govori o razvoju roda i njegovih komponenta, prilikom čega se važnost pridaje rodno netipičnim ponašanjima, osobito kod djevojčica ali ista još nije dovoljno istražena (14).

3.7.2. Psihosocijalna teorija

Kao što je već rečeno, biološka podloga, iako vrlo bitna, nije jedini čimbenik koji utječe na razvoj rodne disforije. Kod većine osoba već u ranijoj dječjoj dobi dolazi do razumijevanja osnovnih karakteristika roda, rodnog identiteta i uloga. Kako raste, dijete promatra, sluša, uči od okoline u kojoj živi te u skladu s time zauzima različita stajališta vezana kako uz rodni identitet tako i uz rodne uloge. Stajališta s dobi postaju sve kompleksnija i stabilnija, razvija se rodna konstantnost i sve to se događa pod utjecajem psihosocijalnih, pedagoških i kulturoloških čimbenika. Ono što je također normalno jest period u dječjoj dobi kada se djeca vole igrati “onog drugog“ te pokazuju interes za igračke i aktivnosti koje stereotipno povezujemo s djecom suprotnog spola što često kod roditelja izaziva zabrinutost no to je faza koju većina preraste do puberteta (15). Valja napomenuti da postoje djeca kod kojih se poimanje istog razvija sporije, kod koje nema rodne konstantnosti, koja su pod većim „rizikom“ od razvoja rodne disforije odnosno kod kojih se već u djetinjstvu

može javiti osjećaj disforije i nepripadnosti natalnome spolu. Istraživanja pokazuju da će se kod 6 do 23 % dječaka te 12 do 27 % djevojčica kod kojih postoji rodna disforija ona zadržati u adolescenciji i kasnije (7).

3.8. Transrodnost u adolescenciji

3.8.1. Adolescentska kriza ili prava rodna neusklađenost

Za djecu kod koje se rodna konstantnost ne razvije do određene dobi ili postoji rodna disforija koja se intenzivira, postoji mogućnost razvoja odnosno progresije rodne disforije u adolescenciji uz neke dodatne predisponirajuće čimbenike, poput psihosocijalnih i okolinskih. Nema dovoljno podataka o tome koji čimbenici „održavaju“ rodnu disforiju i njen intenzitet, a koji dovode do usklađivanja roda i spola, no vrlo vjerojatno značajnu ulogu imaju odgojni postupci, odnos okoline i učinak vršnjaka. U tom pogledu upravo je najosjetljivije razdoblje adolescencije kada kod većine mladih dolazi do ponovnog preispitivanja identiteta te je problematika oko rodne disforije i rodne neusuglašenosti dosta specifična, a tome u prilog govori američko istraživanje iz 2015. godine prema kojem je 21% osoba u dobi od 11 do 15 godina, te 13% u dobi od 16 do 20 godina izrazilo osjećaj pripadnosti drugome rodu (16). Adolescencija je period u kojem se osoba suočava s brojnim fizičkim, psihičkim i socijalnim promjenama koje mogu dovesti do manjka samopouzdanja, a ono može uzrokovati povećanu labilnost, povodljivost i buntovništvo. Oduvijek je period adolescencije bio prožet „fazama“ koje traju različito dugo, različitog su tipa, mijenjaju se kao što se mijenjaju i trendovi. No ovdje dolazi do problema; danas sve dostupnija tehnologija, pristup svim vrstama društvenih mreža, doticaj s medijima i mnoštvom informacija koje se nude na dlanu i često nisu adekvatno prezentirane, izvor su tema za koje se zbunjeni adolescenti lako uhvate. Osobito ako im se direktno prezentiraju stavovi koji pozivaju na seksualnu otvorenost, na

slobodu izražavanja, koji djeluju „oslobađajuće“, a kada govorimo o tematici roda i spola one uključuju razne aktivističke udruge koje se bore za destigmatizaciju rodne raznolikosti i sličnog. Ovo nisu noviteti, štoviše, potrebno je zalagati se za destigmatizaciju u svakom društvu, a internet i društvene mreže zapravo imaju ključnu ulogu u tome. One olakšavaju situaciju transrodnim adolescentima i doprinose normalizaciji situacije općenito. U zadnjih nekoliko godina o tome se mnogo više govori, adolescentima se daje prilika da vide kako nisu sami na svijetu te da imaju nekoga tko ih razumije i može im pomoći. S druge strane, postoje naznake da sve navedeno može biti jedan od razloga zašto je „transidentitet“ sada jedan od popularnijih identiteta u adolescenciji (3). Kada sagledamo sve prethodno spomenuto i kada se usporede brojke iz odlomka o epidemiologiji rodne neusuglašenosti među adolescentima, pitanje koje se postavlja jest je li razlog porasta dijagnoza rodne disforije u adolescenciji zaista rezultat prave rodne neusuglašenosti, ili se ipak radi o društveno uvjetovanoj dijagnozi i tzv. „socijalnom kontagiju“ (socijalnoj zarazi) (12).

3.8.2. Novonastala rodna disforija u adolescenciji

Istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama 2018. godine ispitalo je čimbenike koji su mogli i koji mogu pogodovati naglom nastanku rodne disforije u populaciji adolescenata i mladih odraslih. Istraživanje je provedeno preko on-line platformi gdje su roditelji adolescenata s rodnom disforijom odgovarali na pitanja kada se i na koji način ona pojavila, u kojoj dobi i što smatraju da su bili provocirajući čimbenici. Iz istraživanja saznajemo kako se radi o naglo nastaloj rodnoj disforiji kod adolescenata koji nemaju anamnezu rodne disforije u djetinjstvu, a osobit porast uočen je među natalnim djevojkama. Dakle, za razliku od ranijih podataka koji opisuju češću pojavu rodne disforije u dječjoj dobi i njenu perzistenciju kroz adolescenciju, ovdje podaci upućuju na činjenicu da se ona prvi put javlja tek u adolescenciji i to sve češće kod natalnih

djevojaka. Također, navedeno je kako su u slučaju kasno nastale rodne disforije uz nju izraženi određeni psihijatrijski poremećaji koji često otežavaju individualnu procjenu i daljnje postupanje (16).

3.8.3. Utjecaj medija i vršnjaka

U razvojnoj psihologiji se utjecaj vršnjaka i socijalnog okruženja na razvoj pojedinca često naziva „društvenim ili vršnjačkim kontagijem“ (zarazom), kojim se određeno ponašanje i afekti šire određenom populacijom. Tako se na primjer on povezuje s poremećajima u prehrani, nasilnim i agresivnim ponašanjem, korištenjem psihoaktivnih supstanci, depresivnim ponašanjem te u konačnici sve češćom pojavom rodne disforije u populaciji adolescenata.

Prema istraživanju Littmana L. (2018.), mnogi od adolescenata s novonastalom rodnom disforijom u periodu svog otkrivanja bili su dio vršnjačkih grupa u kojima su već postojali oni s rodnom disforijom i oni koji su se otkrili otprilike u istom periodu. Kao prilog utjecaju vršnjačkog kontagija (zaraze) ide podatak o porastu popularnosti pojedinaca koji su u svojim grupama počeli izražavati transidentitet i želju za medicinskom intervencijom dok su oni izvan kategorija transrodnih i LGBTIA (lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, asexual) često bili socijalno isključeni od strane svojih vršnjačkih grupa (15).

Također, već spomenuti utjecaj društvenih mreža koje u zadnjih nekoliko godina pojačano izvješćuju o sadržaju vezanom uz transrodnost i ostale transidentitete ovdje djeluje kao dvosjekli mač. S jedne strane društvene mreže i mediji daju glas i podršku onima koji su bili nedijagnosticirani i na neki način zanemareni, a s druge strane mogu ohrabriti ranjive adolescente da „simptome“ svoje adolescencije protumače kao rodnu disforiju koja proizlazi iz stanja

transrodnosti. Pozitivan stav prema tranziciji u medijima i nekritična podrška istog može dodatno pojačati njihova vjerovanja i stavove te rezultirati visokim stupnjem disforije i potrebom za medicinskim tretmanima (15). Jasno je da vršnjaci i društvene mreže ne mogu učiniti nekoga transrodnim no postoji vjerojatnost kako je mogu potaknuti, pokrenuti i održavati putem mehanizama društvenog i vršnjačkog kontagija. Neki od njih su na primjer uvjeravanje da se simptomi adolescencije te simptomi potencijalnih psihijatrijskih problema kod pojedinaca mogu shvatiti kao rodna disforija iz koje proizlazi nužnost da se bude transrodan, uvjerenja da tranzicija može biti rješenje spomenute problematike te često uvjerenje kako oni koji nisu podrška i ne slažu se sa samoprocjenom transrodnosti ili tranzicijom su transfobični i da ih je potrebno isključiti iz vlastitog života (15).

3.9. Klinička slika rodne disforije

Kao što je već rečeno, prvi znakovi rodne neusuglašenosti mogu se pojaviti već u djetinjstvu no u većini slučajeva se do predpubertetnog perioda uspostavi rodna konstantnost. Ukoliko se nastavi kroz adolescenciju ili se intenzivira, tada postoji mogućnost da se zadrži i u odrasloj dobi. Isto tako u zadnjih nekoliko godina prisutan je trend pojave rodne disforije u adolescenata koji dotad nisu imali povijest rodno nespecifičnog ponašanja u djetinjstvu (16). Iako ovaj rad obuhvaća populaciju adolescenata, ovdje je ukratko prikaz kliničke slike i za populaciju djece i odraslih, razlika radi.

3.9.1. Djeca

Rodna disforija se kod djece manifestira rodno nespecifičnim ponašanjem, odnosno njihovo ponašanje stereotipno se povezuje s drugim- suprotnim spolom. Prema tome, djevojčice će se rodno izražavati na način koji slični dječacima; oblačit će mušku odjeću, igrat će se s „dječačkim“

igračkama, šišati kosu na kratko pa čak i odbijati mokrenje u sjedećem položaju. Kod dječaka će situacija biti obrnuta; nošenje ženske odjeće, duga kosa, korištenje ženskih imena, igračka za djevojčice. Ukoliko se rodna neusuglašenost nastavi, u periodu puberteta može doći do intenziviranja ovih osjećaja, sakrivanja sekundarnih spolnih obilježja (na primjer kompresija dojki steznicima) te pojave posljedičnih komplikacija kao i dodatnih komorbiditeta, poput osjećaja manje vrijednosti, depresije, anksioznosti, samoozljeđivanja (16).

3.9.2. Adolescenti

Rodna disforija u adolescenciji najčešće se manifestira nakon 14. do 16. godine. Rodnu disforiju adolescent pokazuje u želji da bude priznati u drugačijem rodu. Već je spomenuta mogućnost progresije rodne disforije koja je započela u djetinjstvu kroz period adolescencije što se događa u otprilike 2 do 39 % slučajeva (8). Osim rodne disforije u adolescenciji, a da se otprije javila u dječjoj dobi, moguća je i pojava rodne disforije tek u razdoblju adolescencije bez anamneze rodnog nepodudaranja u djetinjstvu. Bilo koji od navedenih može se nastaviti i u odrasloj dobi. Klinička je slika slična onoj u djece. Natalno muški adolescenti s rodnom disforijom ponašaju se u smjeru ženstvenosti; nose odjeću namijenjenu ženama, puštaju kosu ili nose periku, imitiraju „žensko“ ponašanje, koriste šminku, nose žensku obuću. No ovo ponašanje adolescenti najčešće primjenjuju u svom intimnom prostoru, kod kuće, gdje su sami i oslobođeni socijalnih pritisaka. Natalno ženske adolescentice koje su rodno disforične obično imaju kraće frizure, oblače gotovo isključivo hlače, zahtijevaju da ih se zove muškim imenom. Oni tijekom adolescencije vode dvostruke živote, a neki čekaju punoljetnost kada mogu ući u tranziciju te naposljetku promijeniti spol (8).

3.9.3. Odrasli

Odrasle osobe s rodnom neusuglašenosti pokušavaju voditi život kao osobe suprotnog spola te se tako ponašaju i odijevaju. Prati ih rodna disforija i osjećaj zarobljenosti u vlastitom tijelu. Mogu se javiti spolna disfunkcija, poremećaji raspoloženja, poremećaj ličnosti te zlouporaba psihoaktivnih supstanci. Općenito mladi odrasli i odrasli s rodnom neusuglašenosti i disforijom mogu se dijeliti s obzirom na smjer tranzicije i seksualnu orijentaciju koji su kao pojmovi definirani na početku rada. Ukratko, seksualna orijentacija može biti usmjerena prema osobama istog spola, suprotnog spola, prema oba spola, a moguća je i aseksualnost. Tranzicija može biti iz natalnog muškarca u ženu ili iz natalne žene u muškarca. Zanimljiv je podatak da transrodne osobe rođene s muškim spolom koje privlače muškarci i transrodne osobe rođene sa ženskim spolom koje privlače žene, počinju izražavati rodno disforično ponašanje već u djetinjstvu te su prije tranzicije najčešće homoseksualne orijentacije (17).

3.10. Dijagnostika rodne disforije u adolescenciji

S obzirom da je DSM-5 podijelio kategorije rodne disforije na onu koja obuhvaća djecu te na kategoriju koja obuhvaća adolescente i odrasle, postoje određeni kriteriji koji moraju biti ispunjeni ovisno o skupini kojoj pojedinac pripada. Prema Begovac i sur. 2021., kriteriji za dijagnozu rodne disforije u djetinjstvu su striktniji pa je potrebno zadovoljiti 6 od ukupnih 8 kriterija, a kriteriji za adolescente i odrasle osobe su umanjeni te su potrebna 2 kriterija od ukupno 6. Kao što je već rečeno, svrha ostajanja rodne disforije u domeni psihijatrijskih dijagnoza je iz praktične potrebe terapijskog praćenja onih koji je izražavaju (8). S obzirom da se u ovome radu problematizira oko transrodnosti odnosno rodne disforije u adolescenciji, navedeni će biti samo kriteriji za kategoriju adolescenata i odraslih. Prema American Psychiatric Association (APA) u DSM-5 navedena su dva

kriterija za dijagnozu rodne disforije u kategoriji adolescenata i odraslih; Kriterij A koji uključuje značajnu neusklađenost doživljenog roda sa spolom pripisanim pri rođenju kroz minimalno šest mjeseci. Neusuglašenost je definirana s minimalno dvjema karakteristikama; izražena neusklađenost doživljenog roda sa primarnim i/ ili sekundarnim spolnim karakteristikama (u mlađoj adolescenciji očekivanih sekundarnih spolnih osobina), zatim izražena potreba za uklanjanjem spolnih karakteristika uslijed neusuglašenosti (u mlađoj adolescenciji potreba za sprječavanjem razvoja sekundarnih spolnih karakteristika), nadalje, snažna želja da se posjeduju primarne i sekundarne spolne karakteristike željenog roda, snažna želja za življenjem u drugom rodu različitom od pripisanog, potreba osobe da joj se okolina obraća kao pripadniku drugog roda te vjerovanje da posjeduje tipizirane emocije i reaktivnost koji su inače dodijeljeni drugome rodu. Prema idućem kriteriju B, navedeno stanje povezuje se s izraženom disforijom, nezadovoljstvom, poremećenim socijalnim i osobnim funkcioniranjem. Prema MKB-u 10 rodna disforija zove se poremećaj spolnog identiteta, svrstana je u kategoriju F64 te obuhvaća dijagnoze transseksualizma (F64.0), transvestizma s dvostrukom ulogom (F64.1) i dijagnozu poremećaja spolnog identiteta u djetinjstvu (F64.2) (8).

3.10.1. Diferencijalna dijagnostika

Prilikom dijagnostike rodne disforije potrebno je razmišljati i o psihičkim te organskim poremećajima koji imaju slične kliničke prezentacije, a osobito u razdoblju adolescencije kada vrlo često postoje dodatna stanja koja mogu otežavati pravu dijagnozu rodne disforije. U diferencijalno dijagnostički spektar mogu se svrstati interseksualnost (međuspolnost, ranije hermafroditizam), transvestizam, graničan poremećaj ličnosti, disocijativan poremećaj identiteta, Aspergerov sindrom, dismorfofobija i psihoze (18).

Interseksualnost (međuspolnost) je organski poremećaj definiran kao stanje nepotpuno razvijenog biološkog spola ili postoji istovremena prisutnost muških i ženskih karakteristika spola. Ovdje se može izražavati želja za korekcijom spola, no za razliku od transrodnih osoba koje žele tranziciju u suprotni spol, ovdje korekcija ide u smjeru biološkog spola koji će odgovarati rodnom identitetu i vanjskim karakteristikama spola. Interseksualni pojedinci mogu biti rodno disforični iz čega proizlazi mogućnost komorbiditeta ovih dvaju stanja. Podloga interseksualnosti može biti hormonska i genetska te u obzir dolaze stanja poput kongenitalne adrenalne hiperplazije (KAH), sindroma neosjetljivosti na androgene, Turnerov sindrom i Klinefelterov sindrom (18).

Psihički poremećaji također ulaze u područje diferencijalne dijagnostike kod rodno disforičnih osoba, a razlikuju se ovisno o dobi. U adolescentskoj i odrasloj dobi dijagnostika rodne disforije razlikuje se od transvestizma, fetišističkog transvestizma te rjeđe, shizofrenije. Transvestizam je definiran nošenjem odjeće namijenjene suprotnom spolu s time da to ne uzrokuje seksualno uzbuđenje, dok će fetišistički transvestizam oblačenjem u odjeću suprotnog spola dovesti do seksualnog uzbuđenja. Iako oba sadrže socijalnu komponentu rodne disforije, u ni jednom od spomenutih nema izražene želje za mijenjanjem spolnih karakteristika što predstavlja osnovnu razliku između poremećaja rodno identiteta i transvestizma. U sklopu shizofrenije mogu se javiti sumanute ideje o pripadanju suprotnom spolu, te iako je to rijetkost, shizofrenija također može doći u obzir kao diferencijalna dijagnoza. U tome slučaju će se shizofrenija od rodne disforije razlikovati po drugim znakovima shizofrenije, kao što su ostale sumanute ideje, poremećaj mišljenja, govora, zaravnjen afekt i halucinacije. Ukoliko se rodna disforija javlja u komorbiditetu sa shizofrenijom, ona ostaje prisutna i dalje nakon medikamentozne kontrole shizofrenije. Osobe s disocijativnim poremećajem identiteta mogu izražavati ideje o želji za prelaskom u suprotni spol no isti poremećaj može se javiti zajedno s rodnom disforijom, a među simptomima graničnog

poremećaja ličnosti može se također javiti rodna disforija što je razlog da je navedeni poremećaj dio diferencijalne dijagnostike iste (19).

Isto tako, transrodne osobe su vrlo raznolike i raznorodne te valja istražiti motive i aspekte svačije rodne disforije kako bi se ostvario individualni pristup te odredio najbolji ishod i terapija. Tako za transrodne osobe koje se zaista identificiraju sa suprotnim spolnim stereotipima, kojima je rodni identitet suprotan spolu te izražavaju nezadovoljstvo zbog neusklađenosti roda i spola, treba istražiti sve aspekte tog doživljaja na temelju čega će se odlučiti o kliničkom pristupu; o ulasku u tranziciju, socijalnu ili tjelesnu, o prihvatanju identiteta bez ostvarivanja u tijelu i slično. Postoji i mogućnost da je transrodno ponašanje skriveni motiv za zadovoljenje nekih vlastitih potreba bez da postoji prava želja za promjenom spola i bez disforije (1). Isto tako, transrodno ponašanje u adolescenata može biti oblik adolescentske krize stoga je važno dati prednost psihoterapijskoj podršci, pažljivo pratiti i promatrati kako bi se postavila pravovremena i adekvatna dijagnoza (2).

3.11. Rodna disforija i komorbiditeti

Uz rodnu disforiju kao posljedicu rodne neusuglašenosti mogu se javiti i različiti psihički poremećaji. Oni su osobito izraženi u populaciji transrodnih adolescenata za koje je već rečeno da su zbog svoje dobi vrlo osjetljiva skupina. Navedeni komorbiditeti najčešće su posljedica rodne disforije no isto tako pojedini psihički poremećaji mogu prethoditi pojavi rodne disforije zbog čega ih je važno znati razlučiti, sagledati iz svakog aspekta i pravovremeno postaviti dijagnozu. Oni nastaju kao rezultat stigmatizacije, neprihvatanja od okoline i povećane ranjivosti u periodu adolescencije, a dodatni čimbenik je i nedostatak stručnog i educiranog osoblja kojem se ove osobe mogu obratiti, osobito u dobi adolescencije. Općenito se među transrodnim osobama u 70% slučajeva radi o depresivnom i bipolarno afektivnom poremećaju, u oko 40% javlja se poremećaj

ličnosti, a u 20% prisutna je i zlouporaba psihoaktivnih tvari (20). Javljaju se anksioznost, samoozljeđivanje, pokušaji suicida, autistični spektar poremećaja. Uzrok povezanosti između poremećaja autističnog spektra i rodne disforije još uvijek nije u potpunosti raspravljen i sugerira se da je povezan s radom mozga, hormonima ili sposobnošću mentalizacije, odnosno samostalnog zaključivanja (20). Kao što je već spomenuto, ideju o neusklađenosti roda i spola može se detektirati i u poremećajima iskrivljenog poimanja stvarnosti (psihotična epizoda, disocijativni poremećaj ličnosti, granični poremećaji te rjeđe shizofrenija), pa je iz tog razloga moguće spomenutu ideju o pripadnosti suprotnom spolu definirati kao jednim od simptoma psihoze koja se nakon postavljene dijagnoze liječi antipsihoticima, a ne socijalnom ili tjelesnom tranzicijom (16). U dječjoj dobi su komorbiditeti poput depresije i anksioznosti posebno izraženi kod dječaka, dok su kasnije u pubertetu i adolescenciji oni izraženiji među rodno disforičnim djevojkama. U pubertetu dolazi do socijalnog povlačenja posljedično strahu zbog neprihvatanja, a nerijetko je ono praćeno samoozljeđivanjem i pokušajima suicida, a također su rodno neusuglašeni adolescenti često žrtve vršnjačkog nasilja. Među mladim odraslima i odraslim osobama se uz rodnu disforiju mogu javiti odbojnost prema svom spolovilu, spolna disfunkcija i seksualna averzija (18). Prema rezultatima istraživanja psihijatrijskih komorbiditeta u populaciji rodno disforičnih adolescenata, među 32,4 % njih postoji bar jedan prateći komorbiditet (21). Prema dostupnim podacima, razmišljanje o suicidu te pokušaj istog je dva puta češći među transrodnim osobama u odnosu na cisrodne (čiji je rodni identitet usuglašen sa s natalnim spolom), a osobito u populaciji transrodnih adolescenata. Upravo je zbog navedenog rodnu disforiju važno na vrijeme prepoznati te joj adekvatno i individualno pristupiti, kako bi se smanjio postotak onih koji otprije imaju neki komorbiditet ili ga tek razvijaju, a koji se može pogoršati pa čak i dovesti do suicida (22).

3.12. Klinički pristup rodnoj disforiji

3.12.1. Smjernice

Hrvatska je 2015. godine donijela Smjernice o postupanju u slučajevima rodne neusklađenosti na temelju mišljenja, znanja i iskustva stručnjaka koji se bave problematikom rodne neusuglašenosti (23). To su stručnjaci koji se bave kliničkom psihologijom, psihijatrijom, endokrinologijom, ginekologijom i kirurgijom koji su predložili ovaj skup Smjernica na temelju poznavanja karakteristika stanja rodne neusuglašenosti, njenog biopsihosocijalnog modela razvoja, s ciljem adekvatne dijagnostike i tretmana, smanjenja stigmatizacije i unaprjeđenja općeg zdravstvenog stanja. U sklopu ovih Smjernica nalaze se upute za pružanje zdravstvene, psihološke i socijalne skrbi za transpolne, transrodne i rodno ne-normativne osobe svih dobnih grupa. Jasna je potreba multidisciplinarnog pristupa ovome stanju te ove smjernice nisu obavezujuće, već služe kao pomoć stručnjacima u pružanju adekvatne skrbi.

Kada se liječniku javi osoba zbog rodne disforije tada je se najčešće upućuje nekome s imenovane Liste stručnjaka te će se kroz određeni vremenski period, koji može trajati godinu dana (i duže ukoliko se radi o maloljetnicima), obavljati temeljita procjena i određivanje stupnja rodne disforije. Dakle, individualno se kroz razgovor sa svakom osobom koja izražava rodnu disforiju, odnosno s maloljetnikom i njegovim roditeljima, postavlja dijagnoza rodne disforije, određuje se njen stupanj, razgovara se o mogućim rješenjima za ublažavanje disforije i određuju se budući ciljevi.

Terapijski pristup rodno disforičnim osobama je raznolik i individualan. Nekima će dovoljni biti psihoterapija za ublažavanje disforije, neki će ostati na socijalnoj tranziciji s prilagodbom rodne uloge i izražavanja, dok će drugi zahtijevati i tjelesnu tranziciju. U skladu s navedenim važno je procijeniti čimbenike koji će imati pozitivne odnosno negativne učinke na pojedinca u smislu posljedica određenih tretmana. Uloga psihologa i psihijataru s Liste stručnjaka jest klinička

procjena rodne disforije. Na temelju anamnestičkih podataka potrebno je procijeniti rodni identitet i stupanj disforije; ispitati utjecaj stigme na pojedinca i podršku koju ima od obitelji i okoline; procijeniti postoje li komorbiditetna stanja koja mogu otežati proces dijagnostike i budućeg tretmana; potrebno je utvrditi kognitivne sposobnosti, tip ličnosti te protektivne i rizične čimbenike koje mogu interferirati u procesu ublažavanja disforije. Jedan od njihovih ciljeva jest utvrditi je li rodna disforija dijagnoza sama za sebe ili je dio nekih drugih stanja ili poremećaja kojima će se pristupiti na drugačiji način (23).

Kod djece i adolescenata u cijeli proces je potrebno uključiti roditelje te među ostalim procijeniti i obiteljsko funkcioniranje, informirati obitelj o različitim metodama pristupa što je naposljetku i potrebno kako bi se dobio informirani pristanak. Nakon cjelokupne obrade moguće je odlučiti o terapijskim opcijama koje su brojne te individualno variraju između pojedinaca. Terapijske opcije mogu uključivati promjenu imena i podataka o spolu na dokumentima, socijalnu prilagodbu u smislu rodnog izražaja i uloge, psihoterapiju, hormonsku terapiju u svrhu feminizacije ili maskulinizacije tijela i kiruršku intervenciju s ciljem prilagođavanja spolnih karakteristika (23).

3.12.2. Psihološki tretman

Početni korak u pristupu osobama s rodnom disforijom uključuje psihičku procjenu i psihološki tretman koji može trajati različito dugo. On obuhvaća psihoterapiju kojom se provode savjetovanje, podrška, pomaže se osobi da se suoči s negativnim utjecajem stigmatizacije i uključuje ju se u grupne terapije, psihoedukacija kojoj je cilj educirati rodno disforičnog pojedinca, njegovu obitelj i okolinu. Ponekad je nužna i farmakoterapija ukoliko su prisutni komorbiditeti poput depresivnog ili anksioznog poremećaja. Od iznimne je važnosti uočiti i prepoznati suicidalnost, koja je osobito izražena u populaciji transrodnih adolescenata. Za svakog pacijenta je trajanje psihološkog tretmana individualno te najčešće traje oko godinu dana dok je za djecu i

adolescente to i dulje. Tretmani usmjereni na promjenu rodnog identiteta nisu se pokazali učinkovitima i danas se naširoko smatraju neetičkim (20). U procesu psihološkog praćenja neki će pojedinci s rodnom neusklađenosti odlučiti da žele promjenu spola, dok će drugi od ove ideje odustati (16).

Kao što je već spomenuto, praćenje djece i adolescenata ima neke specifičnosti. Prvenstveno se razlikuje po tome što zahtijeva prisutnost roditelja koji će kao i ostatak obitelji, prijatelja ili vršnjaka biti podrška svom rodno disforičnom djetetu/ adolescentu i educirat će ih se kako ublažiti probleme i stres te ostale psihosocijalne poteškoće koje ono proživljava. Isto tako, vlastitim sudjelovanjem u psihološkom tretmanu imat će podršku u suočavanju s eventualnom tjeskobom ili nesigurnostima koje prolaze kao roditelji rodno disforičnog djeteta ili adolescenta, dobit će informacije o potencijalnim odlukama i upute kako se postaviti ovisno o dobi i stupnju disforije kod svog djeteta (23). Podrška je usmjerena na psihoedukaciju, objašnjavanje roditeljima da je istraživanje rodnog izražavanja dio razvojnog procesa i da, kod većine djece, ne rezultira trajnom rodnom disforijom u adolescenciji. U djece s rodnom disforijom važan cilj je postići ravnotežu između budnog čekanja i poduzimanja koraka prema intervencijama koje afirmiraju spol. Tijekom djetinjstva se velika pažnja pridaje smanjenju distresa kao posljedice nepodudarnosti te pripremi/podršci djeteta i roditelja u istraživanju i razvoju prema mogućim koracima kada započne njihov pubertetski razvoj. Kod adolescenata su uz spomenuto moguće medicinske intervencije, a psihološko savjetovanje ima za cilj usmjeriti i podržati adolescenta i roditelje u tom procesu. Nakon početne dijagnostičke faze, kao što je prethodno opisano, raspravlja se o mogućnostima medicinskog liječenja, te se one usklađuju s očekivanjima i adolescenta i roditelja. Transrodna mentalna i medicinska zdravstvena skrb dugotrajan je proces tijekom kojeg se adolescent s rodnom disforijom i njegovi roditelji savjetuju u donošenju odluka o svojim društvenim, medicinskim i

pravnim tranzicijama. U određenoj literaturi se medicinske intervencije kod transrodnih mladih osoba dijele ovisno o pubertetskom razvoju na prepubertetne (mlađi od 8 godina), pubertetne (8-14 godina) i postpubertetne (nakon 14 godina) intervencije (20).

3.12.3. Socijalna tranzicija

Socijalna tranzicija je najčešće prva metoda koja se koristi u pristupu rodno disforičnim osobama, osobito ako se radi o adolescentima koje prema zakonskoj regulativi prije određene dobi ne mogu koristiti druge medicinske metode smanjivanja disforije, o kojima će biti govora u daljnjem tekstu. Socijalnu tranziciju osoba postiže tako što se javnosti predstavlja u skladu sa željenim rodnim identitetom; nosi odjeću karakterističnu za suprotni spol, može promijeniti ime, radno ili akademsko funkcioniranje, može tražiti da joj se obraća u licu suprotnog spola i ponaša se na način kojeg stereotipno pripisujemo suprotnom spolu (22).

Također, mogu se primijeniti neke nemedicinske mogućnosti koje će dodatno pospješiti poprimanje izgleda u skladu sa željenim rodnim identitetom. Kod muških osoba koje se identificiraju sa ženskim rodnom to mogu biti uklanjanje dlaka, podstavljanje grudi, bokova ili stražnjice, a kod ženskih osoba koje se identificiraju kao muškarac to su kompresija grudi i nošenje protetičkog penisa (23). Cilj socijalne tranzicije koja je ujedno i prva metoda medicinske intervencije kod transrodnih osoba jest poticati život u željenom rodu odnosno omogućiti „iskustvo stvarnog života“, kako bi pojedinac usporedio svoje želje ili fantazije sa stvarnim iskustvom bivanja u suprotnom spolu. Cijeli proces praćen je psihoeducacijom i psihološkim tretmanom te su važni sudjelovanje i podrška roditelja, škole i ostalih iz okoline transrodnog adolescenta (8).

3.12.4. Fizičke intervencije

Sedma verzija Standarda skrbi za zdravlje transpolnih, transrodnih i rodno nenormativnih osoba prema World Professional Association for Transgender Health (WPATH), dijeli fizičke intervencije na potpuno reverzibilne, djelomično reverzibilne te ireverzibilne. Razlog ovakvog pristupa jest taj da kod nekih adolescenata/ adolescentica može doći do pomaka prema rodnoj normativnosti i odustajanja od intervencije te se iz istog razloga proces provodi duže vrijeme kroz više stadija u svrhu prihvaćanja i prilagođavanja učinku primijenjenih intervencija. Nadalje, za svaki oblik intervencije postoje određeni kriteriji koji moraju biti ispunjeni te su navedeni i rizici svake intervencije zbog čega postoji potreba za informiranim pristankom (22).

U potpuno reverzibilne intervencije ubraja se primjena analoga GnRH (gonadotropin releasing hormone) koji djeluju kao blokatori puberteta, odnosno, odgađaju fizičke promjene vezane uz pubertet suzbijanjem proizvodnje estrogena ili testosterona. Minimalni uvjeti koje pojedinac mora ostvariti da bi se započelo hormonsko odgađanje puberteta su navedeni u Standardima (22), a odnose se na ispunjavanje kriterija za rodnu disforiju, uključuju psihološku i socijalnu podršku od okoline, razumijevanje rizika, nuspojava i dobrobiti hormonalnog tretmana uz informirani pristanak adolescenta odnosno roditelja/skrbnika te isključuju postojanje komorbiditetnih poremećaja koji mogu interferirati s hormonskom intervencijom. Početak primjene preporučuje se pojavom prvih naznaka puberteta, obično oko stadija 2 po Tannerovoj skali (23). Ovaj pristup smatra se produljenom dijagnostičkom fazom, adolescentima daje vremena za istraživanje svoje rodne neusuglašenosti i za psihoterapiju. Djelomično reverzibilna intervencija je drugi korak hormonske terapije kojom se tijelo feminizira ili maskulinizira primjenom estrogena odnosno testosterona. Primjenom hormonskih lijekova koji su suprotni biološkom spolu potiče se razvoj sekundarnih karakteristika koje odgovaraju suprotnom spolu kako bi se postigao sklad s

osobinama željenog roda. Obično se počinju primjenjivati od 16. godine. Ove medicinske intervencije nose sa sobom značajnije nuspojave te iziskuju informirani pristanak roditelja adolescenata, što je ponekad teže dobiti (8). Tijekom uzimanja hormona potrebno je pratiti pojavu nuspojava te su iz tog razloga preporučene redovite endokrinološke kontrole. Obično se nuspojave pojave kod onih koji samoinicijativno povećavaju doze lijeka s ciljem da što prije dođu do željenog izgleda. Najčešće nuspojave estradiola i progesterona su tromboembolija, hiperprolaktinemija, depresija te karcinomi dojke i jajnika. U obrnutoj situaciji, kao nuspojava uzimanja muških spolnih hormona moguće su pretilost, kolestaza, adenom jetre i hepatocelularni karcinom (16). Kod mnogih će uzimanje hormona ukloniti velik dio disforije pa će samim time ono biti dovoljno bez zahtjeva za daljnjom kirurškom tranzicijom (24).

Ireverzibilna intervencija uključuje kiruršku tranziciju u smjeru željenog roda i može se primjenjivati nakon navršene 18.godine. Uključeni su zahvati na dojkama, reproduktivnim organima i kozmetičke intervencije. Jedan od kriterija za kiruršku tranziciju je barem 12 mjeseci kontinuiranog življenja u rodnoj ulozi suprotnog spola kako bi se pokazao određen stupanj spremnosti za tranziciju budući da se njome ireverzibilno oštećuje reproduktivna funkcija (22). Kod natalnih muškaraca plastična operacija vagine je relativno uspješna no kod natalnih žena plastična operacija penisa je manje uspješna zbog, na primjer, kasnije erektilne disfunkcije, što treba biti objašnjeno kandidatima za operaciju. U Hrvatskoj nije moguće napraviti kirurške zahvate na genitalijama no važan je podatak da oko trećine osoba s transseksualizmom odustane od „konačne“ kirurške operacije (25).

3.13. Zakonska regulativa promjene spola

Promjena spola obilježena je određenom zakonskom regulativnom koja u Republici Hrvatskoj nije u potpunosti definirana kada se radi o transrodnim i transspolnim osobama. Među ostalim, ovi zakoni odnose se na promjenu imena i oznake spola u osobnoj dokumentaciji te su odvojeni zbog čega promjena jednog neće podrazumijevati promjenu drugog.

Postupak promjene imena u RH (Republika Hrvatska) je reguliran Zakonom o osobnom imenu, a provodi se predavanjem zahtjeva matičnom uredu. U Zakonu stoji kako nadležna tijela mogu odbiti zahtjev ukoliko se protiv osobe koja predaje zahtjev provodi kazneni postupak, ukoliko predloženo ime ne predstavlja osobno ime te ako se predloženim imenom povrijeđena prava drugih ljudi, pravni poredak ili javni moral. Također, maloljetnom djetetu osobno ime može se promijeniti na zahtjev oba roditelja ili posvojitelja (26).

Postupak promjene oznake spola definiran je člankom 42. Zakona o državnim maticama (27) i Pravilnikom o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu (28). Osoba koja podnosi zahtjev prilaže Mišljenje Nacionalnog zdravstvenog vijeća o promjeni spola ili o životu u drugom rodnom identitetu i propisanu medicinsku dokumentaciju koja u slučaju da je podnositelj djetete, roditelji ili skrbnik djeteta uključuje: mišljenja i nalaze specijalista dječje i adolescentne psihijatrije, pedijatrijske endokrinologije, pedijatrije, te specijalista kliničke psihologije (28).

3.14. Detranzicija

Unazad desetak godina došlo je do pomaka u demografiji osoba s rodnom disforijom. Broj adolescenata koji se upućuju u specijalizirane klinike i programe zbog rodne disforije je u sve većem porastu u Hrvatskoj, Europi i svijetu. No, s porastom transrodnih i transseksualnih

adolescenata počeo se povećavati i broj mladih koji žele detranziciju, odnosno povratak u svoj natalni spol nakon što su završili tranziciju ili su u tijeku njene provedbe. Kao što proces koji prethodi tranziciji te sama tranzicija zahtijevaju multidisciplinarni pristup i trajno praćenje, tako bi i detranzicija trebala ispunjavati određene kriterije i protokole koji za većinu zemalja nisu kreirani (29). Poznat je podatak kako rodna disforija koja se pojavi u djetinjstvu uglavnom nestaje do adolescencije. Rodna disforija koja se po prvi puta javlja u periodu adolescencije u zadnje je vrijeme uzela maha, a upravo zato što se paralelno zbivaju nagli porast slučajeva rodne disforije kod adolescenata i rast afirmirajućeg utjecaja medija te aktivističkog djelovanja prema transrodnosti, zabrinjavajuća je mogućnost da se radi o već spomenutom fenomenu socijalnog kontagija, a ne o pravoj rodnoj disforiji. Uzimajući u obzir ove podatke kao i saznanje da sve više adolescenata traži ulazak u tranziciju, nije iznenađujući podatak o rastućem broju mladih detranzijenata koji žale zbog učinjene tranzicije (11).

U Hrvatskoj se u kliničkom pristupu transrodnim osobama koristi već spomenuta sedma verzija Standarda skrbi za zaštitu zdravlja i transrodnih osoba izrađena prema WPATH udruženju koja otprilike navodi dobne granice za početak tranzicije, pri čemu preporučuje blokadu puberteta u Tannerovoj drugoj fazi razvoja, početak hormonske terapije oko 16.godine, a kiruršku terapiju od 18.godine, a ponekad i ranije (10). Prema novoj, osmoj verziji Standarda više ne postoji dobni kriterij za hormonske intervencije (testosteronom i estrogenima) u postupku tranzicije kod mladih, a isto tako su kriteriji koji moraju biti ispunjeni prije kirurške terapije ublaženi (30). Opasnost cjelokupne situacije leži u činjenici da osim što adolescenti iz raznih izvora sve više mogu čuti o rodnoj afirmativnosti i transaktivističkim pokretima, uz to postoji nedostatak objektivnijih i pouzdanijih kriterija u vezi pristupa tranziciji i medicinskim intervencijama kod mladih. Rezultat

spomenutog je porast broja mladih tranzijenata, a onda detranzijenata, odnosno osoba koje nakon tranzicije žele povratak u prvobitni spol i rod (11).

Razlozi za detranziciju su raznoliki te mogu biti potaknuti intrinzičnim i ekstrinzičnim faktorima. Razlozi nisu nužno uvijek žaljenje pojedinca za učinjenim, odnosno osoba možda želi ostati u tranziciji no životne okolnosti joj to otežavaju ili onemogućuju. Isto tako razlozi za detranziciju razlikuju se ovisno o dobnim skupinama, pa je među odraslima to najčešće zbog pritiska partnera i otežane prilagodbe bližnjih na njihovu tranziciju, a kod adolescenata zbog pritiska roditelja, vršnjaka i društvene stigme. Općenito su u svim dobnim skupinama najčešći ekstrinzični razlozi poput nedostatka podrške od okoline (roditelja, partnera, vršnjaka), financijski razlozi (nemogućnost plaćanja terapije), pravni i medicinski razlozi (nuspojave lijekova), društvena stigmatizacija, vršnjačko nasilje, otežano zapošljavanje. Među intrinzičnim razlozima navode se psihološki čimbenici i komorbiditeti, želja za potomstvom, nespremnost i nesigurnost u rodni identitet i fluktuacije identiteta (31). Svaki oblik žaljenja i želje za detranzicijom nakon kirurškog postupka predstavlja velik problem kako za pacijenta tako i za stručnjake u području transrodne medicine stoga su ispravna dijagnoza i praćenje pacijenta prije tranzicije od presudne važnosti za izbjegavanje ovakvih pogrešaka. Svaki stručnjak u ovome području mora biti svjestan da neće svi transrodni pacijenti, a osobito adolescenti i mladi, trebati sve od navedenih terapijskih pristupa i štoviše, mnogima će dovoljni biti socijalna tranzicija i psihoterapija (32).

3.15. Bioetički aspekti tranzicije

Posljednjih godina kontinuirano se raspravlja o bioetičkim aspektima liječenja osoba s rodnom disforijom, pri čemu kirurgija afirmacije ostaje jedan od važnijih izazova u području transrodne medicine. Cjelokupni proces tranzicije osim hormonskog liječenja s potencijalnom operacijom

obilježen je društvenom stigmom i diskriminacijom što je dodatan otegotni čimbenik za pacijenta. Najčešća bioetička pitanja u vezi s tranzicijom odnose se na adekvatnost terapijskog pristupa adolescentima, na mogućnost fertiliteta, roditeljstva te žaljenja nakon kirurške tranzicije. Često se postavlja pitanje tko može odlučiti, sa stopostotnom sigurnošću koji tretman je najbolji za kojeg rodno disforičnog pacijenta, koji iako ima sposobnost samostalnog odlučivanja, s obzirom na osjetljivost ovog područja, može imati nerealna očekivanja. Stručnjaci moraju biti jasni u pogledu specifičnih mogućnosti, rizika i dobrobiti medicinskog tretmana osobito kada se radi o ireverzibilnim postupcima kao što su kirurški (32).

Kod maloljetnih osoba u obzir dolaze hormonska blokada puberteta u svrhu sprečavanja i odgađanja sekundarnih spolnih obilježja te hormonsko liječenje. S obzirom da je adolescencija, kao što je već rečeno, vrlo osjetljiv period, postoje uvjeti koji moraju biti zadovoljeni da bi se krenulo u hormonsku blokadu ili nadomjesno liječenje, no to i dalje ne rješava bioetička pitanja u području pristupa rodno disforičnim adolescentima. Kao pozitivna strana hormonske blokade puberteta navodi se vrijeme dano pacijentima da procijene svoju situaciju i dodatno istraže svoj rodni identitet. Iako se radi o reverzibilnoj metodi još uvijek su dostupni podaci ograničeni, a jedan od glavnih razloga protiv primjene blokatora puberteta jest taj što prolazak kroz fazu puberteta može pomoći pojedincu da se uskladi sa svojim prirođenim spolom, što indicira da njegova rodna disforija ne bi potrajala dalje u adolescenciju (33).

S druge strane, hormonska terapija je djelomično ireverzibilna terapija te su kriteriji za njenu primjenu nešto drugačiji. Prema sedmoj verziji Standarda skrbi za zaštitu zdravlja i transrodnih osoba dobni prag je 16 godina i tim smjernicama vodi se i Hrvatska, no prema novoj, osmoj verziji dobna granica za ovaj terapijski pristup više ne postoji (30). Ovdje znanstvenici ponovo nailaze na

pitanja kada se radi o mladim osobama, a odnose se na potrebu trajanja terapije, štetnosti dugotrajne primjene i dobne granice za početak primjene iste.

Posljednji stadij tranzicije je ireverzibilna kirurška tranzicija koja je u većini zemalja dopuštena od navršene 18.godine. No, sve veća upotreba blokatora puberteta i pomicanje granica za početak hormonske terapije dovode do daljnjih dilema, s obzirom da je s ovakvim razvojem događaja pitanje vremena kada će se javiti problem afirmirajuće kirurgije kod maloljetnih osoba. U tom slučaju, zabrinjavajući je rizik od žaljenja i pojave želje za detranzicijom, jer kao što je već spomenuto, rodna disforija ne perzistira kroz cijelu adolescenciju kod većine djece, a isto tako može biti faza ili oblik adolescentske krize.

I dalje ostaje dilema je li se bolje nositi s posljedicama rodne disforije ili djelomične/ potpune tranzicije te jesu li adolescenti dovoljno zreli za donošenje ovakvih odluka. Zbog spomenutih razloga potrebna su dodatna istraživanja i novi podaci koji bi mogli riješiti ove ključne dileme (33).

4. RASPRAVA

S obzirom na porast rodne disforije u populaciji adolescenata dolazi i do porasta broja osoba koje traže stručnu pomoć. Epidemiološki podaci variraju između zemalja i njihova relevantnost ovisi o broju ispitanika, metodama istraživanja i dobnim skupinama koje su uključena u njih. No, na temelju dostupnih podataka jasno je da postoji opći porast dijagnoze rodne neusklađenosti u populaciji djece i adolescenata u Hrvatskoj i šire, uz značajku specifičnog porasta među ženskim adolescenticama (12, 13). Taj općeniti rast među adolescentima može se djelomično objasniti kao rezultat utjecaja medija i društvenih mreža osobito na djevojčice i mlade djevojke, dostupnosti informacija i smanjenja stigme oko transidentiteta no ne objašnjava direktno zašto se dogodio pomak s muških adolescenata koji se javljaju zbog rodne disforije prema ženskim adolescenticama, te zašto se isto nije dogodilo u populaciji odraslih osoba s rodnom neusuglašenosti (13). Dakle, ono što je zabrinjavajući trend, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj, jest porast broja adolescentica koje se javljaju stručnjacima zbog novo nastale rodne neusuglašenosti, bez podataka da je ista bila u djetinjstvu. Do prije nekoliko godina situacija je bila drugačija; na svaku djevojčicu koja želi biti dječak dolazila su tri dječaka koji žele biti djevojčice, a isto tako oni koji su iskazivali neusuglašenost u djetinjstvu većinom nisu ostali transrodni u odrasloj dobi (dok su sve odrasle transrodne osobe bilo transrodne i u djetinjstvu)(3). U razvoju rodnog identiteta, te u konačnici potencijalne rodne disforije, sudjeluju biološki, psihološki i socijalni čimbenici. U zadnje vrijeme posebice se raspravlja o već spomenutim sociološkim faktorima i utjecaju tzv. „vršnjačkog i društvenog kontagija” (zaraze) koji adolescente često sugestibilno usmjerava prema rodnoj disforiji kao izvoru „simptoma” adolescencije (15). Točnog objašnjenja zašto je došlo do ovakvog demografskog pomaka još uvijek nema iako se iz javnosti često mogu

čuti hipoteze da je ovaj trend posljedica ranijih psihijatrijskih poremećaja kod djevojčica, poput depresije ili anksioznosti (3). Klinička psihologinja, prof. dr. sc. Jokić Begić, napominje kako se rodna neusuglašenost može prezentirati kao adolescentska kriza, kao osobina graničnog poremećaja ličnosti ili kao neki drugi poremećaj ali ove hipoteze negira te navodi da depresija i anksioznost ne mogu biti uzrok, ali se mogu razviti kao posljedica neprihvatanja od okoline kod transrodnih adolescenata (3).

Na osmom Psihijatrijskom kongresu Hrvatsko Psihijatrijsko Društvo je 2022. godine predložilo „Rezoluciju 21+“, kojom potiče nadležne institucije na sustavno istraživanje potencijalnih uzroka porasta slučajeva rodne disforije među mladima, na izmjenu i prilagodbu pravilnika koje se odnose na promjenu spola i život u drugom rodnom identitetu, na izmjenu kliničkog pristupa gdje se naglašava važnost trajne psihoterapije i pažljivog promatranja, te da se po uzoru na brojne zemlje svijeta ubuduće prekine primjena hormonske intervencije i kirurških zahvata u svrhu promjene spola kod mladih do napunjene 21.godine života, osim u slučajevima rodne disforije koja traje od ranije životne dobi i praćena je najmanje tri godine od strane stručnjaka za transrodno zdravlje (34).

Kao što je problematika transrodnosti u adolescenciji i klinički pristup prema istom u zadnje vrijeme uzela maha u Hrvatskoj, slično se događa u ostatku Europe i svijeta. Društvo u cjelini se mijenja vrlo brzo, a zakoni i regulative ne stignu se mijenjati istom brzinom. Prava i zakoni za transrodne pojedince u mnogim zemljama su ili novitet, ili nisu ni definirani, osobito ako se radi o djeci i adolescentima. Primjera radi, usporedit ćemo nekoliko zemalja i način na koji se u njima regulira pristup tranziciji. S obzirom da su Smjernice WPATH-a (22) neobavezne, a i dalje nema dovoljno istraživanja i saznanja koja dugoročno ukazuju na sigurnost pristupa vođenog Smjernicama, liječnici riječkog KBC-a koji rade s rodno disforičnim i transrodnim adolescentima

ne koriste hormonsku terapiju i postupke tranzicije dok se u potpunosti ne završi razvoj pojedinca. U skladu s time, vode se prijedlogom Rezolucije 21+ koja je opisana u prethodnom odjeljku (34). O zakonskoj regulativi promjene imena i oznake spola na osobnoj dokumentaciji u RH već je raspravljeno. Za razliku od RH, u Njemačkoj je vlada ove godine predložila promjenu zakona za transrodne osobe kojom želi dopustiti promjenu imena i oznake spola na dokumentima mlađima od 14 samo uz pristanak roditelja, a starijima od 14 samostalno bez potvrde skrbnika i liječnika (35). U Španjolskoj adolescenti imaju mogućnost provesti isto nakon napunjene 16.godine (36). Što se tiče dobnih granica za medicinske intervencije, većina zemalja vodi se sedmom verzijom Smjernica WPATH-a, dakle primjena blokatora puberteta oko druge Tannerove faze, hormonske terapije od 16. ili od 18.godine, a kirurška tranzicija nakon 18.godine (22). Novom, osmom verzijom Smjernica WPATH-a iz 2022. godine dobní prag za medicinske intervencije je snižen te se hormonski tretman može započeti s 14 godina, a kirurški s 15 odnosno 17 godina, ovisno o indikacijama. Pojedine savezne države SAD-a su nakon izlaska osme verzije Smjernica zabranile sve oblike hormonske i kirurške tranzicije prije napunjene 18. godine. Novim Smjernicama je ponovo stvorena pomutnja, otvorene su nove dileme te za sada mnoge zemlje svijeta još uvijek nemaju kreirane službene zakone o minimalnoj dobi u kojoj adolescent može pristupiti procesu hormonske i kirurške tranzicije (37).

5. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je predstaviti problematiku naglog porasta dijagnoze rodne disforije u populaciji adolescenata, čimbenike i okolnosti tog porasta, objasniti potencijalne uzroke te razraditi problematiku kliničkog pristupa.

Posljednjih desetak godina se u Hrvatskoj ali i drugim zemljama Europe i svijeta bilježi rapidni porast dijagnoze rodne neusklađenosti odnosno rodne disforije u djece i adolescenata.. Zabrinjavajući je podatak koji ukazuje na promjenu u statistici i demografiji rodne neusklađenosti koja, osim što bilježi porast među mladima, osobit porast bilježi u ženskoj populaciji adolescenata.

Uz navedeno je važno istaknuti kako je novozabilježeni porast rodne neusklađenosti u pravilu praćen visokim rizikom razvoja raznih psihijatrijskih i neurorazvojnih poremećaja stoga je važna individualna procjena i klinički pristup kojim će se odrediti budući ciljevi.

Zbog naglog porasta rodne disforije u populaciji mladih uz paralelni pojačani utjecaja medija, vršnjačke zajednice, aktivističkog djelovanja i afirmativnog stava prema transrodnosti, postavlja se pitanje mogućnosti da je ovaj porast posljedica socijalnog kontagija, a ne prava rodna disforija.

Još jednu od dilema čine nedovoljno istraženi i poduprijeti dijagnostički kriteriji kojima se mogu pouzdano identificirati djeca i mladi koji će perzistirati u svojoj transrodnoj identifikaciji, a zbog čega raste i broj detranzijenata među mladima koji žale zbog učinjene tranzicije.

Uz činjenicu da ne postoje dovoljno jasni dijagnostički kriteriji kao i to da većina djece i adolescenata usklade svoj rodni identitet do perioda izlaska iz puberteta, potrebno je raspraviti potrebu za hormonskom i kirurškom intervencijom kod mladih koje se danas primjenjuju već od

16. odnosno 18. godine, a još uvijek su njihova dugotrajna upotreba i štetne posljedice nedovoljno istražene.

6. SAŽETAK

Transrodnost je pojava kod koje rodni identitet osobe nije usuglašen s biološkim spolom odnosno spolno uvjetovanom rodnom ulogom. Spol je anatomski odrednik, a rod ima socijalnu i psihološku kategoriju te se odnosi na osjećaj pripadnosti određenom spolu. Kada biološki spol osobe nije u skladu s onim kako se ona osjeća, tada se radi o transrodnosti, a ukoliko osjećaj nepripadanja vlastitom tijelu dovede do stresa i nezadovoljstva tada se radi i o rodnoj disforiji. Rodna disforija može se javiti u djetinjstvu, adolescenciji i odrasloj dobi pa je sukladno tome definiran klinički pristup. Najčešće se rodna disforija iz djetinjstva ne nastavlja u adolescenciju, a ukoliko se nastavi ili intenzivira u adolescenciji tada je moguć njen nastavak i u odrasloj dobi. Nov je i zabrinjavajući podatak taj da se zadnjih nekoliko godina rodna disforija i transrodnost javljaju među adolescentima koji nemaju raniju anamnezu iste, a osobito među ženskom populacijom. Zadatak stručnjaka je da dodatno istraže potencijalne uzroke, najadekvatniji pristup i metode liječenja disforije i transrodnosti u populaciji ovih adolescenata, a kratak pregled je naveden u ovom radu. S obzirom da raste broj slučajeva transrodnosti u populaciji adolescenata, uz što se paralelno može pratiti pojačani društveni aktivizam spram transidentiteta, naveden je i pregled dodatnih čimbenika koji bi mogli upućivati na transrodnost kao oblik svojevrsne krize u adolescenciji.

Ključne riječi; transrodnost, rodna disforija, adolescencija

7. SUMMARY

Transgenderism is a phenomenon in which one's gender identity does not correspond their biological sex, that is, their gender role. Sex is an anatomical determinant and gender has a social and psychological category and refers to the feeling of belonging to a certain gender. When someone's biological sex is not in accordance with how they feel it is called transgenderism, and if that feeling is the cause of stress and dissatisfaction it is accompanied with gender dysphoria. Gender dysphoria can occur in childhood, adolescence and adulthood, that is why clinical approach is adapted to all of the age groups. Mostly the gender dysphoria from childhood does not continue in adolescence, but if it continues or intensifies in adolescence, then there is a risk of continuation in adulthood. New and worrying data is that within the few last years gender dysphoria and transgenderism have been occurring among adolescents who have no history of gender dysphoria, especially among the female population. Medical experts need to additionally investigate potential causes, the most adequate approach and methods of treatment of dysphoria and transgenderism in population of these adolescents. A brief overview of mentioned is discussed in this paper. With the fact that the number of cases of transgenderism in adolescent population is increasing, and in parallel, increased social transactivism can be observed, an overview of additional factors that could point to transgenderism as a form of adolescent crisis is also listed in this paper.

Key words; transgenderism, gender dysphoria, adolescence

8. LITERATURA

1. Arbanas G. SPOLOVI, RODNI IDENTITETI I SEKSUALNE ORIJENTACIJE I GRUPNA ANALIZA. Psihoterapija [Internet]. 2021 [pristupljeno 27.05.2023.]; 35(1-2):3-28. <https://doi.org/10.24869/psihei.3>
2. Turk V. Razvoj pojma o sebi i rodnog identiteta [Završni rad]. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; 2019 [pristupljeno 25.05.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:738037>
3. Turčin K. Događa li se uistinu eksplozija transrodne djece u Hrvatskoj!? ‘To je obično prenemaganje, hit na TikToku’. Jutarnji list [Internet]. 2023 [citirano 27. svibanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/dogada-li-se-uistinu-eksplozija-transrodne-djece-u-hrvatskoj-to-je-obicno-prenemaganje-hit-na-tiktoku-15314658>
4. American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist [Internet]. 2015 [citirano 9.06.2023.] 2015;70(9):832-864. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26653312/>
5. Dora M, Grabski B, Dobroczyński B. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis. Psychiatria Polska. 2021;55(1):23-37. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009>
6. Arbanas G. Novosti u MKB-11 u području seksualnog zdravlja. Liječnički vjesnik [Internet]. 2020 [pristupljeno 27.05.2023.]; 142(11-12):414-419. <https://doi.org/10.26800/LV-142-11-12-62>
7. Feldman JL, Goldberg JM. Transgender Primary Medical Care. International Journal of Transgenderism. [Internet]. Rujan 2006. [citirano 9.06.2023.]; 2006;9(3–4):3–34. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/233299245_Transgender_Primary_Medical_Care
8. Begovac I, ur.. Dječja i adolescentna psihijatrija. [Internet]. e- izdanje: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021, [pristupljeno 25.05.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>
9. American Psychiatric Association.. A Guide for Working With Transgender and Gender nonconforming Patients Patients [Internet]. Washington [citirano 09. lipanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients>
10. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van De Waal H. Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents. International Journal of Transgenderism. [Internet]. Rujan 2006. [citirano 9.06.2023.]; 2006;9(3–4):83–94. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
11. Marchiano L. Transgender Children: The Making of a Modern Hysteria, Psychological Perspectives. [Internet]. 3.07.2021. [citirano 9.06.2023.]; 2021 ;64(3):346-35. Dostupno na: <https://www.x-mol.net/paper/article/1501276282873077760>

12. Laws A. Gender Dysphoria: A Psychological Model, *Int. Journal of CAT& RMH*. [Internet]. Prosinac 2019. [citirano 9.06.2023.]; 2019;3:7-22. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/337972581_Gender_Dysphoria_A_Psychological_Model
13. Vukušić H, Komar Z. *Psychiatria Danubina*. Letters to the editor in press. Gender dysphoria cases rise in adolescent and children population in Croatia: clinical observation [Internet]. [citirano 9.06.2023.]. Dostupno na: https://narod.hr/wp-content/uploads/2023/02/UIO_odgovor-Pravobraniteljici-za-ravn.-spolova_8.2.23..pdf
14. Roselli C. E. Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *Journal of neuroendocrinology*, [Internet]. Srpanj 2018. [citirano 9.06.2023.]; 2018;30(7):e12562. Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/jne.12562>
15. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, [Internet]. 16.08.2018. [citirano 9.06.2023.]; 2018;13(8):1-44. Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
16. Jokić-Begić, N. & Begić, D. (ur.). *Suvremeni pristup transseksualnosti* [Internet]. Priručnik: Zagreb, Medicinska naklada; 2013 [citirano 9.06.2023.] Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/641589>
17. Forcier M. Gender development and clinical presentation of gender diversity in children and adolescents UP TO DATE [Internet]. Svibanj 2023. [citirano 17.06.2023.] Dostupno na: <https://www.uptodate.com>
18. Kovačina D. *Razvoj spolnog identiteta* [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2020 [pristupljeno 27.05.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:247096>
19. Zucker K. J. Gender identity disorder in children and adolescents. *Annu Rev Clin Psychol*, [Internet]. 2005 [citirano 9.06.2023.]; 2005;1:467–492. Dostupno na: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144050>
20. Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr*. [Internet]. May 2021 [citirano 9.06.2023.]; 2021;180(5):1349-1357. Dostupno na: <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>
21. de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. [Internet]. November 2011 [citirano 9.06.2023.]; 2011;52(11):1195-202. Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
22. Thoma BC, Salk RH, Choukas-Bradley S, Goldstein TR, Levine MD, Marshal MP. Suicidality Disparities Between Transgender and Cisgender Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. November 2019 [citirano 9.06.2023.]; 2019;144(5):e20191183. Dostupno na: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1183>

23. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*. [Internet]. Listopad 2008[citirano 9.06.2023.];2008;17(4):211–24. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.001>
24. Klarić L. Transseksualnost, transrodnost i rodna disforija [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2019 [pristupljeno 27.05.2023.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:072343>
25. Jokić-Begić N, Lauri Korajlija A, Jurin T. Psychosocial adjustment to sex reassignment surgery: a qualitative examination and personal experiences of six transsexual persons in Croatia. *ScientificWorldJournal*. [Internet]. 25.03.2014 [citirano 9.06.2023.];2014;25;2014:960745. Dostupno na: <https://doi.org/10.1155/2014/960745>
26. Zakon o osobnom imenu [Internet]. [citirano 27. svibanj 2023.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_10_118_2550.html
27. Zakon o državnim maticama - Zakon.hr [Internet]. [citirano 27. svibanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/603/Zakon-o-dr%C5%BEavnim-maticama>
28. Pravilnik o načinu prikupljanja medicinske dokumentacije te utvrđivanju uvjeta i pretpostavki za promjenu spola ili o životu u drugom rodnom identitetu [Internet]. [citirano 27. svibanj 2023.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_11_132_2487.html
29. Marchiano L. Gender detransition: a case study. *J Anal Psychol*. [Internet]. Rujan 2021 [citirano 9.06.2023.];2021;66(4):813-832. Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12711>
30. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries ALC, Deutsch MB, i ostali. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health* [Internet]. Rujan 2022 [citirano 27. svibanj 2023];2022;6;23(Suppl 1):S1-S259. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
31. Feldman J. Primary care of transgender individuals Up to Date [Internet]. Svibanj 2023 [citirano 27. svibanj 2023]; Dostupno na <https://www.uptodate.com/>
32. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*. [Internet]. 1.06.2021[citirano 27. svibanj 2023]; 2021;_8:4, 273-280. Dostupno na: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
33. Bizic MR, Jeftovic M, Pusica S, Stojanovic B, Duisin D, Vujovic S, i ostali. Gender Dysphoria: Bioethical Aspects of Medical Treatment. *Biomed Res Int*. [Internet].13.06.2018[citirano 27. svibanj 2023];2018:9652305. Dostupno na: <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>
34. Olson-Kennedy J., Okonta V., Clark L. F., Belzer M. Physiologic Response to Gender-Affirming Hormones Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. [Internet]. Travanj 2018[citirano 27. svibanj 2023];2018;62(4):397–401. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.005>

35. UHM. "Porast broja transrodne djece i mladih ljudi u Republici Hrvatskoj [Internet]. UHM - UDRUGA HRVATSKA MATI. 2023 [citirano 08. lipanj 2023.]. Dostupno na: <https://uhm.hr/porast-broja-transrodne-djece-i-mladih-ljudi-u-republici-hrvatskoj/>

36. Germany proposes rules to ease legal changes of gender | AP News [Internet]. [citirano 10. lipanj 2023.]. Dostupno na: <https://apnews.com/article/germany-gender-change-fdcf2220e0fbec21410afd3529ea02e6>

37. Germany proposes rules to ease legal changes of gender | AP News [Internet]. [citirano 10. lipanj 2023.]. Dostupno na: <https://apnews.com/article/germany-gender-change-fdcf2220e0fbec21410afd3529ea02e6>

9. ŽIVOTOPIS

Hana Plesničar rođena je 29. travnja 1998. godine u Varaždinu. Završila je Opću gimnaziju u Varaždinu te 2017. godine upisala Integrirani prediplomski i diplomski studij medicine u Rijeci. Govori engleski, njemački i španjolski jezik. Tijekom studiranja bila je dio organizacije Teddy bear hospital, bila je član neprofitne organizacije KosaRi, sudjelovala na radionici Kako napisati dobar prikaz slučaja te je bila mentor mlađim studentima na pretkliničkim godinama studija medicine.