

Jelena Vidić¹

Univerzitet u Beogradu

Filozofski fakultet

Biljana Stanković²

Univerzitet u Beogradu

Filozofski fakultet

Tamara Džamonja Ignjatović³

Univerzitet u Beogradu

Filozofski fakultet

Originalni naučni rad

UDK 159.922.1-055.3:616.089.8(497.11)

316.647.8-055.3(497.11)

159.922.1-055.3(497.11)

Primljen: 15.6.2022.

Prihvaćen: 26.8.2022.

DOI: <https://doi.org/10.2298/SOC2203401V>



ISKUSTVA MEDICINSKE TRANZICIJE TRANSRODNIH OSOBA U SRBIJI: OD AFIRMACIJE IDENTITETA DO INSTITUCIONALNOG NASILJA

Experiences Of Medical Transition in Transgender People in Serbia: From Affirmation of Identity to Institutionalized Violence

APSTRAKT: *Transrodne osobe su jedna od najstigmatizovanih društvenih grupa, pri čemu su za njih specifične medicinske i pravne procedure u kojima se prepliću institucionalna i individualnopsihološka stigma. Mada se u Srbiji proces medicinskog prilagođavanja pola obavlja već više od tri decenije, nedostaju istraživanja koja se bave iskustvom i načinima na koji transrodne osobe doživljavaju taj proces. Ova tema je dodatno aktuelna zbog velikih promena koje se u prethodnoj deceniji dešavaju u ovoj oblasti, na prvom mestu depsiropatologizacije transrodnosti i individualizacije medicinskog prilagođavanja pola. Ovaj rad prikazuje iskustva transrodnih osoba u Srbiji u vezi sa procesom prilagođavanja pola, odnosno analizira kako transrodne osobe doživljavaju ovaj proces i pridaju mu smisao, sa ciljem i da skrene pažnju na neke problematične prakse koje su i dalje prisutne u lokalnom institucionalnom kontekstu. Podaci su prikupljeni polustrukturisanim intervjuom, a analizirani su uz oslanjanje na principe interpretativne fenomenološke analize. Uzorak čini 12 transrodnih osoba uzrasta od 23 do 48 godina (8 trans muškaraca i 4 trans žene). Rezultati ukazuju na veliku psihološku i praktičnu važnost procesa medicinskog prilagođavanja pola i različite potrebe transrodnih osoba po pitanju hirurških intervencija, što ukazuje na važnost veće dostupnosti i individualizacije tretmana.*

1 vidic.jelena@gmail.com

2 biljana.stankovic@f.bg.ac.rs

3 tamara.dzamonja@gmail.com

KLJUČNE REČI: *transrodnost, medicinsko prilagođavanje pola, stigma, individualizacija tretmana*

ABSTRACT: *Transgender people are one of the most stigmatized social groups. They are experiencing institutional stigma and stigma on individual psychological level through different medical and legal procedures specific to their group. Though gender confirmation surgeries have been performed in Serbia for more than three decades, research on experiences and ways in which transgender people give meaning to the process is lacking. This topic became even more prominent due to significant changes in the area of depsychopathologization of gender diversity and individualization of the medical gender confirmation process. This paper presents the experiences of transgender people in Serbia throughout the medical gender confirmation process and analyses the ways in which transgender people experience the process and give meaning to it, aiming to draw attention to certain problematic practices still present in the local institutional context. We used semi-structured interviews to collect data. Our approach is qualitative, based on interpretative phenomenological analysis. The sample consists of 12 transgender people age 23 to 48 (8 trans men and 4 trans women). Results indicate the great psychological and practical significance of the medical transition, and diversity in their needs when it comes to surgical interventions, implicating the importance of the easier access to the treatment and the individualization of treatment.*

KEY WORDS: *transgender persons, medical gender confirmation process, stigma, individualization of treatment*

Uvod

„Ako hoćeš da imaš srećno dete, pusti me da završim ovo sve do kraja i da budem ja – ja. Da ne budem fizički žensko, a u glavi muško. Pusti me da sve to napravim u jednu celinu.” (Igor)

Transrodne osobe predstavljaju heterogenu grupu osoba čiji se rodni identitet razlikuje od pripisanog pola (engl. *assigned sex*). U ovoj grupi se nalaze osobe koje svoj identitet određuju unutar binarnih kategorija muškarca i žene, kao i one koje se nalaze na različitim mestima unutar rodnog spektra, ili čiji je identitet fluidan. Takođe, jedan deo transrodnih osoba želi da, u različitoj meri, medicinski modifikuje svoje telo, a jedan deo ne, što dodatno doprinosi heterogenosti ove grupe. Zajedničko za sve rodno različite osobe je da krše rodnu normu, odnosno pretpostavku o postojanju dva (biološka) pola i dva rodna identiteta – ženskog i muškog – koji su zasnovani na polu i nepromenljivi (Worthen, 2012).

Kako je svet u kome živimo duboko cisnormativan⁴, transrodne osobe se susreću sa specifičnim teškoćama koji proizilaze upravo iz razlike između

4 Cisnormativnost podrazumeva očekivanje (pa i normu) da su sve osobe cisrodne, odnosno da je njihov rodni identitet isti kao pol pripisan po rođenju.

pripisanog pola i rodnog identiteta i izražavanja, odnosno nesprenosti i otpora društva i njegovih institucija da na njihove potrebe adekvatno odgovore. U ovom kontekstu je važno razumevanje pojma stigmatizacije – u određenom društvu duboko diskreditujućeg svojstva koje osobu „od celovite i uobičajene ličnosti svodi na prokuženu i otpisanu osobu” (Gofman, 2009, str. 15), odnosno nosioca isključivo tog jednog, obezvređenog i obezvređujućeg, socijalnog identiteta. Stigmatizacija je proces koji se odvija u sferi socijalno-psihološkog i (nejednakih) odnosa moći, pri čemu se stigmatizovani članovi društva odvajaju od većinskog dela društva i na različite načine diskriminišu, što vodi ka sve dubljem gubitku statusa i daljoj marginalizaciji (Link & Phelan, 2001; Mayor & O'Brien, 2005). Za ovaj rad će, pored iskustava diskriminacije i nasilja na individualnopsihološkom nivou, biti posebno važna institucionalna/strukturna stigma (Herek, Chopp & Strohl, 2007). Ovaj oblik stigmatizacije deluje time što stigmatizovanu grupu čini nevidljivom, a kad se barijera nevidljivosti probije, pokreću se različiti mehanizmi sankcionisanja stigmatizovane grupe. Rodno zasnovana stigma predstavlja jedan od uzroka društvene nevidljivosti rodno različitih osoba, odnosno njihovog upadljivog odsustva u dominantnim kulturnim, istorijskim i svakodnevnim narativima. Takođe, nevidljivost možemo da pratimo i u sferi medicine i prava u formi odsustva rešenja koja bi na adekvatan način odgovorila na specifične potrebe rodno različitih osoba u cisonormativnim sistemima (npr. nepostojanje zakonskog priznanja roda i nedostupnost transspecifičnih zdravstvenih usluga). Sa većom vidljivošću se intenziviraju različiti mehanizmi sankcionisanja rodne različitosti: u vidu rodne predrasude (Tebbe, Moradi & Ege, 2014; Naghoshi & al, 2008), zakonskog kažnjavanja rodno različitih ponašanja (npr. zakoni kojima se kriminalizuje kros dressing, Stryker, 2008/2017), kao i kontrole i ograničavanja pristupa medicinskom prilagođavanju pola rodno različitim osobama za koje se procenjuje da se neće dobro uklopiti u tradicionalne binarne norme rodno tipičnog izgleda i izražavanja (Burke, 2011).

Kako u savremenom dobu svakodnevni život transrodnih osoba delom određuju i dominantne paradigme u okviru medicine i prava, upravo kroz ove dve oblasti možemo da sagledavamo procese stigmatizacije, a potencijalno i afirmacije transrodnosti na institucionalnom/strukturnom nivou. U ovom radu ćemo se fokusirati na oblike institucionalne rodne stigmatizacije u medicini kroz proces (de)psihopatologizacije rodne različitosti i medicinskog prilagođavanja pola, i u pravu (u meri u kojoj je proces pravnog priznanja roda medikalizovan), a zatim prikazati individualna iskustva i razumevanje procesa medicinskog prilagođavanja pola transrodnih osoba u Srbiji.

Transrodnost u medicini i psihijatriji

U drugoj polovini devetnaestog veka počinje ubrzani razvoj medicine, tokom koga ona u domen svog izučavanja uključuje i ljudsku seksualnost, pa tako i ono što danas opojmljujemo kao seksualnu orijentaciju i rodni identitet. Medikalizacija ljudske seksualnosti je kao posledicu donela (psiho)patologizaciju rodne i seksualne nenormativnosti – sada ponašanja iz domena seksualnosti koja odstupaju od društvenih normi (koje su zapravo prešle u domen medicine), počinju da se posmatraju kao medicinski, odnosno psihijatrijski poremećaji

(Lev, 2007; Conrad & Schneider, 1992). Mada su ovim neheteroseksualnost i transrodnost pored seksualne, odnosno rodne stigme dobile i stigmu mentalnog poremećaja, pioniri u oblasti izučavanja seksualnosti su medikalizaciju videli kao korak napred u odnosu na dotadašnje religijsko i pravno sankcionisanje rodno i seksualno nenormativnog ponašanja, a medicinsku/psihijatrijsku dijagnozu kao sredstvo koje ove osobe štiti od policijskog proganjanja (Oosterhuis, 2012).

Sa početkom medicinskog izučavanja transrodnosti otvara se i pitanje mogućnosti da se odgovori na potrebe rodno različitih osoba za prilagođavanjem tela, kojim bi se umanjila rodna disforija, olakšao život u doživljenom rodu i bolje funkcionisanje u društvu. Dvadesetih i tridesetih godina dvadesetog veka započinje se sa hormonskom terapijom i hirurškim intervencijama, uz etičku dilemu da li su ove intervencije neetičke jer se njima uništava zdravo tkivo. Ovakvo stanovište je u nekim delovima SAD značajno otežalo razvoj transrodne medicine i posebno transrodne hirurgije, a ovo pitanje je u nekim raspravama i danas aktuelno (Bižić et al, 2018).

Prekretnicu predstavlja objavljivanje studije „Fenomen transseksualnosti” (Benjamin, 1966), koja nudi obuhvatni pregled ovog fenomena zasnovan pre svega na Bendžaminovom bogatom kliničkom iskustvu. Najveći deo studije posvećen razmatranju transrodnosti iz medicinske perspektive: kroz definisanje pojmova i pokušaj klasifikacije fenomena, razumevanje njegove etiologije, kao i hormonskog i hirurškog tretmana usmerenog na prilagođavanje primarnih i sekundarnih polnih karakteristika. Pored toga, Bendžamin pokazuje duboko razumevanje i empatiju s transrodnim osobama i kroz analizu njihovog pravnog položaj, u kojoj ukazuje da postojeća zakonska rešenja dodatno otežavaju dostojanstven život: zbog kriminalizacije kros-dresinga, stava da operacije prilagođavanja pola predstavljaju kršenja etičkih standarda, kao i problema koji proizilaze iz ne/mogućnosti pravnog priznanja roda. Takođe, Bendžamin u ovu studiju uključuje i autobiografska svedočanstva transrodnih osoba i poziva ne samo lekare, već i širu zajednicu da omoguće transrodnim osobama što uspešniji život u doživljenom rodu (Benjamin, 1966: 82).

U ovom periodu u nekim delovima Evrope i Sjedinjenih Američkih Država se osnivaju takozvane klinike za rod (engl. gender clinics) koje pružaju usluge medicinskog prilagođavanja pola. Međutim, ova oblast nije formalno uređena sve do 1979. godine, kada se osniva Udruženje za rodnu disforiju Hari Bedžamin. Udruženje objavljuje prvo izdanje „Standarda nege za rodno disforične osobe” (Breger et al, 1979) kao prvi vodič za medicinsku negu transrodnih osoba. Prvo izdanje se, kao i naredne revizije, fokusiralo na kriterijume koje osoba treba da ispuni kako bi imala pristup hormonskom i hirurškom tretmanu i zasniva se na principima tzv. trijadne terapije⁵ (Marković Žigić et al, 2015). Procena podobnosti za tretman je bila u rukama psihijatra, koji su time dobili ulogu čuvara kapije medicinskog prilagođavanja pola i koji će umesto transrodne osobe proceniti da li je spremna za započinjanje tretmana. Iako je cilj psihijatrijske procene i praćenja trebalo da bude smanjivanje verovatnoće

5 Trijadna terapija se sastoji iz tri koraka: 1. psihijatrijske procene i testa stvarnog života; 2. tretmana hormonima drugog pola i 3. hirurških intervencija.

kajanja zbog izvršenih ireverzibilnih intervencija, oni su ujedno predstavljali i sredstvo socijalne kontrole kojom su isključivane osobe koje se nisu uklapale u tradicionalno definisane rodne uloge ili koje nisu želele sve korake u trijadnoj terapiji. Dodatnu teškoću je predstavljao test stvarnog života kao preduslov za hormonski, odnosno hirurški tretman, a koji podrazumeva da osoba određeni broj meseci (obično tri ili šest) živi u doživljenom rodu. Test stvarnog života ne samo da je odlagao započinjanje tretmana, već je sam zadatak za mnoge osobe bio previše zahtevan, kako iz finansijskih, tako i iz bezbednosnih razloga, pošto je osoba tokom njegovog trajanja živela bez odgovarajućih dokumenata i u riziku da njena transrodnost bude razotkrivena (Ellis, Bailey & McNeil, 2015; Barker & Wylie, 2008).

Prethodne dve decenije odlikuju brze i značajne promene u društvenom, psihološkom i medicinskom razumevanju roda. Pored klasične paradigme koju odlikuje psihopatologizacija rodne različitosti i sada zastareli koncept „promene pola” koji se odvija u formi trijadne terapije, a zahvaljujući sve organizovanijem pokretu za prava trans osoba i istraživanjima nasilja i diskriminacije, u ovoj oblasti se formuliše i alternativna paradigma (Denny, 2004, Barišić, 2016). Alternativna paradigma podrazumeva da se rodna različitost sagledava kao spektar nepatoloških varijeteta rodnog identiteta i izražavanja (APA, 2015), gde ne postoji jedan način da se bude transrodan (Bockting, 2008), a proces medicinskog prilagođavanja pola postaje sve više individualizovan (Coleman et al, 2012). Takođe, dok su u okviru klasične paradigme psiholozi i psihijatri u ulozi čuvara kapije čiji zadatak je da identifikuju odgovarajuće kandidate, „prave transseksualce”, koji će proći kroz sve propisane korake trijadne terapije, alternativna paradigma je zasnovana na modelu informisanog pristanka gde je zadatak psihologa, odnosno psihijatra da proceni podobnost osobe da da saglasnost za tretman (umesto da procenjuje podobnost osobe za tretman), a odnos više saradnički.

Šesta, a naročito sedma revizija „Standarda nege” predstavljaju značajan korak ka individualizaciji tretmana – umesto da se od transrodne osobe očekuje da se uklopi u unapred definisani model trijadne terapije, tretman se u većoj meri prilagođava njenim željama i potrebama. Značajna promena nastupa i u pristupu tretmanu – model čuvanja kapije zamenjuje model informisanog pristanka, gde je uloga stručnjaka za mentalno zdravlje za proceni podobnost osobe za davanje informisanog pristanka. Ovim se odluka o započinjanju i samom toku tretmana (u smislu željenih intervencija) u većoj meri vraća samoj transrodnoj osobi (Coleman et al, 2012).

Uporedo sa ovim promenama dešavaju se i promene vezane za istraživački fokus, pa se sve više pažnje posvećuje izloženosti transrodnih osoba predrasudama i diskriminaciji i načinima njenog operacionalizovanja (FRA, 2019, 2014; Tebbe, Moradi i Ege, 2014; Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012, Willoughby et al., 2010; Nagoshi et al, 2008; Hill & Willoughby, 2005). Podaci koji ukazuju na učestalost različitih oblika nasilja i diskriminacija u svim etapama života transrodnih osoba su, uz jačanje aktivističkog pokreta, rezultirali i promenom statusa transrodnosti u naukama o mentalnom zdravlju.

Nakon uključivanja rodne različitosti u klasifikacije psihijatrijskih poremećaja, Američko psihijatrijsko udruženje u novoj, petoj verziji DSM-a (DSM-V, APA, 2013) umesto dijagnoze *poremećaja rodne identiteta* uvodi dijagnozu *rodne disforije*, čime se pravi otklon od psihijatrizacije (trans)rodnog identiteta ka psihijatrizaciji doživljaja, odnosno disforije. Dve godine kasnije Američko psihološko udruženje objavljuje Smernice za rad s transrodnim osobama i osobama koje se rodno ne konformiraju (APA, 2015), u kome se rodna različitost posmatra kao nepatološki varijetet rodnog identiteta, rod posmatra kao spektar, a psiholozi pozivaju da prepoznaju uticaje rodne stigme na mentalno zdravlje i različite oblasti života transrodnih osoba, kao i da doprinesu njegovom unapređenju time što će se boriti protiv rodni predrasuda i diskriminacije. U ovom periodu su objavljeni i rezultati tzv. meksičke studije, koja pokazuje da se veća prevalenca psihičkih tegoba kod transrodnih osoba u odnosu na cisrodne može objasniti stigmatizacijom, odnosno izloženošću nasilju i diskriminaciji (Keating & Muller, 2020; Valentine & Shipherd, 2018; Robles et al., 2016), što je u skladu i sa rezultatima drugih istraživanja (Olson et al, 2016). Najvažniji korak u depatologizaciji rodne različitosti pravi Svetska zdravstvena organizacija objavljivanjem jedanaeste verzije Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11, 2019), koja bi od 2022. godine trebalo da uđe u primenu. Za razliku od MKB-10 (1992), u kojoj se rodna različitost (pod šifrom F64 Poremećaji rodnog identiteta i najčešće korišćenom dijagnozom F64.0 transseksualizam) nalazila u poglavlju u poglavlju *Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja*, jedanaesta verzija donosi novu kategoriju – rodna inkongruentnost i premešta je u zasebno poglavlje *Stanja u vezi sa seksualnim zdravljem*, čime je rodna različitost zvanično depatologizovana.

Uprkos svim značajnim promenama koje su nam omogućile bolje sagledavanje fenomena, ne možemo reći da je alternativna paradigma zamenila klasičnu, već one postoje istovremeno, što dovodi do nekonzistentnosti u praksi i teorijskim razmatranjima.

Medicinsko prilagođavanje pola u Srbiji

U Srbiji se operacije prilagođavanja pola obavljaju više od 30 godina. Od početka rada tima do 2008. godine hormonsko-hirurško usklađivanje je prošlo 147 osoba (Vujović et al, 2009). Mada je Beogradski tim za rodni identitet počeo sa radom 1987. godine, njihov rad je ozvaničen tek 2012. godine formiranjem Republičke stručne komisije za transrodna stanja. Iste godine su na snagu stupile Izmene i dopune Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju, kojima je predviđeno da se 65% troškova hirurških zahvata finansira iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ovim izmenama je omogućeno da godišnje bude operisano između 10 i 12 osoba, sve do zastoja koji je donela pandemija Kovida-19.

Rad tima za rodni identitet je baziran na tzv. trijadnoj terapiji, koja podrazumeva unapred određeni sled koraka: psihijatrijsko praćenje i test stvarnog života – hormonski tretman – hirurške intervencije. Poslednjih godina je приметna tendencija ka većoj individualizaciji tretmana u smislu otvaranja

rada tima za potrebe nebinarnih osoba i parcijalne operacije (npr. mastektomija bez genitalne hirurgije), a beleži se ne samo veći broj pacijenata, već i veći broj nebinarnih osoba koje se obraćaju timu (Duišin et al, 2017), što je trend koji je zabeležen i u drugim zemljama (Handler et al, 2019).

Pored toga što omogućavaju da se telo prilagodi doživljenom rodu, medicinske intervencije su i dalje uslov za zakonsko priznanje roda. Pošto se rodni identitet osobe razlikuje od pripisanog pola, transrodnim osobama je potrebno omogućiti promenu podataka u dokumentima koji se odnose na pol/rod (oznaku pola, lično ime i JMBG). Ovo pitanje, pored psihološkog, ima i veliki praktični značaj, naročito nakon što osoba počne da živi u svom rodu. Ovo se odnosi na mnoge svakodnevne situacije u kojima je potrebno da se identitet potvrdi pokazivanjem ličnih dokumenata: na šalterima banaka i pošti, u prevozu i na graničnim prelazima, u zdravstvenim ustanovama, kao i u školi, na fakultetu i pri zapošljavanju. Za transrodne osobe koja nemaju odgovarajuća dokumenta ove situacije predstavljaju prinudno autovanje svog transrodnog identiteta koje potencijalno ugrožava njihovu psihičku dobrobit, bezbednost, ali i životne mogućnosti – onemogućen ili otežani pristup obrazovanju i zapošljavanju zbog anticipirane ili doživljene rodne predrasude dodatno doprinosi marginalizaciji transrodnih osoba (FRA, 2019).

Metodologija

Podaci prikazani u ovom radu su deo većeg kvalitativnog istraživanja koje za cilj ima razumevanje načina na koje transrodne osobe u Srbiji doživljavaju sebe i osmišljavaju svoj identitet i iskustva sa sredinom kroz prizmu svoje transrodnosti. U ovom radu ćemo se fokusirati na iskustva u okviru medicinskog prilagođavanja pola.

Imajući u vidu opšti cilj istraživanja, metodološki pristup bio je kvalitativan. U istraživanju je učestvovalo 12 transrodnih osoba (osam muškaraca i četiri žene). Zajedničko za učesnike bilo je to što su transrodne osobe starije od 18 godina koje žive u Srbiji. S druge strane, učesnici su se razlikovali po tome što se nalaze u različitim tačkama procesa usklađivanja tela s rodom, procesa pravnog priznanja roda i različitog su uzrasta. Uzrast učesnika je od 23 do 48 godina, s tim što je desetero njih u dvadesetim ili ranim tridesetim godinama, a dvoje u drugoj polovini četrdesetih. Uzorkovanje je bilo namerno, upravo zbog toga što je u pitanju manjinska, ali i brojčano mala grupa. Prvi korak ka regrutovanju učesnika bio je lični i profesionalni kontakt prve autorke sa transrodnom zajednicom, a dalja regrutacija se oslanjanjala na tehniku grudve snega.

Podaci su prikupljeni polustrukturisanim intervjuom. Intervjui su trajali od 90 do 210 minuta, snimani su i naknadno doslovno transkribovani (uz korišćenje pseudonima i anonimizaciju transkripata kako bi se očuvala anonimnost i poverljivost podataka), a zatim procesuirani u programu za kvalitativnu analizu (MAXQDA). Kao okvir za analizu materijala smo koristile interpretativnu fenomenološku analizu (Larkin & Thopmson, 2012). Ovaj analitički pristup

usmeren je na razumevanje načina na koji osobe pridaju smisao svojim iskustvima. Zadatak istraživača je da opiše i interpretira lične doživljaje učesnika u istraživanju, njihova značenja i proces pridavanja smisla (Smith, 2011). Tako analiza objedinjuje *davanje glasa* učesnicima u istraživanju i *pridavanje smisla* njihovim iskustvima i iskazima (Larkin & Thompson, 2012), što ovaj pristup čini posebno pogodnim za istraživanja iskustava osoba iz stigmatizovanih grupa. Svaki intervju je najpre analiziran kao studija slučaja, nakon čega se prešlo na poprečnu analizu koja je podrazumevala uočavanje sličnosti i razlika među učesnicima. Analiza je vršena kroz pripisavanje kodova jedinicama značenja, i kasnijeg grupisanja sličnih kodova u teme, a tema u teme višeg reda.

Analiza i diskusija rezultata istraživanja

Analiza podataka ukazala je na to da proces medicinskog prilagođavanja pola, odnosno medicinske tranzicije, zauzima veoma važno mesto u životu transrodnih učesnika u ovom istraživanju. Iako ne želi svaka rodno različita osoba da prođe kroz medicinsko prilagođavanje pola, sve osobe iz našeg uzorka su se u nekom trenutku javile psihijatru sa željom da započnu medicinsku tranziciju, skoro svi su na hormonskoj terapiji, a neki su završili sve željene intervencije u okviru ovog procesa. Kroz analizu su se izdvojile dve široke teme. Prva se odnosi na doživljaj *Medicinske tranzicije kao ostvarenja identiteta* i obuhvata nekoliko podtema koje prate iskustva tokom različitih faza u procesu tranzicije: *Ulazak u medicinsku tranziciju kao izlaz iz bezizlazne situacije*; *Hormonski tretman kao životna prekretnica* i; *Hirurške intervencije kao zaokruživanje procesa*. Druga tema obuhvata *Sporne prakse u procesu medicinske tranzicije*, pre svega one koje se tiču uloge psihijatarata kao „čuvara kapije” i iskustava medicinskog nasilja.

I Medicinska tranzicija kao ostvarenje identiteta

Medicinsko prilagođavanje pola se u narativima skoro svih učesnika opisuje kao izuzetno važno iskustvo koje im je promenilo život na bolje i omogućilo im da se po prvi put osećaju i ponašaju autentično. Tek mogućnost da usklade svoju otelovljenost (tj. i doživljaj telesnosti i izgled svog tela) sa svojim identitetom im nudi doživljaj celovitosti, nasuprot podeljenosti i fragmentiranosti koju su osećali veći deo života. Tranzicija se doživljava kao oslobođenje i „lična revolucija”, kojom se završava dug period zarobljenosti u sopstvenom telu i, posledično, inhibiranosti u većini životnih situacija. Tako ona predstavlja čin povratka sebi i ostvarenja sopstvenog identiteta.

„Ako hoćeš da imaš srećno dete, pusti me da završim ovo sve do kraj i da budem ja – ja. Da ne budem fizički žensko, u glavi muško, pusti me da sve to napravim u jednu celinu.” (Igor)

„Za mene tranzicija predstavlja ličnu revoluciju, neko moje oslobođenje (...) Da ono što sam dugo na teoriji razrađivala, da to ostvarim sada u praksi, da stvorim ono što sam ceo život želela. (...) Predstavlja pre svega priliku da ja budem ja, da ostvarim to što sam. (Milena)

„Mladi ljudi, klinici, koji stalno investiraju sebe u operaciju kao novi život, kao korak u novi život (...) Za mene nije bilo novo. Za mene je to bilo poznato mesto i meni je to bilo konačno moje mesto.” (Sebastian)

Kroz doživljaj tranzicije transrodne osobe često tematizuju ujedno odnos između sebe i društva, i sebe i sopstvenog tela. Neki učesnici prepoznaju da telo doživljavaju na otuđen način jer je ono neodgovarajuće rodno normirano od strane društva, i time, na neki način, oduzeto osobi. Tako se proces tranzicije doživljava kao preuzimanje sopstvenog tela i prilagođavanje njega sebi, što osobi omogućava autentično postojanje.

„Ja više osećam kao da je meni moje telo oduzeto od strane društva, da bi prosto postalo neki, prosto nešto što društvo koristi da bi mene odredilo i predodredilo, i na čemu mi zabranjuje da ja vršim bilo kakve promene. Ja celu ovu hormonsku tranziciju posmatram ne kao prilagođavanje tela nekoj ideji, već kao međusobno prilagođavanje mene mom telu i tela meni.” (Anita)

Takođe, završetak procesa tranzicije se prepoznaje kao korak koji će konačno omogućiti da se pitanje prilagođavanja pola zaokruži i zatvori, da prestane da bude glavna preokupacija i večni cilj kome se teži, i da time ostavi prostor za neka druga stremljenja.

„Kad završim tranziciju, za mene je to kao kad završim veliku sliku na koju dugo radim. Prosto je priča završena, i ja ću je pogledati s vremena na vreme i uživati u njoj, i shvatati to kao veliko dostignuće neko svoje, samo, još mnogo više... ali, neću se vraćati, ne idem ja ponovo posle pet godina istoj slici da se vratim, četkicom pa dodam još tri poteza, to je tako kako je, to je jedna kompletna priča iz toga dalje kud život povede.” (Milena)

„Počeo sam prosto da živim... Pre nekoliko godina sam se oženio, onda, ne znam, dosta lepih stvari. Tako, primirio tako. Mislim, zajedno radimo posao koji stvarno volimo i sve to, i eto, nekako idemo ka nekim sada drugim ciljevima, nevezano za promenu pola, tranziciju i slično, već da imamo svoj stan, svoju kuću, ili tako nešto, ili da, ne znam, planiramo more ili tako neke stvari koje su nekada normalni ljudi imali za brigu.” (Nenad)

Prolazak kroz tranziciju se tako doživljava kao razrešenje identitetske krize koja je zauzimala centralno mesto u životu transrodnih osoba tokom dugog perioda funkcionisanja. Nakon što je ta kriza razrešena putem ostvarenja željenog identiteta život može da nastavi dalje (ili da po prvi put zapravo započne), jer tek tad osećaju da mogu da budu slobodni(ji) i imaju pristup onim delovima života o kojima cisrodne osobe ni ne promišljaju, poput odlaska na more, ali i obrazovanju i traženju posla bez straha da će njihov identitet biti razotkriven i osuđen. Suštinska za normalizaciju života je i mogućnost uspostavljanja i održavanja odnosa sa drugima u kojima osoba konačno može da učestvuje na autentičan način.

I.1 Ulazak u medicinsku tranziciju kao izlaz iz bezizlazne situacije

Prvi korak u započinjanju medicinske tranzicije predstavlja odlazak kod psihijatra iz tima za rodni identitet, koji ima ključnu ulogu ne samo u započinjanju procesa, već i u omogućavanju narednih koraka⁶. Zbog toga se ovaj korak po pravilu doživljava kao važna prekretnica i bogat je psihološkim značenjima. Neki učesnici javljanje psihijatru doživljavaju kao čin kojim se promišljanja o sopstvenom identitetu prevode u konkretnu akciju koja vodi mnogim promenama:

„To je značilo da nešto započinjem da radim, da nije više sve u mojim mislima nego da nešto mogu konkretno da postignem...” (Marko).

„I nekako, sam taj korak, da postane stvarno, da ja izvadim papire koje treba za psihijatra, da krenem na te razgovore, da kažem ocu, da kažem svima u porodici...” (Strahinja)

Prethodni citati ukazuju na to da je sam odlazak kod psihijatra tek poslednja faza u dugom procesu otkrivanja svog identiteta i istraživanja odnosa prema sebi i svom telu i mogućnostima njegovog modifikovanja. Ovom fazom se nešto što je unutrašnji proces pospoljuje, konkretizuje i smešta u sferu interpersonalnog, kroz odnos sa osobom na mestu medicinskog autoreteta. Taj čin ima svoje posledice: njime mogućnost pristupa hormonsko-hirurškim intervencijama postaje stvarna, kao i neophodnost da se to saopšti porodici. Takođe, sam čin znači da promena jeste moguća.

„To je neki prvi korak bio kad sam osećao OK, I can get out of this situation now.” (Dorian)

I ovaj odgovor posredno ukazuje na stanje koje je prevladavalo u (dugom) periodu pre ulaska u proces tranzicije – na doživljaj bezizlaznosti, beznadežnosti i osuđenosti na život u neskladu sa svojim identitetom, svojim telom i svojim okruženjem.

I.1.1 Psihijatari kao autoriteti koji (in)validiraju identitet

Ono što najznačajnije oblikuje iskustvo transrodnih osoba u ovoj ranoj fazi medicinske tranzicije jeste odnos sa psihijatrima koji figuriraju kao autoriteti koji imaju moć da (in)validiraju nečiji identitet i da, u zavisnosti od svoje procene, omoguće, odlože ili uskrate pristup tretmanu prilagođavanja pola.

6 U državnom sistemu zdravstvene zaštite s transrodnim osobama rade psihijatrice u dve ustanove tercijarnog nivoa: pri Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Srbije postoji Kabinet za transrodna stanja, dok se u KBC Dr Dragiša Mišović psihološko-psihijatrijska procena i praćenje odvijaju pri Bolnici za psihijatriju, na Odeljenju za kliničku psihijatriju. Pored toga, danas nekoliko psihijatara koji su članovi tima za rodni identitet radi (i) u privatnoj praksi. Za započinjanje hormonske terapije je potrebno pismo preporuke jednog psihijatra nakon praćenja koje u proseku traje oko godinu dana, kao i za mastektomiju, dok su za genitalne operacije neophodna pisma preporuke od dva psihijatra i od endokrinologa. Operacije je moguće obaviti u državnim ustanovama (osoba u tom slučaju plaća 35% troškova operacije, a ostatak snosi RFZO), kao i u privatnim bolnicama (koje mahom imaju klijente iz inostranstva).

„Bio je tu i doktor R, razgovarali smo, i onda je on mene pitao kao: ‘Da li ti želiš da promeniš pol ili ne?’ Ja sam rekao: ‘Pa, naravno. Ja ne bih mogao drugačije da živim. Prosto ne bih mogao, i to je to.’ I onda je rekao: ‘Pa da, to je to. I tako – ti si trans.’ Onda, operacije, sve to. Objasnio mi je sve lepo, fino što se kaže – do detalja. Ja rek'o: ‘Pa, dobro, sad bar znam na kom sam putu.’” (Nenad)

Za neke transrodne osobe validacija od strane psihijatra prosto predstavlja dodatnu potvrdu onoga što o sebi pouzdano znaju već veoma dugo i što su već iskomunicirali svom okruženju, pa je pre svega značajna u praktičnom smislu, kao jedna preskočena prepreka na putu tranzicije. Međutim, ima trans osoba kojima je odlazak kod psihijatra ujedno i prvi korak autovanja. Marija se psihijatru prvi put javila malo pre svog devetnaestog rođendana i on je ujedno bio prva osoba s kojom je razgovarala o svojoj transrodnosti. U tom kontekstu, njegovo mišljenje ima daleko veći lični značaj.

„Ono što me je negde utešilo jeste to što je već na prvom terminu meni rekao: „Meni je jasno da vi imate taj problem, jer za mene nije pitanje da li jeste ili niste, prosto vidim da jeste”, i to me je negde, da kažem, utešilo zato što sam znala da će bar on biti na mojoj strani.” (Marija)

Marija u psihijatru traži saveznika koji prepoznaje i validira njen identitet. Međutim, ona je svesna da se psihijatar nalazi na poziciji moći i da ona treba da mu dokaže svoj identitet i to je ispunjava anksioznošću: ukoliko proceni da nije *dovoljno* trans, psihijatar može da joj kaže da nije za *to*, odnosno da ne može da započne medicinsku tranziciju.

„Meni čitav taj proces od godinu kod psihijatra, koji je kao obavezan, meni je to delovalo kao, neko će mi tražiti da dokažem da sam trans. A ja sam nekako otišla tamo uplašena, a šta ako kaže: „Ne, ti nisi za to”, ili šta ako, mislim, ne znam... šta ako prosto nešto mu ne budem tu kačila i prosto kaže: „Nisi ti za to”. (Marija)

Za razliku od većine učesnika, Milena odlazak kod psihijatra opisuje kao nešto kroz šta prosto *mora* da se prođe, ali što nije samo po sebi toliko bitno.

„Ja sam psihijatriju uvek gledala u procesu tranzicije kao nešto što prosto mora da se prođe, znači uvek sam gledala da prosto one će da napišu ono što ja kažem, na osnovu toga treba da daju preporuku tamo negde.” (Milena)

Za Milenu, koja je više puta započinjala i prekidalala odlaske kod psihijatra zbog različitih teškoća, psihijatrijske konsultacije su više formalnost, nužan korak na putu da dobije ono što želi. S druge strane, upravo zbog nemogućnosti da ispuni (sporne) uslove psihijatrice još uvek nije dobila saglasnost za započinjanje hormonskog tretmana i hormone već neko vreme uzima na svoju ruku, tako da je moguće i da na ovaj način, minimizovanjem psihijatrijske moći, pokušava da kompenzuje svoje loše iskustvo i dugogodišnje čekanje.

I.1.2 Performans uklapanja u rodno normativna očekivanja – „svi ti njihovi stereotipi i kutijice”

Učesnici uglavnom izveštavaju da na prvi razgovor odlaze s uverenjem da se od njih očekuje da ispričaju priču koja se smatra tipičnom za transrodne osobe: da su u detinjstvu ispoljavali ponašanja tipična za svoj rodni identitet (pre svega rodno-tipične igre i način oblačenja), da imaju izraženu rodnu disforiju, da svoj identitet doživljavaju binarno, a da je njihovo izražavanje rodno tipično, kao i da su zainteresovani za (celokupno) hormonsko-hirurško prilagođavanje. Ovakva uverenja su zasnovana na dugogodišnjoj medicinskoj praksi koja je dozvoljavala pristup medicinskom prilagođavanju pola isključivo osobama koje se uklapaju u ovu sliku. Međutim, umesto boljeg razumevanja rodno različitih osoba, medicina je ovim ograničila svoja znanja o celoj jednoj heterogenoj grupi samo na one pojedince koji su se uklapali u njena očekivanja, a zatim ih i dodatno učvršćivali.

Nataložena iskustva osoba koje su se ranije javljala psihijatru i kojima je omogućen ili uskraćen tretman dostupna su novim članovima zajednice kroz razmenu iskustva.

„Znam da je nekim ljudima govoreno da bi trebalo kao da, da baš i izrazito pokazuju te neke svoje muške ili ženske sklonosti da bi, kao, bolje prošli kad pričaju sa tim timom, što je meni potpuno bizarno, jer kao – zar nije poenta da budemo to što jesmo, da dobijemo podršku za to takvi kakvi jesmo, a ne da ja sad lažem? Pogotovo u zdravstvenom sistemu bi trebalo da možemo da iskreno razgovaramo o tim stvarima, a ne da postoji stigma i tu, kad konačno dođeš zbog toga da pričaš...” (Marko)

Marko kritikuje besmislenost ovakvog zahteva: transrodne osobe u cisnormativnom svetu već moraju da prikrivaju svoj identitet i pokušavaju da se uklope u različita očekivanja, a sad to treba da rade i tokom razgovora s psihijatrom koji bi trebalo da je specijalizovan za rad upravo s njima. S druge strane, ovakvo očekivanje razgovor s psihijatrom pretvara u neku vrstu performansa, gde transrodna osoba psihijatru prikazuje ono što veruje da psihijatar želi da vidi, a psihijatar ostaje u uverenju da je to autentičan (i jedini) vid transrodnosti.

„Rekao sam im, mislim bio sam iskren, ali na neki način se uklapam u te njihove kutije, što je meni kao buntovniku... ne znam, nije mi pravo što se uklapam u njihove kutije. A s druge strane mi je bilo mnogo lakše da dobijem od njih ono što je meni trebalo od njih, jer mi stvarno nije trebala neka njihova podrška, jer znam kako rade, i više bi štete napravili nego što bi mi pomogli. Ali da znači, čuli su sve što su želeli da čuju: rano detinjstvo igram se sa dečacima, bavim se sportom i svi ti njihove stereotipi i kutijice...” (Dorian)

Dorian ima veoma kritički odnos prema prikazu tipične transpolne osobe. Pošto se bavi aktivizmom, za njega je nepristajanje na te stereotipe i kutijice i politički čin. Međutim, proces prilagođavanja pola podrazumeva i vrlo jasne odnose moći, gde su lekari ti koji odlučuju o pristupu tretmanu, tako da je njemu

to što se uklapa u njihova očekivanja znatno olakšalo ceo proces. S druge strane, on ne želi da produbljuje kontakt s njima – ne želi da mu oni *pomažu* – jer na osnovu razmene iskustava unutar zajednice ne veruje u pozitivne ishode te podrške, tako da mu je cilj samo da sa što bezbolnije prođe kroz ceo medicinski proces.

I.2 Hormonski tretman kao životna prekretnica

Transrodne osobe po pravilu osećaju snažnu potrebu za hormonskim tretmanom i ulazak u tretman doživljavaju kao transformativno iskustvo koje je dovelo do suštinskih promena u načinu na koji doživljavaju svoje telo i sebe. U Srbiji je hormonska terapija (hormonima drugog pola) dostupna punoletnim osobama, a tzv. blokatori puberteta koji se daju kako bi se odložio proces maskulinizacije ili feminizacije tela pod delovanjem hormona u pubertetu zvanično nisu dostupni. Učesnici u ovom istraživanju započinjanje uzimanja hormona opisuju kao životnu prekretnicu koja umanjuje rodnu disforiju, čini da se bolje osećaju u svom telu i socijalnim odnosima i doprinosi boljem svakodnevnom funkcionisanju.

„Već sa devetnaest sam dobio testosteron (...) što je meni, naravno, promenilo život. Bukvalno od tad se dobro osećam.” (Filip)

„It meant the world... Nakon hormona, nakon ovih promena koje su hormoni doneli, ja nisam imao neku značajnu disforiju posle toga...” (Dorian)

„I onda sam tu dobio potpis za hormonsku terapiju, i tako nekako je sve krenulo na bolje.” (Nenad)

„Da li je to imalo nekog naročito efekta ili ne na telo, psihički na mene dobro utiču, prosto kad uzmem estrogen, ja sam svoja, i ja sam onda nekako, osećam da rade nešto u mom telu što treba da rade (Milena)

Svi oni opisuju ogromnu psihološku važnost započinjanja uzimanja hormona. Prva injekcija ili tableta ne donose trenutne fizičke promene, ali su simbol promene koja će se u narednim nedeljama i mesecima desiti. Taj simbol je toliko moćan da već i prvo uzimanje hormona označava prekretnicu nakon koje je sve u redu. Takođe, pošto je u pitanju proces koji se odvija u vremenu, uzimanje hormonske terapije je praćeno pažljivim posmatranjem i nestrpljivim iščekivanjem telesnih promena. Telo i njegovo funkcionisanje se menjaju i te promene se direktno odražavaju na doživljaj sopstvenog identiteta koji je sve više u skladu sa telesnim ispoljavanjem, a kao posledica toga raste subjektivno blagostanje i kvalitet života transrodnih osoba.

„Prvo se glas menja, pa onda ciklus prestaje, posle mesec i po dana prosto nema ničega. Vau, radosti još veće. I onda kreće onako malo da se menja i lice i konstitucija i tako sve, i onda prosto gledam kako sve idem ka tome da, kako da kažem, sve sam bliži i bliži, prosto ne znam kako da objasnim. Baš sam nekako bio sve zadovoljniji i zadovoljni, sve srećniji i srećniji. (...) Super, kao, jaoj, vidi, ova promena, pa, ne znam počne brada, joj, super, i onda sad slobodno mogu da kažem ja sam muško i to je to.” (Nenad)

„Najviše mi je značilo za lice. Meni je dosta, ja sam bila mnogo anksiozna pre toga u društvu, pazila sam ono da se dobro našminkam, kada ne bi bila našminkana osećala bih se ukočeno, osećala bi se anksiozno, dok nisam bila sigurna da izgledam kao žena, a onda kako dodirnem svoje lice osetila bi oštru vilicu i to bi me opet podsećalo kako izgledam, da sam muškarac i to mi je sve stvaralo nelagodu. Koža isto – prosto nekako ja sam dosta ono senzualna osoba rekla bih, dosta mi je bitan taj dodir i mislim prosto da nekako to poboljšanje stanja kože i omekšavanje kože i promene kože su mi opet omogućile da nekako više uživam u samom kontaktu sa svojim telom.” (Anita)

Uporedo sa telesnim i psihološkim promenama dolazi do promena u sferi socijalnog funkcionisanja. Nije došlo samo do toga da se osoba oseća drugačije u svom telu, već je njeno telo i vidljivo različito, pa drugi ljudi po prvi put konzistentno reaguju na osobu tako da to odgovara njenom rodnom identitetu.

„Čim su krenule te promene i svi ljudi na ulici su mi se odmah obraćali u muškom rodu, ja sam stvarno nekako osetio slobodu i baš mi je to pomoglo.” (Strahinja)

Delovanje hormona je važno ne samo za bolje prolaženje u svakodnevnim situacijama, već i prilikom traženja i izbora posla, što suštinski određuje životne mogućnosti i kvalitet života transrodnih osoba.

„Jao, glas mi je bila najgora stvar, kad mi neko kaže: „Poruči picu.” To su takve gluposti svakodnevnog što ja nisam smeo (...) Nisam mogao da se legalno zaposlim, na belo što bi rekli. Nisam mogao. Ja sam prao sudove po kafićima, radio noćne smene po magacinima, pre testosterona. To su strašne stvari koje sam ja morao da radim da bi imao pare.” (Filip)

Ovde vidimo kako je pristup hormonskoj terapiji povezan sa ekonomskim statusom osobe – Filip je ne samo primoran da radi na crno (kako bi izbegao da poslodavcu pokaže neodgovarajuća dokumenta i da time razotkrije svoju transrodnost), već i prilikom traženja takvih poslova ima dodatno sužene mogućnosti zato što glas razotkriva da se ne radi o „pravom” muškarcu. Ovo je jedan od razloga zbog kojih su transrodne osobe u većem riziku od siromaštva i beskućništva.

1.3 Hirurške intervencije kao zaokruživanje procesa – „konačno da budem ja – ja”

Hormonska terapija donosi značajne telesne promene, povećava zadovoljstvo svojim telom, olakšava funkcionisanjem u privatnom i socijalnom okruženju i doprinosi mentalnom zdravlju. Za deo transrodnih osoba hormoni donose dovoljan stepen modifikacije tela i nemaju potrebu za dodatnim intervencijama, dok druge osećaju potrebu i za promenama koje omogućavaju različiti operativni zahvati. Hirurške intervencije su više decenija bile obavezni deo tretmana transrodnosti utoliko što nije bilo moguće dobiti saglasnost za hormonski tretman bez jasno izražene želje za operacijama. U poslednjih nekoliko godina

ova praksa se menja i kod nas, tako da se odobravaju prve parcijalne operacije i hormonska terapija za osobe koje ne žele hirurške intervencije.

U našem uzorku sve osobe osim jedne su želele neki stepen hirurškog prilagođavanja pola. Iako se ove modifikacije odnose na telo, one su, naravno, bogate i psihološkim značenjima. U razmišljanjima o operaciji većina učesnika navodi doživljaj slobode, značajno olakšanje svakodnevnog funkcionisanja i dalje učvršćivanje u svom rodnom identitetu i ulozi. U razmišljanjima muškaraca o važnosti operacije izdvajaju se dve teme: sloboda koju donosi operacija grudi i mogućnost da uriniraju stojeći nakon genitalne operacije. Interesatno je da se naglasak ne stavlja toliko na doživljaj sopstvenog tela, već na olakšanje u socijalnom funkcionisanju.

„Sloboda. Ne mogu da ti opišem. Lepota. Mislim, glupo kažem sad, ali negde sam, nemam pojma, i sad, ne znam, ima neko drvo tamo, prosto mogu da idem u wc, a da ne mora da bude da čučnem i to je to. To je bilo olakšanje isto, al' stvarno. Ako sam negde, ili u prirodi ili negde, šta znam, tako nekako. Mislim, mnogo toga. Baš je bilo, onako, samo ustanem, ili istuširam se, ili oznojim se, samo promenim majicu, idemo dalje. Ne sad, palim fen, sušim binder, kako ću, jaaj bože, znojav, ovo-ono, mislim, baš je to bilo preteško. Mislim, ranije teško. Ali, posle operacije, posle svega toga, kad sam se oporavio, uh, veliko olakšanje. Ali stvarno. (Nenad)

Olakšanje donosi to što više ne mora da se (toliko) brine da li će neko drugi opaziti neke karakteristike ili ponašanja koja nisu tipična za muškarce. Iako su hormoni doneli veliko zadovoljstvo, deo nesklada između realnog i željenog (ali i društveno propisanog) tela je ostao, tako da operacija predstavlja dodatno oslobođenje. Cilj je uklopiti se u norme tradicionalnog rodnog izražavanja tako da niko ne dovede u pitanje njihov rodni identitet.

„Čekanje za operaciju... pa kao i život generalno. Ceo život kao da sam to čekao, takav je bio osećaj. (...) A najgore mi je bilo što ne mogu ni sebe da zadovoljim mentalno u tom smislu, da imam tu socijalnu ulogu, bukvalno mislim dođem do trafike i već tu mi je nelagodno, i u ambulanti i gde god, baš na svakom koraku, to je bio taj gap u vremenu, koji je bio otprilike neke dve godine.” (Filip)

Svest o tome da još uvek nije imao operacije – da ih, iz finansijskih razloga, i dalje čeka – Filipa onemogućava da se u potpunosti utvrdi u muškoj socijalnoj ulozi. Nelagoda se pojavljuje čim izađe u spoljašnji svet, gde je svaka situacija pretnja da bude razotkriven da nije onaj za koga se predstavlja. Zbog toga ima osećaj ne da prosto čeka na operaciju, nego i na započinjanje svog života. Ova metafora nije retka u narativima transrodnih osoba – operacija koja omogućava prilagođavanje tela rodnom identitetu je nešto što osobama omogućava *novi* život, koji podrazumeva slobodno učestvovanje u svim aktivnostima i sferama, bez straha i kompromisa.

„Sada sam napokon potpuno spreman za novi život, u smislu već sam zakazao za more i za sve... Baš jedva čekam sve to.” (Strahinja)

Ovde ponovo vidimo motiv životne prekretnice, koji je postojao i kod započinjanja hormonske terapije. Trenutak kad se telo modifikuje tako da u dovoljnoj meri odgovara identitetu i očekivanjima osobe je početak novog života, koji živi nova, autentična osoba, koja više ne mora da glumi. Dok je Strahinja imao mastektomiju šest meseci pre intervjua, Igor već tri godine uzima testosteron i još uvek čeka operaciju i konačnu afirmaciju svog identiteta.

„Pa konačno da budem ja – ja. Da ne moram da glumim više. Da mogu da odem sutra na more i da se skinem i da me baš... ono bude baš briga. Baš da me bude briga hoće li neko da me gleda ovako ili onako. Mislim, ja sam se prošle, da prošle godine sam se ja kupao ovde na Adi. I zapravo niko nije buljio u mene. Mislili su: mali ugojeni dečko ono ... mali dečko debeli i to je to. (Igor)

Iako ga je okruženje opažalo kao muškarca, Igor oseća da i dalje glumi – da to još uvek nije on, odnosno da je za pun i autentičan doživljaj identiteta neophodan i doživljaj odgovarajuće otelovljenosti.

Marija je jedina žena u uzorku koja je prošla kroz hirurško prilagođavanje pola i u njenom odgovoru je takođe prisutan doživljaj da je operacija učinila da ona i život postanu pravi – „*da je to – to*”.

„Uglavnom, ne znam, mnogo mi je bolje posle operacije, i žao mi je što nisam mogla ranije da je završim. Sada vidim da je to – to.” (Marija)

Ipak, nemaju svi učesnici ovakav doživljaj hirurških intervencija – Dima i Dorian, iako su zadovoljni svojim izborom, o operacijama ne govore sa oduševljenjem niti ih posmatraju kao trenutak koji sve menja i nakon kog počinje pravi život. Tome delom doprinose uporne postoperativne komplikacije koje ne mogu lako da se reše, ali svakako ovaj suzdržaniji stav predstavlja i protivtežu idealizaciji hirurških intervencija u jednom delu trans zajednice, kao i upozorenje o neophodnosti detaljnog informisanja o njihovim ograničenjima i rizicima.

„(Operacija je) promena nabolje definitivno, ali opet... ne znam, razmišljam, jeste nabolje ali opet nije ono što sam očekivao...” (Dima)

„Operacija... Ne znam, nekako... Imam neko neutralno mišljenje o operaciji, iskreno. Znam da dosta ljudi ima ono osećaj da su se oslobodili u tom momentu. Ja sam taj osećaj imao kad sam dobio novu ličnu kartu. Važnije mi je bilo to što mogu da promenim dokumenta. Znači nakon operacije, super, samo da se oporavim finally, super je što ne moram više da nosim bajnder, baš kul osećaj, mogu brže da se spremim, lakše da funkcionišem... Ali mi je mnogo bitnije bilo to jurenje dokumenata i da sredim svoje dokumente. Znači to mi je donelo mnogo veće olakšanje, nego samo operacija.” (Dorian)

I pored praktičnih olakšica koje je operacija donela, Dorian veću važnost pridaje mogućnosti pravnog priznanja roda, za koji su, u vreme kad je on prolazio kroz proces, bile neophodne hirurške intervencije (pre svega genitalna).

Medikalizacija ovog pravnog procesa znači da on zapravo nije ni mogao da dođe do svog trenutka oslobođenja bez pristajanja na hiruške intervencije. Takođe, on pravi razliku između donje i gornje operacije – dok je gornja neophodna, donja nije, što je tema o kojoj se danas sve više govori.

I.3.1 Važnost individualizacije tretmana

– „gornja operacija je definitivno bila potreba, ali donja – ne”

U medicinskim krugovima preovladava očekivanje da će sve transrodne osobe želeti sve dostupne medicinske intervencije, pa tako i da svi trans muškarci nužno žele metoidioplastiku ili faloplastiku. Međutim, poslednjih godina sve su jači glasovi unutar zajednice koji opovrgavaju ovo shvatanje. Iskustva naših učesnika govore u prilog individualizacije tretmana. Tako Dorian u vreme kad je operisan nije imao izbor da odbije intervenciju, ali danas smatra da se ne bi na nju odlučio ukoliko donja operacija ne bi bila uslov za pravno priznanje pola.

„Mislim, gornja operacija mi je trebala, a donja, da sam morao da je platim, ja nikad ne bih platio znači, znači ne bih radio. A i zbog komplikacija koje sam imao zbog operacije, mogu blago reći da se kajem što sam je uradio... It wasn't worth it, nije vredelo. OK sam sa tim i ne predstavlja mi sad neki problem, ali da mogu da se vratim – ne bih radio (...) Nije mi bilo nešto bitno, nisam imao neku donju disforiju, mnogo više funkcionalno, ono kao – volim da putujem, volim da idem u prirodu, bukvalno lakše bi mi bilo ako mogu da piškim i da stojim. To je bio jedini razlog.” (Dorian)

Sa druge strane, Strahinja je jedan od prvih muškaraca u Srbiji koji su imali mogućnost da urade samo gornju operaciju – do tad je bilo moguće ili da se obe intervencije rade odjednom, ili da osoba sama u celosti finansira intervencije. I on se jeste odlučio samo za operaciju grudi, dok nije spreman na dodatne intervencije ne doživljava ih kao neophodne kako bi sebi dodatno poboljšao kvalitet života ili umanjio disforiju.

„Znam koje sve opcije postoje što se tiče donje operacije i makar za sad, koliko god u Srbiji to bilo napredno, mislim da meni ne vredi proći kroz taj proces, jer oporavak i bol i sve, baš mi je nekako previše, tako da za sada, ja sam odradio sve što sam znao da može mnogo da mi olakša život, i sada sam stvarno zadovoljan. Nemam nikakvo kajanje ili tako nešto.” (Strahinja)

Međutim, i pored toga što je formalno obavezivanje na obe operacije ukinuto, ovaj učesnik izveštava da na različitim mestima doživljava pritisak da uradi i donju operaciju. Deo očekivanje za takvom vrstom rodnog konformiranja dolazi iz medicinskih krugova.

„Doktorica je nakon operacije došla i rekla: ‘Dobro, ti kad budeš hteo donju operaciju, doći ćeš ovde’, i krenula nešto u tom smislu. Ja sam rekao da stvarno nemam nikakvu ideju da li će to biti za deset godina, za petnaest ili nikad, i baš je bila, i ona i sestre su bile ono u fazonu: ‘Pa kako to, to je sledeći logično korak.’” (Strahinja)

Ovo nerazumevanje od strane medicinskog osoblja prepoznaje kao posledicu nedostatka otvorene komunikacije između transrodnih osoba i medicinskih radnika. Trans osobe uglavnom izbegavaju da pred lekarima preispituju želju za donjom operacijom jer strahuju da će im zbog toga biti uskraćen pristup svim intervencijama, dok lekari često ne posvećuju dovoljno pažnje i vremena razgovoru sa svakim pacijentom, pa je potreba za individualizacijom tretmana dugo bila neprepoznata.

„Kako slušaju više različitih priča da nismo svi na isti kalup, da nemamo potpuno iste želje, da u istom vremenskom periodu odradimo sve što ima da se odradi, tako mislim da i oni malo postaju osetljivi na to. I eto, čim smo taj dečko i ja prošli da može samo gornja, mislim da će i drugima biti lakše da kažu svoje želje psihijatrima a kasnije i hirurzima, tako da mislim možda je i dobra stvar što sam među prvima najnormalnije rekao: „Ljudi, ja neću to i to”, tako da, menjaju se stvari.” (Strahinja)

Očekivanje da svaka trans osoba želi da odmah i u što većoj meri prilagodi svoje telo standardima rodno-tipičnog tela svakako ima veze i sa cisnormativnošću, koja s jedne strane utišava i ignoriše glasove koji govore drugačije, a onima koji se čuju oduzima legitimitet da govore kao zaista pravi muškarci ili žene. Ova tendencija, kao što smo videli, postoji u medicinskim krugovima, ali i na drugim nivoima društva. Zato one osobe koje odstupaju od normativnih očekivanja treba osnažiti da se otvoreno bore protiv takvih pritisaka.

II Sporne prakse u procesu medicinskog prilagođavanja pola: „čuvanje kapije” i medicinsko nasilje

Tokom više od trideset godina rada zabeleženi su primeri kako dobrih, tako i loših praksi Beogradskog tima za rodni identitet (Smiley et al., 2017, Zulević, 2012). Učesnici u našem istraživanju su izveštavali o neopravdanom odlaganju započinjanja tretmana, nedovoljnoj ili lošoj komunikaciji sa nekim članovima tima, neprilagođenim procedurama (kao što je insistiranje na kolposkopskom pregledu nakon što je deo operacija prebačen u GAK Narodni Front), postoperativnim komplikacijama, ali i medicinskom nasilju. U nastavku ćemo se osvrnuti na problematičnu praksu uslovljavanja koje za posledicu ima odlaganje tretmana, a zatim prikazati slučaj medicinskog nasilja.

II.1 Uslovljavanja saglasnosti za hormonski tretman i operacije

Prvih šest verzija „Standarda nege” je od osobe zahtevalo da ispuni određene uslove pre nego što dobije saglasnost za započinjanje hormonskog tretmana i operativne zahvate, odnosno da prođe tzv. iskustvo ili test stvarnog života⁷ (TSŽ). To podrazumeva da osoba treba da ima iskustvo življenja u svom identitetu i da to može da dokumentuje ili da potvrdi neka treća osoba. Takođe,

7 U nekim izdanjima SOC-a test stvarnog života se može zameniti ličnom psihoterapijom u trajanju od 3 ili 6 meseci.

potrebno je da osoba ima posao sa punim ili delimičnim radnim vremenom, ili da studira, ili da volontira, kao i da koristi novo ime. Mada je uvedena kako bi se smanjila verovatnoća kajanja nakon ireverzibilnih intervencija, ova praksa se danas posmatra kao sporno „čuvanje kapije” zato što se pokazalo da TSŽ ne utiče na postoperativno zadovoljstvo ili kajanje (Lawrence, 2011), potkrepljuje tradicionalne rodne norme i za posledicu ima odlaganje započinjanja tretmana koji bi mogao pozitivno da deluje na mentalno zdravlje (Colizzi, Costa & Todarello, 2016; Costa & Colizzi, 2016).

Kod nas se u okviru TSŽ od osobe očekivalo da ima iskustvo života u svom identitetu, da ima stalan posao ili završen fakultet i da svoj identitet saopšti članovima porodice⁸. Ovakva očekivanja su za neke transrodne osobe bila veoma zahtevna, posebno s obzirom na istoriju stigmatizovanja i teškoće sa mentalnim zdravljem sa kojima se suočavaju. Od Marije je psihijatrica zahtevala da završi fakultet pre nego što počne s hormoskom terapijom. Ona je tokom odrastanja doživljavala vršnjačko nasilje i nerazumevanje porodice i borila se sa snažnom rodnom disforijom, tako da je ovakav zahtev pojačao psihičku patnju.

„ Psihijatrica koja je insistirala na tome je, da kažem, davala vetar u leđa mojim roditeljima da odlože moju operaciju i da odlože sve... (...) Plašila sam se da, ako ne započnem tranziciju, sve će postati još gore. Što je tako i bilo, ali ja sam više iz tog velikog straha da će se stvari još više pogoršati, zbog toga sam i započela sama da uzimam hormone.”(Marija)

Kao i mnoge osobe koje anticipiraju ili su doživele uskraćivanje ili odlaganje hormonske terapije, ona hormone počinje da uzima samostalno, bez lekarskog praćenja, što može da ima negativne posledice po fizičko zdravlje. Marija smatra da su psihijatrica i roditelji stavili fakultet ispred njenog zdravlja i da su odbijali da čuju i uvažavaju koliko je njoj potrebno da završi proces.

„Mislim da je to negde bilo važno za moje zdravlje, da nekako završim tranziciju, i sad pogotovo kad vidim koliko mi je, koliko se bolje osećam, stabilnije, koliko mi je život bolji ne mogu da verujem da je to neko stavio na drugo mesto i rekao da je važnije da ti završiš fakultet, sa kojim pritom nikad nećeš naći posao.” (Marija)

Milena se susrela s drugom vrstom problema. Njeno iskustvo ilustruje problematičnost uslovljavanja pristupa tretmanu imanjem stalnog posla. Ona je prinuđena da prekine proces svaki put kad izgubi posao i formalno se vraća na početak. Istovremeno, ona nema odgovarajuća dokumenta, tako da ima veoma ograničen izbor u traženju posla i pristaje na rad „na crno” ili kratke ugovore, zbog čega ne može da ispunji uslove za dobijanje pisma preporuke. Tako se njoj kao uslov za ulazak u tranziciju traži da ispunji ono što bi joj bilo omogućeno ili barem olakšano tek nakon procesa tranzicije, čime se stavlja u bezizlaznu situaciju.

„Taman krenem ceo taj proces i onda iskrsnu neki problemi na poslu, pa ne može dalje sa tranzicijom jer ako te izbace iz kuće tvoji kud ćeš.

8 U poslednjih nekoliko godina jedan deo tima odustao je od ovih zahteva.

Taman krenem u nešto, prosto nikad nisam imala dovoljno, pošto nisam imala dovoljno prihvatanja, nisam imala bazu od koje bih gradila to dalje u životu, onda nisam išla, nisam imala kontinuitet u procesu tranzicije, dovoljan dugo da to obavim (...) Istekne mi uput, ostanem bez posla, ili promenim posao i onda ne znam da li ću se tu zadržati, ono ne vadim dalje i kažem, povlačila sam se, malo i ja posle nisam imala hrabrosti da teram dalje u tranziciji.” (Milena)

U kontekstima u kojima mnogi ljudi žive u nepovoljnoj socio-ekonomskoj situaciji, trasrodne osobe su u posebno nepovoljnom položaju – često nisu u mogućnosti da napuste mesto u kome žive i gde ih već poznaju u određenom rodu, a pronalaženje posla je otežano i u starom i u novom okruženju, kako zbog stope nezaposlenosti, tako i zbog razlike između podataka u dokumentima i rodnog izražavanja, što vodi diskriminaciji i nasilju.

Poseban problem u pogledu testa stvarnog života predstavlja to što su transrodne osobe često primorane da žive u dvostrukom identitetu: npr. Dima je na određenim mestima i kontekstima i dalje bio u ženskom identitetu, a na drugim u muškom. Iskustvo podeljenog života je zbunjujuće i uznemirujuće i iziskuje veliki mentalni napor u smislu praćenja u kojim situacijama treba da se prikazuje na određeni način.

„Bilo mi je teško i tad kad sam počeo da idem kod psihijatrice, kad je već trebalo da počnem da živim taj real life test, kako ga oni zovu, tad mi je postalo, ne znam, užasno da na jednom mestu budem Jana, na drugom mestu Dima...” (Dima)

Dima govori i o anticipiranoj stigmi – on stalno strepi da li će drugi nešto primetiti kad je u muškom identitetu, jer nije siguran da li fizički „dovoljno prolazi”.

„Možda je to najteži deo tranzicije – kada trebaš da budeš na određenim mestima druga osoba, pa onda moraš da paziš da ti negde ne izleti nešto što ne treba, ne znam... Uvek postoji strah na javnim mestima da li neko nešto primećuje, da li će neko nešto da uradi loše, da dobaci ili ne daj bože da fizički nešto uradi... (Dima)

Saopštavanje okruženju koje već poznaje osobu u određenom rodu i početak života u novom rodu može nositi rizike i opasnosti, posebno u konzervativnom lokalnom kontekstu.

„Mislim, nismo hteli da se krijemo, prosto ja sam rekao svima u gradu, pošto tada sam hteo da započnem, i ranije, taj svoj real life test, onda sam to počeo jer sam želeo da to sve bude što pre. I onda sam je rekao svima da sam ja, eto, bio u bolnici, da sam ja promenio pol. To je bila izmišljotina, ali ljudi su poverovali u to, pošto ne znaju (. . .). I onda sad postoje ljudi koji su bili protiv toga... da me linčuju čoveče! Mislim, ono, baš je bilo gadnih situacija gde dolazi dečko, ladno, lupi mi šamar i psuje svašta nešto tamo. Ništa, ja stojim, i šta da radim, to je to. Ili, ne znam, u klubu smo na primer, i sad dolazi tu neka ekipa, i sad tu nešto

prebacuju, vređaju, prete, i svašta nešto. I, ništa, šta da kažem, ćutim. To je to. Kažem ti, imao sam čak i nekoliko puta baš sukobe sa takvim, sa takvim ljudima.” (Nenad)

Nenad preživljava nasilje zbog toga što je javno saopštio svoju transrodnost u maloj i konzervativnoj sredini u kojoj je odrastao i u kojoj su ga znali u ženskom identitetu. Njegovo svedočenje govori o stvarnosti transfobičnog nasilja (koje se često negira ili minimizuje), ali i o značaju ulaska u medicinsku tranziciju: ona ne može da se smireno čeka, već se doživljava kao nužnost, kao potreba čije odlaganje ne može da se podnese, već mora da se učini sve da bi do nje što pre došlo, bez obzira na moguću opasnost.

II.2. Medicinska prinuda

U ovom odeljku ćemo u kratkim crtama prikazati iskustvo medicinskog nasilja. Situacija se desila pre nekoliko godina, ali je unutar trans zajednice poznato da je kroz slično iskustvo prošlo više transrodnih osoba. U pitanju je zahtev za nagim fotografijama od strane članice lekarskog tima bez poštovanja procedure traženja informisanog pristanka. Kao razlog za ovaj zahtev se navodi praćenje delovanja hormonske terapije, ali su fotografije pacijenata (sa trakama preko očiju) prikazivane na kongresima i objavljivane u naučnim radovima. Sporna praksa datira još s početka devedesetih. Sebastian se javio tadašnjem glavnom endokrinologu, koji ga je uputio na svoju mlađu saradnicu.

„Onda je ona preuzela ceo proces da prati i sećam se tog slikanja. Ta priča o fotografisanju, tada se to prvi put pojavilo, tako što me je ona zaključala u jednu sobu i rekla: „Sad ću da te fotografišem”. Ja sam rekao: „Ne”, ali ona tad nije imala kao što se pre par godina ponašala, reper, da me ukida ili bilo šta, ucenjuje, tako da je rekla „Sigurno nećete?” Pokušala je da se pozove na popularnost, što je meni bilo tek strahotno.” (Sebastian)

U sećanju na događaj koji se desio pre skoro trideset godina posebno su važna dva elementa: najpre, lekarka je pacijenta *zaključala* u jednu sobu⁹, čime je faktički onemogućila da on samoinicijativno napusti prostoriju, i fotografisanje nije ponudila kao mogućnost, uz objašnjenje zbog čega se to predlaže i adekvatno pribavljanje pristanka, već kao zahtev, naredbu. S druge strane, i sam Sebastian ističe da mu je tad bilo lakše da odbije jer je lekarka, iako se nalazila u ulozi medicinskog autoriteta, ipak bila na početku karijere i imala je iznad sebe starijeg kolegu kome bi Sebastian, makar teoretski, mogao da se požali i da traži da proces nastavi s njim.

Trideset godina kasnije Marko nije imao ovu mogućnost, pošto je u trenutku kad joj se javio ona bila jedina lekarka koja se bavila tim delom medicinske tranzicije. Marko je prilikom boravka u dnevnoj bolnici čuo priču da lekarka fotografiše ljude, ali nije na to obraćao pažnju.

9 Mada zaključavanje može da se objasni namerom da se sačuva privatnost pacijenta (čije bi fotografije zatim bile dostupne stručnoj javnosti), ono je sprovedeno bez saglasnosti pacijenta. Takođe, praksa zaključavanja vrata se ne koristi ni prilikom ginekoloških pregleda i drugih pregleda koji takođe podrazumevaju da je osoba delimično ili u potpunosti naga.

„Poslednja stvar je bila taj dan: „Ideš kod doktorke da te slika”. OK, ja sam bio... malo mi je šta imalo smisla, i ja sam nekako u svojoj glavi video kao možda hoće da se delimično skinem i da može da slika da ima kao presek, pre i posle. Međutim, kad sam došao, ona je rekla sve da skinem, zaključala me u svoj kabinet, i ne znam šta mi je sve pričala – ja sam toliko bio u šoku, toliko sam bio van sebe, da pola stvari koje mi je pričala se ne sećam. Znam da mi je pričala valjda to je da se vidi promena koliko će grudi da se smanje nakon početka hormona, to mi tad nije baš pilo vodu, ali sam bio toliko u panici da nisam baš umeo da reagujem. Iskreno, tek kasnije mi je došlo šta sam ja mogao da uradim, a to je već bilo kasno..” (Marko)

Scena od pre trideset godina se ponovila, samo su nejednaki odnosi moći istaknutiji: Marka sad neko vodi kod lekarke, koja više nema nikog iznad sebe. Isto kao i pre trideset godina, ona zaključava vrata, što je za Marka toliki šok da se zamrzava. Reakcija zamrzavanja i teškoće sa prisećanjem delova događaja su indikatori da je u pitanju traumatsko iskustvo. Takođe, on i dalje ne zna za šta lekarka koristi njegove fotografije, što doprinosi doživljaju gubitka kontrole karakterističnom za traumu.

„Ja i dan-danas ne znam da li ona te slike pokazuje medicinski kad predaje ljudima ili ne, pojma nemam, i znam da nisam jedini, znam da ima i drugih ljudi.”(Marko)

Kao što Marko saopštava, unutar zajednice je poznato da je više ljudi imalo isto iskustvo. Dorian tokom intervjuua u okviru opisivanja odluke da uzme hormone bez lekarskog nadzora spontano reflektuje da je moglo da se desi da i on bude na mestu tih mladih ljudi.

„Sa te strane sam imao sreće, jer sad znam šta je drugim ljudima radila koji su krenuli kod nje na hormone, da ih je slikala gole... Da sam krenuo sa njom na hormone, umesto na svoju ruku, da li bi to uradila i meni i da li bi joj dopustio to... As I was really desperate for hormones, I'm might let her do that... ” (Dorian)

On naglasak stavlja na poziciju moći na kojoj se lekarka nalazi, pošto je u tom trenutku bila jedina osoba u državi koja se bavi tim delom tranzicije. Upravo zbog takve pozicije koja otežava da se pacijent suprotstavi ili odbije zahtev neophodno je strogo pridržavanje svih etičkih principa lekarske prakse i rad na interpersonalnim veštinama i osveščivanju odnosa moći.

Zaključak

U ovom radu smo pokušale da damo osvrt na proces medicinske tranzicije, uz napomenu da, zbog ograničenja u dužini rada, značajan deo materijala nije mogao da bude uključen u tekst. Analizirale smo iskustva i psihološka značenja koja učesnici daju svakoj od etapa ovog procesa i osvrnule smo se na problematične prakse i problem medicinskog nasilja. Naši nalazi nedvosmisleno

upućuju na veliki psihološki i praktični značaj medicinske tranzicije za transrodne osobe, kao i potrebu za individualizacijom tretmana koji bi bio prilagođen individualnim potrebama i okolnostima.

U prethodnih vek i po medicina se konstituisala kao oblast koja reguliše fenomen transrodnosti: ona određuje njen status unutar svojih klasifikacija i omogućava, ali i nadzire pristup intervencijama kojima se telo prilagođava rodnom identitetu. Kao što smo videli u teorijskom i istraživačkom delu rada, tokom procesa ovog prilagođavanja transrodne osobe su često izložene institucionalnoj i interpersonalnoj stigmatizaciji. Ujedno, proces medicinske tranzicije je prilika za afirmaciju transrodnosti upravo zahvaljujući velikoj psihološkoj važnosti prilagođavanja tela rodnom identitetu za same osobe, kao i praktičnim implikacijama za njihov svakodnevni život. Tranzicija ima centralno mesto u životu transrodnih osoba sve dok one ne dožive ovaj proces kao zaokružen, što se kod različitih osoba vezuje za različite faze procesa prilagođavanja pola. Ova preokupiranost je razumljiva zbog svega što znamo o telesnoj disforiji, invalidirajućim reakcijama sredine i primoranosti da se u socijalnim odnosima funkcioniše u rodu koji se doživljava kao stran. Pritisku doprinose i nataložena iskustva osoba koje su se u prošlosti obraćale članovima tima za rodni identitet, a koja govore o odlaganju, pa čak i uskraćivanju tretmana, kao i različitim oblicima zloupotreba. Pri tom treba da imamo u vidu da dosta osoba ulazi u tranziciju tokom adolescencije, koja je sama po sebi krizni period, a koju transrodno iskustvo dodatno otežava. Zato je neophodno da se individualizacija tretmana ugradi u standardnu praksu medicinskog tima, kao i da se prepozna značaj dostupnosti medicinske tranzicije kako za mentalno zdravlje, tako i za uspešno svakodnevno funkcionisanje i uspešno obrazovanje i zapošljavanje.

Jedno od ograničenja ove studije vezano je za sam uzorak. Iako se poslednjih godina beleži trend da se timu za rodni identitet obraća veći broj muškaraca nego žena, bilo bi značajno da se u uzorak uključi još učesnica, kako bi se postigao bolji rodni balans, kao i nebinarnih osoba. Buduća istraživanja koja se bave ovom temom bi trebalo da uključe i pitanja kao što su (ne)dostupnost blokatora puberteta i pitanje decentralizacije transspecifične zdravstvene zaštite.

Reference:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. doi: 10.1037/a0039906
- Barišić, J. (2016). Psihološki aspekti transseksualizma (rodne disforije). U: Duišin i Đorđević (ur.). *Transseksualizam: multidisciplinarni fenomen*. Beograd: Beogradski centar za urogenitalnu rekonstruktivnu hirurgiju.

- Barker, H. & Kevan Wylie, K. (2008) Are the Criteria for the 'Real-Life Experience' (RLE) Stage of Assessment for GID Useful to Patients and Clinicians?. *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131, DOI: 10.1080/15532730802297314
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Dusseldorf: Symposium Publishing
- Bižić, M., Jeftović, M., Pusica, S., Stojanović, B., Duišin, D., Vujović, S., Rakić, V., Djordjević, M. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical Aspects of Medical Treatment. *BioMed Research International*.
- Bockting, W.O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17, 211–224
- Burke, M. (2011). Resisting pathology: GID and the contested terrain of diagnosis in the transgender rights movement. In: McGann, P.J. & Hutson, J. (eds). *Sociology of Diagnosis. Advances in Medical Sociology*. Vol. 12, 183–210, Emerald Group Publishing Limited.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, P. et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7, *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232, DOI: 10.1080/15532739.2011.700873
- Colizzi, M., Costa, R. & Todarello, O. (2016). Transsexual patients psychiatric comorbidity and positive effects of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.psychneuen.2013.09.029>.
- Conrad, P. and Schneider, J. (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Expanded edition, with a new afterword by the authors. Philadelphia: Temple University Press.
- Costa, R. & Colizzi, M. (2016). The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1953–1966. <https://doi.org/10.2147/ndt.s95310>
- Denny, D. (2004). Changing model of transsexualism, *Journal of Lesbian and Gay Psychotherapy*, 8(1,2), 25–14.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. and Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnosis in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577.
- Duišin, D., Barišić, J., Stojanović, B., Kojović, V., Bižić, M., Vujović, S. & Đorđević, M. (2017). „Transgender Health Care in Serbia?”. *Contemporary Trans Health in Europe: Focus on Challenges and Improvements*. 6–8 April 2017, Belgrade, Serbia.
- Ellis, S.J., Bailey, L. & McNeil, J. (2015) Trans People's Experiences of Mental Health and Gender Identity Services: A UK Study, *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19:1, 4–20, DOI: 10.1080/19359705.2014.960990
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014

- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2019). *A long way to go for LGBTI equality*. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights.
- Gofman, E. (2009). *Stigma. Zabeleške o ophođenju s narušenim identitetom*. Novi Sad: Mediterran.
- Handler, T., Hojilla, J.C, Varghese, R., Wellenstein, W., Satre, D.D. and Zaritsky, E. (2019). Trends in Referrals to a Pediatric Transgender Clinic. *Pediatrics*, 144 (5) e20191368; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1368>
- Herek, G. M., Chopp, R., & Strohl, D. (2007). Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (pp. 171–208). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_8
- Hill, D. & Willoughby, B. (2005). The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles*, 53(7/8), 531–545.
- Keating, L., & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with ptsd symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 124–141. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>
- Larkin, M. & Thompson, A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In: Thompson, A. & Harper, D. (eds). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons, pp. 99–116
- Lawrence, Anne (November 4, 2001), *SRS Without a One Year RLE: Still No Regrets (Paper)*, XVII Harry Benjamin International Symposium on Gender Dysphoria, Galveston, Texas, preuzeto sa: https://itgl.lu/wp-content/uploads/2015/04/SRS-Without-a-One-Year-RLE_-Still-No-Regrets-2001.pdf
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence*. Haworth Clinical Practice Press.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Major, B. & O'Brien, L.T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393–421. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.
- Marković Žigić, D., Zulević, J. & Maksimović, K. (2015). Rad sa transseksualnim klijentima – specifičnosti tranzicije i izazovi nakon nje. In V. Miletić and A. Milenković (Eds.), *Priručnik za LGBT psihoterapiju* (pp. 172–188). Beograd: Udruženje za unapređenje mentalnog zdravlja.
- Nagoshi, J., Adams, K., Terrel, H., Hill, E., Brzuzy, S., Nagoshi, C. (2008). Gender Differences in Correlates of Homophobia and Transphobia. *Sex roles*, 59, 521–531
- Olson KR, Durwood L, DeMeules M, et al. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 137(3).
- Oosterhuis, H. (2012). Sexual Modernity in the Works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll. *Medical History*, 56(02). <http://dx.doi.org/10.1017/mdh.2011.30>

- Robles, R., Fresan, A., Vega-Ramirez, H., Cruz-Islas, J., Rodrigues-Perez, V., Dominguez-Martinez, T., Reed, G. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11, *Lancet Psychiatry*, 3: 850–59.
- Službeni glasnik RS (2011). Zakon o zdravstvenom osiguranju.
- Smith, J. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis: a reply to the commentaries and further development criteria, *Health Psychology Review*, (5)1, 55–61.
- Stryker, S. (2008/2017). *Transgender History. The roots of today's revolution*. Seal Press.
- Tebbe, E., Moradi, B. and Ege, E. (2014). Revised and Abbreviated Forms of the Genderism and Transphobia Scale. Tools for Assessing Anti-Trans* Prejudice. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 581–592.
- Valentine, S. & Shipherd, J. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24–38.
- Vujovic, S., Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, and Gooren L. (2009). Transsexualism in Serbia: A twenty-year follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1018–1023.
- Vujovic, S., Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, and Gooren L. (2009). Transsexualism in Serbia: A twenty-year follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1018–1023.
- Walker, P. Breger, J., Green, R., Laub, D., Reynolds, C. and Wollman, L. (1981). *Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Third edition*. San Francisco: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- Walker, P. Breger, J., Green, R., Laub, D., Reynolds, C. and Wollman, L. (1990). *Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Fourth edition*. San Francisco: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- Walker, P. Breger, J., Green, R., Laub, D., Reynolds, C. and Wollman, L. (1981). *Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Third edition*. San Francisco: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- Walker, P. Breger, J., Green, R., Laub, D., Reynolds, C. and Wollman, L. (1990). *Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Fourth edition*. San Francisco: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- Willoughby, B., Hill, D., Gonzalez, C., Lacorazza, A., Macapagal, R., Barton, M., Doty, N. (2010) Who Hates Gender Outlaws? A Multisite and Multinational Evaluation of the Genderism and Transphobia Scale, *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 254–271.
- Worthen, M. (2012). An Argument for Separate Analysis of Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual Men, Bisexual Women, MtF and FtM Transgender Individuals. *Sex Roles*, 68, 703–723.

Zulević, J. (2012). Istraživanje problema transeksualnih osoba u sferama školstva, rada i zapošljavanja, zdravstvene zaštite i državne administracije. U: Gajin, S. (ur.). *Model zakona o priznavanju pravnih posledica promene pola i utvrđivanja transeksualizma. Prava trans osoba – od nepostojanja do stvaranja zakonskog okvira*. Beograd: Centar za unapređenje pravnih studija.