DOI: 10.5281/zenodo.21079440
Originalni naučni rad
Primljeno: 20. 7. 2025
Prihvaćeno: 16. 1. 2026

Annual Review of Critical Psychology
Izdanje 22,
Specijalno idanje -
Jugoslovenske kritičke psihologije

**Jelena Vidić**

# OD PROMENE POLA DO MEDICINSKE AFIRMACIJE RODA – KRITIČKI OSVRT NA RAD BEOGRADSKOG SEKSOLOŠKOG TIMA

**Sažetak**

Mada su različiti aspekti života i zdravlja transrodnih osoba već decenijama predmet proučavanja različitih naučnih disciplina, među njima je svakako najistaknutija medicina. Od početaka medikalizacije i psihopatologizacije rodne različitosti u okviru psihijatrije, preko razvoja hormonskog tretmana i hirurških zahvata i potrage za savršenim kandidatom koji će se uklopiti u unapred definisani tretman, medicina i nauke o mentalnom zdravlju su prešle dug put. Danas smo svedoci depsihopatologizacije rodne različitosti, sadašnje smernice kao cilj rodno afirmativne medicine postavljaju postizanje najboljeg mogućeg fizičkog zdravlja i psihološke dobrobiti rodno različitih osoba, a medicinski rodno afirmativni tretman je individualizovan i prilagođen svakoj pojedinačnoj osobi.

Cilj ovog rada je da ponudi jedan mogući pogled na istoriju rodno afirmativne medicine na našim prostorima. Beogradski seksološki tim je počeo sa radom 1986. godine, svega sedam godina nakon što je objavljena prva verzija međunarodnih smernica za rad s transrodnim osobama. Sedam godina kasnije izlazi zbornik „Polni identitet i promena pola“ (Rakić i sar, 1993), kao važno svedočanstvo o tadašnjoj praksi našeg tima i njenim teorijskim utemeljenjima.

Imajući u vidu dugu istoriju rodno afirmativne medicine na našim prostorima, kao cilj našeg rada smo uzeli analizu delova ovog zbornika koji ulaze u domen psihologije i psihijatrije, a kao dominantan pristup koristili smo kombinaciju deduktivne i induktivne analize. Četiri teme na koje smo se fokusirali su: Određenje rodne različitosti, Medicinski tretman rodne različitosti, Rodna različitost i okruženje i Etička razmatranja. Poređenjem rada našeg tima i vodećih smernica tog vremena pokazali smo da je praksa bila usklađena sa tadašnjim međunarodnim standardima. U poslednjem delu rada smo tadašnju praksu i smernice sagledali u kontekstu savremenog pristupa, sa posebnim naglaskom na indikacijama za tretman i potrazi za „pravim transseksualcem“.

**Ključne reči:**
Beogradski seksološki tim; transrodnost; medicinsko prilagođavanje pola; rodno afirmativni pristup

Jelena Vidić, Docentkinja, Departman za psihologiju, Fakultet za medije i komunikacije, Univerzitet Singidunum, Beograd, Srbija
jelena.vidic@fmk.edu.rs
0000-0001-5844-2651

Citiranje:
Vidić, J. (2026). From sex reassignment to medical gender affirmation – a critical review of the work of the Belgrade Sexological Team. *Annual Review of Critical Psychology,* 22.
https://doi.org/10.5281/zenodo.21079440

CC BY NC ND

## Uvod

Naučna oblast koja se bavi različitim aspektima života i zdravlja osoba čiji se rodni identitet razlikuje od pola pripisanog po rođenju, a koje danas nazivamo transrodnim i rodno različitim osobama, početkom dvadeset prvog veka prolazi kroz intenzivne promene. Nakon uspostavljanja ove oblasti u dvadesetim godinama dvadesetog veka, prekretnicu predstavlja objavljivanje studije „Transrodni fenomen" Harija Bendžamina (Benjamin, 1966), a zatim i osnivanje „Međunarodnog udruženja za rodnu disforiju Hari Bendžamin" 1979. godine[1], koje te iste godine objavljuje prvo izdanje „Standarda nege zdravlja transrodnih osoba". Postepeno raste broj istraživanja u ovoj oblasti, a sa njima dolaze i promene u pristupu: pored depsihopatologizacije rodne različitosti kao ključne promene koja se desila u naukama o mentalnom zdravlju i koja je donela značajne izmene u tretmanu i zaokret ka rodno afirmativnom pristupu[2] (Hidalgo et al, 2013), oblast se poslednjih godina sve više posmatra kao interdisciplinarna, pa tako pored različitih grana medicine obuhvata i pravne nauke, ali i znanja iz sociologije, antropologije, studija kulture i književnosti i kvir teorije. Pored uvećanja empirijskih podataka, važan doprinos razvoju ove oblasti pružilo je jačanje aktivističkog pokreta za poboljšanje položaja transrodnih osoba, koje je omogućilo udruživanje i jasnije artikulisanje zahteva i potreba transrodne zajednice (Stryker, 2007).

Ukoliko uporedimo transrodnu medicinu šezdestih i sedamdesetih godina dvadesetog veka i danas, uočavamo nekoliko značajnih promena. Nakon decenija tretiranja transrodnosti i rodne različitosti kao mentalnog poremećaja[3], stručna zajednica rodnu različitost danas uglavnom smatra „uobičajenim i kulturno raznolikim ljudskim fenomenom, koji ne bi trebalo da se ocenjuje kao inherentno patološka ili negativna pojava" (Coleman et al., 2022, str. 56). Uporedo sa pozivima na depsihopatologizaciju i destigmatizaciju rodne različitosti, napušta se isključivo binarno shvatanje roda, a rod se umesto toga posmatra kao spektar (APA, 2015). Promene u nozološkom statusu transrodnosti odvijaju se istovremeno sa promenama u samom tretmanu: umesto traženja idealnog kandidata koji će proći kroz unapred definisane korake „trijadne terapije" sa ciljem potpune „promene pola", danas se očekuje da zdravstvena nega bude prilagođena individualnim potrebama svake osobe. Tretman, između ostalog, *može* da obuhvata hormonsku terapiju i hirurške intervencije, terapiju glasa i komunikacije, uklanjanje malja, primarnu zdravstvenu negu, usluge iz oblasti reproduktivnog i seksualnog zdravlja i mentalnog zdravlja, a od zdravstvenih radnika se očekuje da svojim aktivnostima rodno različitim osobama omoguće da „optimizuju opšte fizičko zdravlje, psihološku dobrobit i samoostvarenje" (Coleman et al., 2022). Depsihopatologizacija donosi i promenu uloge psihijatra i psihologa: od „čuvara kapije" koji traga za odgovarajućim kandidatom za medicinsku afirmaciju pola, danas se naglasak stavlja na informisani pristanak i saradnički odnosi između same transrodne ili rodno različite osobe i stručnjaka za mentalno zdravlje.

S druge strane, uprkos značajnim promenama u shvatanju rodne različitosti, kao i u vodičima i smernicama za rad s rodno različitim osobama, istraživanja nam pokazuju da se transrodne i

[1] Ovo udruženje će 2007. godine promeniti ime u „Svetsko stručno udruženje za transrodno zdravlje" (WPATH).
[2] Odlike rodno afirmativnog pristupa je ne(psiho)patološko shvatanje rodne različitosti, prepoznavanje i uvažavanje rodne fluidnosti i kulturološkog konteksta, a umesto biološkog esencijalizma (i sredinskog determinizma) se u razumevanju razvoja rodnog identiteta razmatra složena međuigra bioloških, psiholoških, društvenih i kulturnih faktora.
[3] Psihopatologizacija rodne različitosti je sa sobom donela i stigmu mentalnog poremećaja, odnosno smeštanje rodno različite osobe u ulogu psihijatrijskog pacijenta, prateći gubitak autonomije pacijenta i paternalizujući odnos lekara.

nebinarne osobe u kontaktu sa zdravstvenim radnicama i dalje suočavaju s brojnim teškoćama. Neke od tih teškoća, kao što su oslovljavanja u pogrešnom rodu i pogrešnim imenom, očekivanja da se uklope u cisheteronormativna[4] očekivanja zdravstvenih radnika, prolongiranje pristupa tretmanu i uskraćivanja tretmana, pa čak i verbalne uvrede, dolaze od strane medicinskih radnika, dok druge, kao što je nedostatak hormonske terapije, duge liste čekanja kod specijalista ili manjak edukovanih stručnjaka, možemo posmatrati kao strukturne prepreke (Berrian et al, 2024; Vidić, 2020; Smiley et al, 2017). U posebno nepovoljnom položaju su nebinarne osobe, prema kojima je rodna stigma još izraženija, što se odražava na njihov socio-ekonomski položaj, fizičko i mentalno zdravlje, pristup različitim uslugama i još veću izloženost transfobičnom nasilju u različitim kontekstima, uključujući i cisnormativna očekivanja i negativne reakcije medicinskih radnika (McCann et al, 2021; Burgwal et al, 2019).

Pre skoro četiri decenije rodno afirmativna medicina je počela da se razvija i na prostoru bivše Jugoslavije. Beogradski seksološki tim formiran je 1986. godine, sedam godina nakon objavljivanja prve verzije „Standarda nege zdravlja“. U njegovom sastavu su bili psihijatri Zoran Rakić i Jovan Marić, endokrinolozi Dragoljub Slijepčević i Svetlana Vujović i hirurg Sava Perović. Prva operacija tzv. promene pola je obavljena 1989. godine. Iako se u međuvremenu donekle menjao sastav tima, kontinuitet u njegovom radu je sačuvan sve do danas. Interesantno je, upravo u svetlu nerazumevanja, pa čak i odbacivanja od strane lekarske zajednice, da je rad nekadašnjeg Beogradskog seksološkog tima, a današnjeg Beogradskog tima za rodni identitet, uprkos priznatosti u međunarodnim okvirima[5] dobio svoje zakonsko uporište tek 2012. godine osnivanjem Republičke stručne komisije. Komisija je najpre nosila naziv Republička stručna komisija za lečenje transrodnih poremećaja, a onda je 2017. godine, na zahtev nevladinih organizacija, preimenovana u Republičku stručnu komisiju za transrodna stanja. To znači da rad grupe lekara (čiji se sastav tokom godina menja i proširivao) skoro četvrt decenije nije bio prepoznat od strane države i nadležnog lekarskog tela[6].

Beogradski seksološki tim je 1993. godine objavio zbornik „Polni identitet i promena pola“ (Rakić i sar, 1993). Ovaj zbornik predstavlja prvu stručnu medicinsku publikaciju na našim prostorima koja se bavila pitanjem transrodnosti i rodne različitosti i dragoceno je svedočanstvo o prvim godinama rada Tima, osobama koje su im se obraćale i tadašnjim shvatanjima transrodnosti i

[4] Pod cis/heteronormativnim društvom mislimo na društvo u kome postoji cisrodnost kao rodna norma, a heteroseksualnost kao seksualna norma. Cisrodne osobe su osobe kod kojih ne postoji razlika između pola pripisanog po rođenju i njihovog rodnog identiteta, izražavanja i uloge, a heteroseksualne osobe one koje osećaju seksualnu, romatičnu i erotsku privlačnost prema osobama drugog pola. U tradicionalnim patrijarhalnim društvima seksualna i rodna norma često idu zajedno, pa se zato često koristi izraz cisheteronormativnost, ili cisheteroseksizam.

[5] Za prikaz iskustva jednog trans muškarca u navigiranju kroz državne i privatne ustanove u Srbiji videti rad Norda (Nord, 2018)

[6] Naš stav je da ovu činjenicu treba da razumemo u kontekstu sveukupnog negativnog odnosa prema transrodnosti, ne samo na nivou šireg društva, već i unutar medicinske zajednice. U tradicionalnom patrijarhalnom društvu kao što je naše rodna norma ima veliku važnost i vrednost, pa otuda proizilazi i visok stepen predrasuda i diskriminacije prema rodno različitim osobama, kao i nizak stepen informisanosti (za istraživanje među zdravstvenim radnicima vidi Vidić, 2020). Ovo je prisutno kako na institucionalnom/strukturnom nivou (pre svega kroz odsustvo neophodne pravne regulative), tako i na individualnopsihološkom nivou. Nažalost, u Srbiji su veća istraživanja uglavnom ispitivala stavove prema LGBT osobama, bez pravljenja razlike između osoba nenormativne seksualne orijentacije i rodnog identeteta (npr. godišnja istraživanja Poverenika za zaštitu ravnopravnosti), ali dosledno ukazuju na visoko stepen socijalne distance i diskriminacije prema LGBT osobama; za podatke monitoringa diskriminacije i zločina iz mržnje nad transrodnim osobama vidi Vidić, 2015; a za novije podatke videti sajt organizacije Da se zna (www.dasezna.lgbt)

procesa „promene pola“. Zato je cilj našeg rada da, kroz analizu zbornika, ponudimo prikaz teorije i prakse rodno afirmativne medicine na našim prostorima[7] u prvim godinama njenog razvoja. Pored toga, želimo da stavove i iskustva izneta u ovom zborniku razmotrimo u kontekstu tada dominantnih stručnih stavova i smernica u međunarodnim okvirima, kao i da ga kritički sagledamo u svetlu savremenog razumevanja transrodnosti i rodne različitosti.

## Analiza publikacije

### *Metodološki pristup*

Za analizu publikacije poslužili smo se kombinacijom komparativne analize i tematske analize. Pre početka analize odredili smo tri teme koje ćemo pratiti: *Pojam i određenje rodne različitosti*; *Medicinski tretman rodne različitosti* i *Rodno različite osobe i okruženje*, a zatim smo prolaskom kroz tekst identifikovali teme nižeg reda i na taj način kategorisali materijal. Pri odabiru glavnih tema smo, zbog našeg psihološkog obrazovanja[8], želeli da se fokusiramo na one koje su povezane s naukama o mentalnom zdravlju, a koje su tokom decenija razvoja u ovoj oblasti prošle kroz najveće promene. Analizi je, mimo inicijalnog plana, priključena i četvrta tema, *Etička pitanja u vezi s rodnom različitošću,* kao koristan primer za ilustrovanje negativnog odnosa prema rodnoj različitosti unutar medicinske zajednice.

Nakon predstavljanja gledišta i praksi iz zbornika, ponudili smo njihovo poređenje sa tada vodećim stručnim smernicama, kao i sa karakteristikama savremenog pristupa, sa naglaskom na načinima konceptualizovana fenomena rodne različitosti i u modelima tretmana. Kao referentne smernice za tadašnju i savremenu praksu smo koristili odgovarajuće verzije „Standarda nege zdravlja transrodnih i rodno različitih osoba“ Međunarodnog udruženja za rodnu disforiju Hari Bendžamin (HBIGDA), odnosno Međunarodnog stručnog udruženja za transrodno zdravlje (WPATH)[9]. Poseban fokus u komparativnoj analizi smo stavili na kritičko sagledavanje indikacija za tretman, odnosno potragu za „savršenim kandidatom“ za medicinsku afirmaciju roda. Kao što smo već istakli, psihijatri i psiholozi su decenijama u procesu afirmacije roda imali ulogu „čuvara kapije“.

### *Struktura publikacije*

Publikacija „Polni identitet i promena pola“ objavljena je 1993. godine u Beogradu, u izdanju BIGZ-a, kao posebno izdanje u ediciji Naučna dela. Kao autori su potpisani članovi Beogradskog seksološkog tima, psihijatri Zoran Rakić i Jovan Marić, endokrinolozi Dragoljub Slijepčević i Svetlana Vujović i hirurg Sava Perović. Publikacija ukupno ima 265 stranica i podeljena je na dva dela, svaki sa po osam, odnosno deset poglavlja. Naslov prvog dela je „Identitet u polnom ponašanju“ i sastoji se od osam poglavlja: 1. Uvođenje u problem; 2. Polno ponašanje; 3. Poremećaji u polnom ponašanju; 4. Razvojni tok izučavanja i lečenja transseksualnosti; 5. Diferencijalna dijagnostika transseksualnosti; 6. Etiološka razmatranja transseksualnosti; 7. Klinička slika transseksualnosti i 8. Lečenje transseksualnosti. Autor petog i šestog poglavlja je psihijatar Jovan Marić, dok je ostala poglavlja napisao psihijatar Zoran Rakić.

[7] Tim je oformljen u vreme Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije, dok je zbornik objavljen nakon raspada bivše države, u Socijalističkoj Republici Jugoslaviji.
[8] Autorka je deset godina bila deo tima nevladine organizacije iz Beograda koja je radila u sferi zaštite prava LGBTIKA osoba i pružala usluge psihosocijalne podrške.
[9] Međunarodno udruženje za rodnu disforiju Hari Bendžamin 2007. godine menja ime u Svetsko stručno udruženje za transrodno zdravlje.

Drugi deo – Promena pola – odnosi se na uskostručna endokrinološka i hirurška razmatranja tema u vezi sa transrodnošću. U njemu se nalaze sledeća poglavlja: 9. Embriogenetske karakteristike polnog razvoja; 10. Testis – semenik; 11. Hipotalamus i hipofiza; 12. Ovarijum – jajnik, čiji je autor endokrinolog Dragoljuba Slijepčevića; zatim poglavlja 13. Drugi organi važni za pol; 14. Poremećaj u razvoju gonada; 15. Pseudohermafroditismus masculinus et femininus – transsexualismus, endokrinološkinje Svetlane Vujović; poglavlja 16. Promena pola operativnim putem – opšti deo; 17. Promena pola operativnim putem – specijalni deo, hirurga Sava Perovića, dok je autor poslednjeg, osamnaestog poglavlja Pravne, etičke i socijalne implikacije promene pola, psihijatar Jovan Marić.

Kao kriterijum za analizu uzeli smo poglavlja posvećena temama iz oblasti psihologije i psihijatrije, koja se nalaze u prvom delu publikacije. Zbog važnosti etičkih pitanja osvrćemo se i na poslednje poglavlje koje se bavi tom temom, kao i na poglavlje 15. Pri citiranju delova teksta u zagradi smo navodili autora tog poglavlja, godinu izdanja zbornika i broj stranice.

***Napomene o terminologiji i određenju transrodnosti***

Na početku naših razmatranja suočavamo se sa pitanjem terminologije, koja se u prethodnih nekoliko decenija značajno promenila. Svetsko stručno udruženje za transrodno zdravlje, umesto ranije korišćenih izraza *transseksualizam* i *transvestitizam*, preporučuje sintagmu *transrodne i rodno različite (raznolike) osobe* kao formulaciju koja, na nepatologizujući i nerodnonormativan način, obuhvata osobe čiji se rodni identitet ili izražavanje razlikuju od roda koji im je pripisan po rođenju (Coleman et al, 2022). Ova sintagma se koristi kako bi se naglasilo postojanje brojnih i raznolikih rodnih identiteta, izražavanja i iskustava, za koje je zajedničko to da se razlikuju od onih koji su u određenom društvu očekivani na osnovu pripisanog pola, od kojih se neki nalaze u okviru binarno shvaćenog roda, a neki izvan njega[10] (APA, 2015). Takođe, transrodnost i rodna različitost su danas depsihopatologizovani, odnosno raznolikost rodnih identiteta i izražavanja se smatra normalnom odlikom ljudske vrste. Tako se u 11. verziji MKB (WHO, 2019) nalazi šifra *rodne inkongruentnosti*, ali ne više u poglavlju o mentalnim, bihejvioralnim i neurorazvojnim poremećajima, već u poglavlju Stanja u vezi sa seksualnim zdravljem. DSM-V (2013) ukida dijagnozu *poremećaja rodnog identiteta* i umesto nje uvodi dijagnozu *rodne disforije*, koja može da se primeni ne na samu rodnu različitosti, već kod osoba koje osećaju intenzivnu patnju zbog razlike između pripisanog pola i doživljaja roda[11].

S druge strane, zbornik koji prikazujemo pisan je početkom poslednje decenije dvadesetog veka, tako da se bavi fenomenom transseksualnosti kao oblikom „poremećaja u polnom ponašanju“, odnosno „tipičnim poremećajem u identitetu roda“, pri čemu se autori pozivaju na tad važeće klasifikacije: treću verziju „Dijagnostičko-statističkog priručnika“ Američkog psihijatrijskog udruženja (DSM-III-TR, APA, 1987) i desetu verziju „Međunarodne statističke klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema“ Svetske zdravstvene organizacije (MKB-10, SZO, 1992), koja je tada tek stupila na snagu. U obe klasifikacije rodna različitost je bila kategorizovana kao mentalni poremećaj pod dijagnozom *poremećaja rodnog identiteta*, odnosno *transseksualizma* kao njenog najizraženijeg oblika, a sličan je bio i stav Međunarodnog udruženja za rodnu disforiju Hari Bendžamin.

[10] Američko psihološko udruženje u svojim smernicama prikazuje rod kao spektar (APA, 2015).

[11] Ovde možemo da pratimo sličan tok depsihopatologizacije kao kod istopolne seksualne orijentacije, gde se nakon isključivanja dijagnoze homoseksualnosti kao „prelazna varijanta“ pojavljuje dijagnoza ego-distone homoseksualnosti (DSM-III, 1980), da bi u narednoj verziji i ona bila izostavljena.

U to vreme je u stručnim krugovima u upotrebi bio izraz "promena pola", na osnovu koga bismo mogli da pogrešno zaključimo da se ovim intervencijama zaista menja pol. Zato se danas govori o usklađivanju, ili prilagođavanju, ili potvrđivanju roda, odnosno o *rodno-afirmativnim medicinskim i/ili hirurškim tretmanima* (Coleman & al., 2022).

Još jedna važna terminološka razlika je način na koji se određuje rodni identitet osoba. Naime, u drugoj polovini dvadesetog veka, uključujući i trenutak u kome je nastao analizirani zbornik, kao primarna odrednica identiteta uziman je pol pripisan po rođenju (tzv. muški ili ženski transseksualac), pa se na osnovu pola određivala i seksualna orijentacija osobe. Na primer, kada autori pišu o muškom homoseksualnom transseksualcu, oni zapravo misle na osobu kojoj je po rođenju pripisan muški pol, čiji je rodni identitet ženski i koju privlače muškarci, dok pod ženskim heteroseksualnim transseksualcem misle na osobu kojoj je po rođenju pripisan ženski pol, čiji je rodni identitet muški, a koja oseća privlačnost prema muškarcima. Danas kao primarnu odrednicu rodnog identiteta osobe uzimamo njen rod, tako da pod (transrodnim) ženama mislimo na osobu čiji je rodni identitet ženski, dok je (transrodni) muškarac osoba čiji je rodni identitet muški. U promeni načina određenja vidimo zaokret od esencijalističkog biološkog određenja identiteta ka psihološkom, za koji je ključno pravo osobe na samoodređenje.

**Određenje rodne različitosti – transseksualnost kao mentalni poremećaj**

***Određenje pojmova u vezi sa rodom i polom***

Rodna različitost je u prethodnih vek i po postala predmet izučavanja medicine i nauka o mentalnom zdravlju. Počev od druge polovine devetnaestog veka, više autora opisuje osobe koje bismo danas imenovali kao transrodne i rodno različite (Krafft-Ebbing, 1886; Havelock Ellis, 1900/1938; Hirschfeld, 1910), pri čemu u tom periodu još uvek ne postoji jasna razlika između pojmova pola, roda (uključujući i rodni identitet, ulogu i izražavanje) i seksualne orijentacije (Viks, 2019). Ovde ćemo najpre prikazati određenje pojmova ključnih za razmatranje rodne različitosti, koji su u istoriju psihijatrije i medicine ušli upravo kroz rad sa transrodnim i interseks osobama[12] (Germon, 2009), a u narednom delu ćemo razmotriti određenje same rodne različitosti.

Definisanje osnovnih pojmova nalazimo u poglavlju „Polno ponašanje", koje obuhvata potpoglavlja posvećena određenju pojmova *pola*, *polnog nagona* (i u okviru njega *roda* i *polne orijentacije*) i *uloge roda*. Autori ne samo pol, već i rod i seksualnu orijentaciju posmatraju kao biološke kategorije i razmatraju ih u okviru polnog *nagona*, kao aspekte psihičkog života koji imaju telesnu, odnosno biološku osnovu.

*„ ...(Rod) predstavlja verbalnu projekciju dubokog doživljaja u čoveku. Rod je postojao i onda kada čovek još nije umeo da govori, kad nije bilo gramatike. Rod je biološka tvorevina" (Rakić, 1993, str. 13)*

Međutim, biološki determinizam u shvatanju roda deo je autorovog šireg shvatanja biološkog,

*"Biološko nije samo telesno, već sve ono što je živo, a u takav prostor spada i duhovno"* (str. 6)

[12] Pored Roberta Stolera i Ričarda Grina bitno je i ime Džona Manija, koji je u svom radu sa interseks decom, a posebno u prikazu slučaja Dejvida Rajmera, pokušao da pronađe podršku za stav da se rodni identitet formira prevashodno pod uticajem sredinskih faktora (za kritiku njegovog rada vidi Butler, 2024; Colapinto, 2021).

U daljem razmatranju razvoja rodnog identiteta detaljnije se prikazuje Frojdova teorija psihoseksualnog razvoja i pominje Stolerov koncept sržnog rodnog identiteta (Stoller, 1968), a u definisanju pojmova se navode i Lifovo određenje pola, roda i rodne uloge (Lief, 1978) i Levinov model polnog identiteta, koji čine rodni identitet, seksualna orijentacija i seksualna namera (Levine, 1989). U skladu s stavovima tog vremena, samo određenje pola i roda je binarno. Pošto se *„telesni polni dimorfizam ljudi prenosi i u dimorfizam polnog ponašanja“* (Rakić, 1993, str. 20), u ovom zborniku nema opisa osoba čiji rodni identitet nije binaran.

Uporedo sa razmatranjem psihoanalitičke teorije i bioloških faktora kao determinantni pola, roda i seksualne orijentacije, Rakić ističe da su kulturološke determinante važne za *rodnu ulogu*[13], i to na način da *„prihvatanje određenog tipa kulturološkog obrasca od strane pojedinaca zavisi od urođene duševne podloge (bioloških obeležja) na koju se kulturološki obrazac može primiti“* (Rakić, 1993, str. 29). Dakle, i ovde možemo da vidimo primat biološkog i urođenog, koje kulturološki faktori mogu da u određenoj meri modifikuju.

***Transseksualnost kao poremećaj identiteta u polnom ponašanju***

U prvoj polovini dvadesetog veka lekari su počeli da koriste različite termine za opisivanje rodne različitosti, koji su kasnije ušli u zvaničnu medicinski terminologiju. Tako se smatra da Hiršfeld prvi upotrebljava izraz transvestitizam (Hirschfeld, 1910); transseksualnost prvi koristi Kauldvel (Cauldwell, 1949), a zatim i Hari Benžamin (Benjamin, 1966), dok Fisk uvodi pojam rodne disforije (Fisk, 1973).

Transseksualnost se u zborniku posmatra kao *„najteži oblik poremećaja identiteta u polnom ponašanju“* (Rakić, 1993, str. 6). Iako je celo šesto poglavlje posvećeno etiološkim razmatranjima transseksualnosti, njene moguće psihogeneze i genetskih i endokrinoloških uticaja, autori već u uvodnom poglavlju ističu da je reč o poremećaju koji je zasnovan u biološkom. Rakić navodi da je *„upravo nepromenljivost takvog duševnog sadržaja i njegovo neprekidno ispoljavanje prema okolini“* glavni dijagnostički kriterijum transseksualnosti (Rakić, 1993, str. 115), za razliku od drugih poremećaja u psihičkom sadržaju koji uglavnom imaju promenljiv karakter. Činjenica da je u pitanju *„poremećaj u duboko duševnim slojevima, u slojevima polnog nagona“* (ibid) koristi se kao argument protiv lečenja usmerenog na uklanjanje transseksualnih sadržaja[14], i kao podrška stava da je obratni put – prilagođavanja tela rodnom identitetu – tretman izbora.

Pored toga, u zborniku se nalazi i poglavlje posvećeno diferencijalnoj dijagnozi transseksualnosti u odnosu na homoseksualnost, transvestitizam, fetišizam, adolescentni konflikt i psihozu, kao i poglavlje o kliničkoj slici transseksualnosti sa kliničkim primerima, u kome se pravi razlika prema polu i prema seksualnoj orijentaciji. Ova razmatranja, kao i određenje pojmova pola i roda, njihova zasnovanost u biološkom i nagonoskom i polni i rodni dimorfizam, u skladu su sa medicinskim modelom i zvaničnim psihijatrijskim stavovima tog vremena, tako ih nećemo ponovo razmatrati, dok ćemo se pitanjem odnosa seksualne orijentacije i rodnog identiteta u kontekstu pristupa tretmanu prilagođavanja pola baviti kasnije u radu.

[13] Za ulogu roda/rodnu ulogu autor navodi da će u tekstu ipak koristiti izraz polna uloga, jer je taj izraz „prijemčiv za uho i odomaćen“, dok je izraz uloga roda „nov i zvuči otuđeno“ (Rakić, 1993, str. 20). U nastavku pasusa Rakić nabraja deset karakteristika uloge roda prema shvatanju Džona Manija.
[14] Odnosno konverzivne „terapije“.

**Medicinski tretman rodne različitosti**

***Indikacije za tretman - „pravi transseksualci“***

Prve operacije promene pola kod nas obavljenje su početkom 1989. godine, tri godine nakon osnivanja tima i prvih pacijenata koji su ušli u praćenje. Nakon prvih operacija broj osoba koje se obraćaju timu se povećao; međutim, transrodne žene su činile većinu pacijenata. Autori ovu nejednačenost tumače dostupnošću tretmana. *„Posle započetih operacija promene pola transseksualaca muškog pola upadljivo se povećala njihova učestalost u traženju pomoći u lekarskoj ordinaciji“* (Rakić, 1993, str. 91). Tri godine kasnije dolazi do promene u rodnoj strukturi. *„Posle započetih operacija promene pola transseksualalnih osoba ženskog pola upadljivo se povećala učestalost takvih osoba u traženju pomoći u lekarskoj ordinaciji“* (ibid). Već 1993. godine odnos transrodnih žena i transrodnih muškaraca koji su se javljali timu sa skoro izjednačio.

U prvih šest godina rada tima kroz dijagnostičku proceduru prošlo je više od 100 osoba koje su se javile zbog „nesklada roda“, od čega je 90 dobilo dijagnozu transseksualizma. Od 90 osoba uslov da su „homoseksualni transseksualci“ ispunjava njih 78, koji su uključeni u dalje praćenje i analizu. U pitanju su pre svega mlade osobe: prosečni uzrast u kome se javljaju timu je 22,5 godine, pri čemu su transrodni mladići nešto stariji u odnosu na transrodne devojke. Od ukupnog uzorka, 62% je imalo pristup tretmanu (33% je u fazi hormonske pripreme, a 29% prošlo kroz hirurško usklađivanje), dok 38% „nisu još uvek indikovani“, odnosno nalaze se u psihoterapijskom postupku, ili se „čekaju bolji životni uslovi“. Autori navode i podatke o obrazovanju, veroispovesti i strukturi primarne porodice i zaključuju da tu nema podataka koji bi bili značajni u smislu razlike između ovih pacijenata i opšte populacije.

U potpoglavlju naslovljenom „Indikacije za promenu pola“ navedeni su principi po kojima je radio tadašnji beogradski seksološki tim. Kao što ćemo videti, indikacije i njihovu ispunjenost procenjuje lekar, dok se neophodnost takvih kriterijuma obrazlaže *kompleksnošću zahteva realnog društvenog života*, i činjenicom da je tretman promene pola kompleksan, dugotrajan i zahtevan.

Idealni kandidat za ovaj proces je osoba kod koje *„postoji samo transseksualni identitet, bez izraženih duševnih komplikacija pacijenta ili prisustva teških realnih životnih okolnosti u kojima pacijent živi“* (Rakić, 1993, str. 127). Ozbiljniji mentalni poremećaji se ne posmatraju kao kontraindikacija, ali mogu biti otežavajuća okolnost i neophodno je da se najpre oni stave pod kontrolu.

Drugi uslov se odnosi na materijalnu i društvenu realnost osobe, odnosno na *„sposobnost da se ostvari materijalna egzistencija i da se prilagodi društvenoj realnosti“* (str. 127). To podrazumeva i tzv. test stvarnog života, odnosno uslov da osoba, pre započinjanja medicinskog tretmana, tokom određenog perioda sve vreme živi u svom rodnom identitetu.

Dodatni zahtev koji tim postavlja, a koji ne nalazimo u drugim smernicama, jeste da se promena pola ne indikuje bez prethodne konsultacije sa primarnom porodicom pacijenta (što bi dalje moglo da preraste u porodičnu terapiju). Tim ističe da je ovaj uslov *primeren našoj sredini*. Iako se ne navodi eksplicitno, pretpostavljamo da se pod podrazumevaju karakteristike porodičnog funkcionisanja u našem okruženju i viši stepen porodične povezanosti (pa i produženog suživota) u odnosu na neke druge države, poput SAD. Takođe, ukoliko pogledamo uzrast, većinu pacijenata su činile mlađe osobe, koje su često živele s porodicom porekla, što dodatno ide u prilog ovom uslovu.

Međutim, zahtev za konsultovanjem, pa čak i za dobijanjem saglasnosti članova porodice ostao je deo prakse i u narednim godinama, što je kod nekih osoba rezultiralo višegodišnjim odlaganjem započinjanja tretmana (Vidić i sar, 2022).

***Transseksualnosti i seksualna orijentacija***

Kao što smo videli u delu o indikacijama, seksualna orijentacija transrodne osobe može da bude jedan od kriterijuma za uskraćivanje pristupa tretmanu. To znači da se onim osobama čija bi seksualna orijentacija, nakon prolaska kroz proces prilagođavanja pola, bila homoseksualna, ne odobrava pristup tretmanu tretman. Pošto uzimaju anatomski pol kao polazište, članovi beogradskog seksološkog tima ove osobe nazivaju nehomoseksualnim transseksualcima. U prvih šest godina rada timu se obratilo 12 takvih osoba (nasuprot 78 homoseksualnih), što smatraju pokazateljem njihove manje zastupljenosti u populaciji. Međutim, autori ipak zauzimaju kritički odnos prema ovom tumačenju i pozivaju se na to da se prvobitni trend ređeg javljanja osoba kojima je na rođenju pripisan ženski pol tumačio na isti način, a da se zatim ispostavilo da je to privid. Kao što je početak rada tima doveo do sve većeg broja osoba koje su im se obraćale, tako je verovatno i odbijanje uključivanja „nehomoseksualnih transseksualaca“ u tretman dovela do njihovog ređeg javljanja. Dalja sudbina ovih osoba je ostajala nepoznata. *„Kad takvi pacijenti shvate da neće biti primljeni na tretman promene pola, oni gube motivaciju da se tokom dužeg vremena i dalje javljaju lekaru, radi eventualnog pružanja neke druge vrste pomoći“* (Rakić, 1993, str. 104).

**Rodna različitost i okruženje**

Transrodne i rodno različite osobe samim svojim postojanjem dolaze u sukob s rodnom normom kao jednom od osnovnih normi zapadnog sveta, zbog čega su jedna od društvenih grupa koje su izložene diskriminaciji i različitim oblicima nasilja. U zborniku Beogradskog seksološkog tima se teškoće u porodici, međuljudskim odnosima i širem društvenom okruženju prepoznaju, ali se ne tumače pomoću nekog teorijskog koncepta[15].

U drugom poglavlju Rakić položaj transrodnih osoba u cisheteronormativnom društvu sagledava kroz prizmu „realnosti većine“ i njenog odnosa prema različitosti. On navodi da velika većina *„normalnih ljudi ne toleriše polarni dimorfizam[16] u ponašanju jedne osobe“* (Rakić, 1993, str. 31), da *„kulturološka tradicija ne trpi intermedijalne oblike ili nejasne norme u ponašanju“* (Rakić, 1993, str. 20), te da rodno različite osobe mogu da naiđu na razumevanje i prihvatanje samo u okvirima medicine. On dodatno problematizuje izbor pred kojim se nalazi transrodna osoba u cisnormativnom društvu: pošto za ljudsko biće odnosi sa drugima imaju *egzistencijalno značenje*, onda se *„nesrećni pojedinac trudi da u polnom ponašanju ostvari obrasce većine, ali se takav trud svodi na glumu one polne uloge koja se od njega očekuje“* (Rakić, 1993, str. 31). Pošto je u pitanju gluma, a ne autentično ponašanje, ovakvo stanje nije održivo i osoba se prepušta svojoj *„autentičnoj polnoj ulozi (...) jer nema drugog izbora“* (ibid), odnosno suočena je sa biološkim silama *kojima ne može da se odupre*, a koji su u suprotnosti za zahtevima društva za rodno normativnim ponašanjem.

[15] Ovde mislimo na koncepte poput stigmatizacije, marginalizacije, predrasuda i diskriminacije itd.

[16] Ovde se misli na to da osoba ispoljava rodno tipična ponašanja koja se razlikuju od onih koja se očekuju za njen pripisani pol, odnosno da „otvoreno ispoljava neke varijacije hermafroditskog ponašanja“ (Rakić, 1993, str. 31)

***Ne/razumevanje, neprihvatanje i odbacivanje od strane okruženja***

Uporedo sa stanovištem da je rodna različitost mentalni poremećaj, autori na više mesta ističu da se transrodne osobe suočavaju s brojnim teškoćama u svakodnevnim odnosima koje su izvor patnje i problema s mentalnim zdravljem, i ove teškoće jasno odvajaju od fenomena rodne različitosti.

*„Transseksualna osoba se svakodnevno suočava sa činjenicom da je ljudi iz neposredne okoline ne shvataju, izbegavaju je, ili čak otvoreno odbacuju.“ (str. 119)*

U zborniku se ove teškoće u interpersonalnoj sferi imenuju kao sekundardni nivo poremećaja[17] koji *„dodatno narušava duševno zdravlje“* (str. 117), ali koji nije primarna niti nužna odlika rodne različitosti. Razumevanje veće zastupljenosti mentalnih teškoća kod transrodnih osoba kao posledice nerazumevanja, odbacivanja i nasilja od strane okruženja je dve decenije kasnije poslužilo kao jedan od argumenata u prilog depsihopatologizaciji rodne različitosti (npr. Robles et al, 2016, Olson et al, 2015).

Potreba da okolina prihvati i prizna njihov identitet posebno je izražena kod mladih u odnosu s porodicom porekla.

*„Za mladu transseksualnu osobu priznavanje njenog identiteta ima značenje priznavanja njenog postojanja“ (Rakić, 1993, str. 118)*

U sklopu razmatranja dinamike između mlade transrodne osobe i njenih roditelja autori naglašavaju važnost rada s roditeljima, što je sve do danas ostao jedan od ključnih zadataka stručnjaka za mentalno zdravlje u radu s mladim rodno različitim osobama (Coleman et al, 2022). Pubertet je period kad se rodna disforija obično intenzivira i postane vidljiva, što, uz sve druge manifestacije adolescencije, vodi tome da su roditelji *„u većini slučajeva skloni da svoje dete optužuju za neobično i neprilično ponašanje“* (Rakić, 1993, str. 119). Zadatak psihijatra je da im pomogne da prepoznaju da u pitanju nije detetov prkos ili hir, a okvir koji to omogućava je sagledavanje transrodnosti kao mentalnog poremećaja.

*„Kroz psihoterapijski postupak roditelji prevazilaze tu fazu i dolaze do spoznaje da se mnogo toga u ponašanju ljudi ne može oblikovati vaspitanjem i sopstvenom voljom, a pogotovo ne poremećaj kao što je transseksualnost.“* (str. 120)

Ovde shvatanje transrodnosti kao poremećaja, koji nije stvar izbora niti je pod voljnom kontrolom osobe, već je sila koja je jača od nje, može da predstavlja dobit time što osobu oslobađa od krivice i odgovornosti za svoju (neželjenu) različitost, a od okruženja zahteva da zauzmu saosećajni stav, kao prema bilo kom drugom pacijentu koji nije kriv za stanje u kome se nalazi[18].

U ovom potpoglavlju nalazi se i Tabela 1 naslovljena “Odnos roditelja prema detetu”. U njoj vidimo da je svega 41% pacijenata tadašnjeg beogradskog seksološkog tima zaista prihvaćeno od strane roditelja, 38% ima deklarativnu podršku, dok jednu petinu osoba (21%) roditelji otvoreno ne prihvataju. Podatak da roditelji u većoj meri prihvataju transrodne sinove nego ćerke objašnjava se

[17] Rakić navodi da je prvi nivo poremećaja subjektivni doživljaj rodnog nesklada.

[18] Ovde se pozivamo na Parsonsovo razmatranje uloge bolesnika, čija su četiri najvažnija aspekta izuzeće osobe iz svakodnevnih obaveza, uverenje da osoba nije sama odgovorna za svoje stanje, zahtev da osoba prihvati da je bolesna i da je postojeće stanje (bolesti) nepoželjno, te da želi da se oporavi, kao i da u tom procesu dobrovoljno sarađuje sa medicinskim stručnjacima (Parsons, 1993).

time da je *„u kliničkoj slici transseksualnih osoba ženskog pola primećena veća prilagodljivost realnosti, tj. socijabilnije ponašanje, nego što se dešava u kliničkoj slici osoba muškog pola“* (str. 121). Autori (pogotovo Marić) su skloni da ovu razliku posmatraju u kontekstu bioloških razlika između muškarca i žene. Međutim, ovu ispoljenu razliku možemo da tumačimo i u kontekstu našeg patrijarhalnog društva i načina na koji se u njemu doživljava žena. Pošto se u patrijarhalnoj kulturi sinovi tradicionalno vrednuju više nego ćerke, transrodnost deteta koje roditelji doživljavaju kao sina ima drugačije značenje u odnosu na transrodnost deteta za koje su verovali da je žensko. Pored toga, vršnjačko (i šire društveno) nasilje prema osobama koje krše rodnu normu je mnogo izraženije prema dečacima, mladićima i muškarcima koje društvo opaža kao feminizirane, nego prema devojčicama, devojkama i ženama koje ispoljavaju maskulino ponašanje (Matsuzaka & Koch, 2019).

Uporedo sa razmatranjem teškoća izazvanih nerazumevanjem, deklarativnim prihvatanjem ili otvorenim odbacivanjem, autori obrazlažu (pa čak i opravdavaju) negativne stavove okruženja. Tako navode da okruženje insistiranje osobe da bude prihvaćena u doživljenom rodu vidi kao *„besmisleno i neostvarivo“* i da ga stavlja u kategoriju *„nemoralnog i ludog“* (Rakić, 1993, str. 118). Odgovornost za izlazak iz ovih teškoća je pre svega na transrodnoj osobi – ona mora da prihvati (ne)mogućnosti svog okruženja da je prihvati, odnosno treba da razume (cisnormativne) *„ljude oko sebe koji su drugačiji od nje“* (ibid) i da ona *„svojim reakcijama u ponašanju prema okolini često postupa slično kao što okolina postupa prema njoj“* (Rakić, 1993, str. 119). Zato autori smatraju da su izgradnja ili obnova kapaciteta da se sa okruženjem uspostave dobri odnosi jedan od glavnih ciljeva psihoterapije, a u psihoterapijski proces se, u zavisnosti od motivacije, uključuju i porodica i prijatelji. O važnosti podržavajućeg okruženja govore i mnoga istraživanja (Bowling et al., 2020, McCan et al., 2021); međutim, elemente stava da je na transrodnoj osobi odgovornost da svojim trudom zadobije naklonost i prihvatanje bližnjih možemo da razumemo i u kontekstu nejednakih odnosa moći u okviru procesa stigmatizacije (Link & Phelan, 2014).

Važnost odnosa sa okruženjem predstavlja jedan od faktora koje beogradski seksološki tim koristi za procenu ishoda hormonsko-hirurških intervencija prilagođavanja pola. Od 20 osoba koje su do objavljivanja zbornika prošle kroz ovaj proces, 60% svoj odnos s okruženjem po završetku procesa opisuje kao zadovoljavajući, a 40% kao nezadovoljavajući. Druga dva indikatora uspešnosti ishoda koje tim koristi su odnos prema telesnom izgledu, gde 80% pacijenata izražava zadovoljstvo, i odnos prema „promenjenom polu“, kojim su zadovoljni svi ispitanici. Kao što vidimo, odnos s okruženjem je oblast u kojoj je najmanje prisutno zadovoljstvo u poređenju s druga dva indikatora. U tumačenju ovih rezultata Rakić navodi da tretman u potpunosti ispunjava očekivanje o smanjenju rodnog nesklada, dok očekivanje da će (poznata) okolina značajno promeniti svoj odnos prema njima i prepoznati ih i prihvatiti u skladu s identitetom neretko ostaje neispunjeno. Zato članovi tima smatraju da bi najbolje rešenje bilo da osobe *“posle promene pola nastave da žive u novoj sredini sa novim ličnim dokumentima”* (Rakić, 1993, str. 58), odnosno u okruženju kome njihova transrodna prošlost nije poznata.

**Etička razmatranja**

Poslednje poglavlje u zborniku posvećeno je pravnim, etičkim i društvenim posledicama promene pola psihijatra Jovana Marića. Odlučili smo se da ga uključimo u analizu jer smatramo da je dobar prikaz nekih od predrasuda prema rodno različitim osobama koje su postojale među nekim

članovima Tima, koje su u suprotnosti s nekim drugim delovima samog zbornika, kao i sa savremenim stručnim stavovima. Ovde ćemo se fokusirati na prikaz etičkih i društvenih posledica[19].

U potpoglavlju posvećenom etičkim temama, Marić razmatra opravdanost i ozbiljnost procesa medicinskog prilagođavanja pola i ističe pitanje o tome da li terapeuti i psihijatri *„do kraja znaju šta je dobro za drugog čoveka, za našeg pacijenta“* (str. 255). Dok se danas ova dilema razmatra kroz kritiku uloge psihijatara i psihologa kao „čuvara kapije“, Marić preispituje opravdanosti samih intervencija. *„Znamo li mi uopšte do kraja, do poslednjih konsekvenci, do poslednjih neurotransmitera i receptora, šta je to mentalni poremećaj, šta je to poremećaj ličnosti koji obeležavamo transseksualizmom (...)“* (Marić, 1993 str. 255). U nastavku teksta on dodatno problematizuje proces medicinske promene pola kao tretman izbora poređenjem sa nekada prihvaćenom lobotomijom, a zatim se poziva na Manijevo istraživanje koje pokazuje *„povećanu incidencu antisocijalnog ponašanja i prostitucije kod muških transseksualaca“* (Money, 1972, prema Marić, 1993, str. 255). Naredna etička dilema je pravo osobe na odluku da li će svom partneru saopštiti informaciju o transrodnoj prošlosti i pita se da li lekar time postaje *„saučesnik u prevari“* koja može biti razlog za poništenje braka (Marić, 1993, str. 256). Čini se da je sam izbor dilema prilično senzacionalistički, a da autor zauzima perspektivu cisnormativnog sistema, izostavljajući ono što bismo smatrali fenomenologijom drugog lica koja je neophodna za psihijatrijsku praksu. Takođe, iako Marić transrodnost posmatra isključivo iz pozicije društva koje želi da očuva postojeći cisnormativni poredak, on iz tumačenja nekih navoda isključuje doprinos društvenih faktora – na primer, podatak o prostituciji tumači pozivanjem na (naivni) biološki redukcionizam (*„verovatno je negde ostao prisutan muški model ponašanja u seksualnoj aktivnosti“*, str. 256) i vidi ga kao oblik potvrđivanja novog identiteta, dok probleme siromaštva, beskućništva i društvene marginalizacije, koji doprinose bavljenju seksualnim radom, ne pominje[20]. Dok njegov kolega psihijatar Zoran Rakić na mnogo mesta pokazuje razumevanje za kompleksnosti položaja transrodnih osoba, kod Marića kao da ova perspektiva izostaje, što predstavlja značajnu razliku između poglavlja koja su pisala ova dva autora.

***Medicinsko nasilje***

Mada se u poglavlju o etičkim pitanjima ne pominju neophodnost informisanog pristanka i osiguravanja anonimnosti pri korišćenju različitih materijala dobijenih tokom rada s pacijentima, važno nam je da to ovde prodiskutujemo. Transrodne osobe kod nas su u više navrata govorile o situacijama koje bismo imenovali kao medicinsko nasilje[21], a u ovom zborniku se nalazi jedan od primera. Naime, u poglavlju „Pseudohermaphroditismus masculinus et femininus transsexualismus“ autorke Svetlane Vujović nalaze se fotografije nagih osoba, dok u drugim, kasnijim istraživanjima nalazimo svedočanstva osoba da se fotografisanje obavljalo bez njihovog informisanog pristanka (Vidić i sar, 2022; Zulević, 2012). Pored toga, na nekim od fotografija se, bez ikakve zaštite, vide i lica fotografisanih osoba. Nakon više od dvadeset godina, autorka poglavlja je ove fotografije, sa

[19] Važno je da naglasimo da se već u ovom zborniku razmatra pitanje pravnog priznanja rodnog identiteta, koje je u Srbiji zakonski regulisano tek 2019. godine.

[20] Dodatni problem sa pozicioniranjem trans žena kao promiskuitetnih i onih koje se bave seksualnim radom (a da se pritom u tekstu potpuno izostavljaju brojne i raznolike teškoće s kojima se mnoge transrodne i rodno različite osobe suočavaju) jeste što to predstavlja perpetuiranje jedne od predrasuda o trans ženama i njihovoj seksualnosti. Tema trans žena kao seksualnih predatora prisutna je i danas pri raspravama o korišćenju toaleta, svlačionica, sigurnim kućama, ali i zatvorima. Za više informacija o istraživanjima kod nas vidi Zulević (2012).

[21] Pod medicinskim nasiljem podrazumevamo situacije u kojima medicinski radnici svoj moć i autoritet koriste na način koji direktno ili indirektno ugrožava dostojanstvo, prava ili dobrobit pacijenta.

minimalnim prikrivanjem identiteta (tanka crna traka preko očiju) ponovo objavila u svom poglavlju u zborniku "Transseksualizam. Multidisciplinarni fenomen" (Duišin i Đorđević, 2016). Objavljivanje (pa i samo prikupljanje) materijala za koje osoba nije na odgovarajući način dala pristanak, kao i fotografija na osnovu kojih je moguće utvrditi identitet osobe, u suprotnosti je za Zakonom o zaštiti prava pacijenata Republike Srbije i možemo ga okarakterisati kao medicinsko nasilje.

## Diskusija

Pošto prikaz različitih shvatanja porekla i razvoja rodnog identiteta i rodne različitosti značajno prevazilazi okvire ovog rada, fokusiraćemo se na pitanje indikacija za tretman, traganje za „pravim transseksualcem", a zatim se kratko osvrnuti na odnos osobe i okruženja kroz prizmu stigmatizacije. Takođe, u prvom delu rada smo kratko prodiskutovali pitanje depsihopatologizacije rodne različitosti, tako da se na to nećemo posebno vraćati.

### Indikacije za tretman

Kada je reč o indikacijama za tretman, tadašnja praksa našeg tima je, izuzev uslova konsultovanja porodice, u skladu sa tada važećim „Standardima nege zdravlja transrodnih osoba" Međunarodnog udruženja za rodnu disforiju "Hari Bendžamin". Ove indikacije, kao i samo koncipiranje tretmana, utemeljene su u biološkom esencijalizmu i reprodukovanju cisnormativnosti, sa ciljem osiguravanja pronalaženja[22] odgovarajućeg kandidata koji će se dobro uklopiti u cisnormativno društvo. Zajedničko za prve četiri verzije „Standarda nege"[23] je naglasak na kriterijuma koje osoba treba da ispuni kako bi imala pristup standardizovanom hormonsko-hirurškom tretmanu. Tretman čine tri koraka: procena stručnjaka za mentalno zdravlje, hormonska terapija i hirurške intervencije. Za započinjanje hormonskog i hirurškog tretmana potrebna je saglasnost stručnjaka za mentalno zdravlje: za hormonski tretman jedno pismo preporuke, a za hiruršku intervenciju saglasnost dva psihijatra. Za psihijatrijsku saglasnost je bilo neophodno ispuniti sledeće uslove: najmanje dve godine prethodnog postojanja rodne disforije koju može da potvrdi treće lice (ili psihijatar); iskustvo stvarnog života[24] (najmanje tri meseca za započinjanje hormonske terapije, a dvanaest meseci za hirurške intervencije) i obavezna psihoterapija (minimum tri, odnosno šest meseci). Kao što vidimo, procena stručnjaka za mentalno zdravlje je uslov za pristup hormonsko-hirurškom tretmanu, a u „Standardima nege" se eksplicitno navodi da su intervencije na lični zahtev pacijenta (bez ispunjenosti dodatnih uslova) kontraindikovane[25] .

Iako se zahtevnost kriterijuma obrazlaže ozbiljnošću, rizicima i nepovratnim dejstvom samih intervencija, njihova uniformnost, neosetljivost za kontekst i individualne razlike, kao i zahtev za obaveznom psihoterapijom, rezultirao je ulogom stručnjaka za mentalno zdravlje kao „čuvara kapije", odlaganjima započinjanja tretmana i potragom za „pravim transseksualacem", što je danas napušteno.

[22] Ali i oblikovanja odgovarajućeg kandidata – kroz zahtev za obaveznom psihoterapijom.
[23] SOC 1 (1979), SOC-2 (1980), SOC-3 (1981), SOC-4 (1990),
[24] Iskustvo stvarnog života odnosi se na život u željenom rodu, odnosno socijalnu tranziciju, kao uslov za započinjanje medicinskog prilagođavanja pola. Iako je ovaj zahtev uveden kako bi se, kroz iskustvo življenja u željenom rodu, smanjila verovatnoća da će osoba zažaliti zbog medicinskih intervencija, ova praksa može da bude dosta problematična (pa i rizična) za osobe koje nemaju odgovarajuću podršku za to: staro okruženje može da reaguje nasiljem na opaženu promenu, osoba nema odgovarajuća dokumenta niti mrežu podrške da se odseli iz starog okruženja i započne život negde drugde u novom identitetu.
[25] Odnosno da se ne preporučuju (ili su čak zabranjene) zbog *mogućih štetnih ili neželjenih efekata*.

**Mit o „pravom transseksualcu“ i uklapanje u cisnormativno društvo**

Potraga za „savršenim kandidatom“ karakteristična je za prve decenije razvoja transrodne medicine. O ovome je pisao i Hari Bedžamin u knjizi „Transrodni fenomen“ (Benjamin, 1966). On po uzoru na Kinsijevu skalu seksualnog ponašanja pravi sedmostepenu skalu „polne orijentacije“, prema kojoj osobe kojima je po rođenju pripisan muški pol klasifikuje na transseksualce, transvestite i normalne muškarce[26]. Bendžamin piše da indikacije za operaciju moraju da se sprovedu s velikim oprezom, da je neophodna psihijatrijska procena kako bi se isključila mogućnost da je rodna disforija posledica psihoze ili emotivne nestabilnosti, a ne fiksiran identitet, da osoba ima intelektualne kapacitete i emocionalnu stabilnost da shvati posledice i ograničenja medicinskih intervencija, kao i da ne postoji drugi način kojim bi se osobi omogućilo da ima srećniju budućnost (Benjamin, 1966, str. 60). Bendžamin navodi i da je važno da osoba (fizički i psihološki gledano) može da relativno uspešno živi u svom rodnom identitetu, odnosno da uspešno „prolazi“ kao prava žena/muškarac, uz ogradu da je u nekoliko slučajeva pristup tretmanu omogućen („sa ili bez mog pristanka“) trans ženama koje su bile „više od šest stopa ili imale gustu crnu bradu“ (Benjamin, 1966, str. 36)[27].

U sklopu ovih zahteva možemo da posmatramo i isključivanje iz procesa osoba homoseksualne orijentacije, što je bila i praksa našeg Tima. Iako prve četiri verzije Standarda nege ne pominju eksplicitno pitanje seksualne orijentacije, iz određenja „pravog transseksualca“ u petoj verziji (Levine et al., 1998) vidimo da kandidat po prolasku kroz proces treba da bude heteroseksualno orijentisan[28]. Imajući u vidu period na koji se odnosi analizirani zbornik, uslov heteroseksualnosti pre možemo da razumemo kao uticaj kasnijih Bendžaminovih stavova, nego kao pridržavanje tada važeće verzije Standarda nege. Takođe, pri razmatranju ovog kriterijuma treba da imamo u vidu da je homoseksualnost prestala da se dijagnostikuje kao mentalni poremećaj tek u desetoj verziji MKB (SZO, 1992), kao i da su, u skladu s tim, neke ranije studije procene efikasnosti tretmana na kvalitet života homoseksualnu orijentaciju tretirale kao jedan od indikatora loše prilagođenosti (Fleming et al., 1980). Mada je tadašnja praksa Beogradskog seksološkog tima bila u skladu s onovremenim stručnim stavovima, danas je bez sumnje smatramo diskriminatornom. Ovo nas podseća da samu psihopatologizaciju rodne različitosti (ali i neheteroseksualnosti), a onda i praksu uslovljavanja pristupa tretmanu očekivanjem dobre socijalne prilagođenosti možemo da posmatramo kao oblik institucionalizovane rodne stigme (Herek, 2007), ali i kao još jedan pokazatelj da psihijatrijske dijagnoze i prakse nisu moralno i politički neutralne, već je medicina neretko u funkciji očuvanja postojećeg društvenog poretka (Drescher, 2010; Conrad & Schneider, 1992; Jutel, 2011).

Zato, mada zahtev za prilagođavanjem društvenoj realnosti (koji ujedno podrazumeva da je osoba „pravi transseksualac“) ima i funkciju suočavanja osobe sa realnošću života u svojoj (novoj)

[26] Bendžamin u svoju studiju uključuje i osobe kojima je po rođenju pripisan ženski pol, ali ističe da su u njegovoj praksi bile manje zastupljene. Usavršavanje tehnika rekonstrukcije penisa povećala je broj trans maskulinih osoba koje se javljaju rodnim klinikama (Rakić, 1993), dok se poslednjih godina beleži značajan porast kako transrodnih, tako i rodno različitih osoba koje se obraćaju našem timu (Duišin et al, 2017).

[27] Kod Bendžamina možemo da primetimo promenu u odnosu prema rodnoj različitosti, od početne otvorenosti ka shvatanju rodne različitosti kao spektra i fenomenološkog i nepatologizujućeg pristupa, ka sve većem insistiranju na binarnosti i "prolaženju" (odnosno cisnormativnosti), ali i heteronormativnosti kroz isključivanje istopolno orijentisanih osoba. Za više informacija vidi Ekins (Ekins, 2005), i Šafer i Viler (Schaefer & Wheeler, 1995).

[28] U petoj verziji se „pravi transseksualac“ opisuje kao osoba koja tokom čitavog života dosledno pokazuje identifikaciju s drugim polom, ne oseća nikakvo seksualno uzbuđenje prilikom oblačenja odeće drugog pola i koja (gledano na osnovu anatomskog pola) uopšte nema heteroseksualna interesovanja.

ulozi i teškoćama koje iz toga proizilaze[29], ne smemo da izgubimo iz vida da se u njegovoj osnovi nalazi i zahtev za rodno normativnim ponašanjem, odnosno uklapanjem u preovladavajuće norme cisnormativnog društva. Da je to slučaj potvrđuje i praksa uskraćivanja pristupa tretmanu osobama koje se ne uklapaju u rodni dimorfizam identiteta, uloge i izražavanja.

Ovo je uslovilo i specifičnu ulogu stručnjaka za mentalno zdravlje kao „čuvara kapije“, a u skladu s odnosima moći koji proizilaze iz medicinskog modela – lekari su ti koji donose odluku o pristupu tretmanu, a na osobi je da ispuni zahteve koje se pred nju stavljaju. Ovde je moći lekara dodatno doprinosila tadašnja psihopatologizacija rodne različitosti, iz koje sledi da se preko puta lekara nalazi osoba sa dijagnozom mentalnog poremećaja, što sa sobom nosi dodatni gubitak autonomije i očekivanje prihvatanja lekarskog autoriteta koji bolje od same osobe zna šta je za nju dobro. Takođe, uloga „čuvara kapije“ je ujedno bila i uloga čuvara društvenog poretka, jer se saglasnost daje samo onima za koje se procenuje da će se dobro uklopiti u zahteve cisnormativnog društva. Obe komponente ovog pristupa kritikovane su od strane transrodne zajednice, što je i dovelo do značajnih promena u novijim verzijama “Standarda nege”. Dodatni razlog za kritiku ovog modela predstavlja razmatranje pozicije moći stručnjaka za mentalno zdravlje u kontekstu medicinskog nasilja – kako strukturnog, sagledavajući poziciju rodno različite osobe unutar medicinskog sistema, tako i na individualnom nivou, kroz različite primere zloupotrebe te moći koji su usmereni protiv dobrobiti i dostojanstva osobe i koje je onemogućavaju da ostvari svoja prava kao korisnik zdravstvene zaštite.

Potraga za „pravim transseksualcem“ kao prototipom osobe koja će imati najviše koristi od medicinskog prilagođavanja pola po prvi put je u Standardima nege kritikovana u petoj verziji (WPATH, 1998). Naime, vremenom se pokazalo da se pacijenti koji se ne uklapaju u idealni prototip retko javljaju lekarima[30], kao i da su mnoge osobe koje su se uklapale u opis „pravog transseksualca“ to postizale tako što su prilikom razgovora s psihijatrima davale netačne podatke, u želji da, prikazivanjem sebe kao „idealnog“ primera iz stručne literature, osiguraju pristup tretmanu (WPATH, 1998; Burke, 2011). Ovo nam govori o težini i kompleksnosti položaja transrodnih i rodno različitih osoba unutar medicinskog sistema – one su se i tu suočavale sa dvostrukom stigmatizacijom, stigmom psihijatrijskog pacijenta i stigmom prekršioca rodne norme, a preko puta su sebe imale stručnjake za mentalno zdravlje kao čuvare društvenih normi i autoritete koje je trebalo da uvere da im daju saglasnost za pristup tretmanu. Napuštanja potrage za idealnim kandidatom i stavljanje naglaska na prilagođavanje tretmana osobi nastupa u šestom izdanju „Standarda nege“ i dodatno razrađuje u naredne dve verzije.

***Promena pristupa - od traženja odgovarajućeg kandidata do traženja odgovarajućeg tretmana***

Od šeste verzije Standarda nege (WPATH, 2001) primetna je promena u pristupu, gde se više ne traži idealan kandidat za ulazak u medicinski proces, već se sam proces prilagođava individualnim potrebama osobe, a proces donošenja odluke o ulasku u proces se više posmatra kao saradnički. U okviru ovih izmena po prvi put se omogućava parcijalni pristup intervencijama, odnosno napušta se uslov da osobe koje ulaze u proces moraju da prihvate i hormonsku terapiju i hirurške zahvate (vidi npr. Hage & Karim, 2000, Vidić i sar., 2022). Time se polako otvorio prostor za uključivanje rodno

[29] Dodatnu teškoću predstavlja pitanje pravnog priznanja roda, odnosno (ne)mogućnost promene ličnog imena i oznake pola u dokumenata, što nije bilo moguće pre genitalne operacije.
[30] Ovo razmatra i naš Tim.

različitih osoba čije su se potrebe razlikovale od do tada očekivanih, kao i za sve veću individualizaciju tretmana.

Ogroman pomak u smeru individualizacije i depsihijatrizacije tretmana predstavlja sedmo izdanje „Standarda nege“ (Coleman et al, 2012), čije se ideje dodatno razrađuju u osmom izdanju (Coleman et al, 2022). U njima se ističe razlika između rodne disforije i rodne različitosti[31] i insistira na prilagođavanju tretmana potrebama same osobe. Odluka o hormonskom i hirurškom tretmanu je pre svega odluka same osobe, kao i sve druge odluke koje se odnose na zdravstvenu zaštitu. To podrazumeva i promenu uloge stručnjaka za mentalno zdravlje: mada zahtev za dobijanjem njihove saglasnosti ostaje, ističe se da je transrodna osoba ta koja donosi odluku o željenom tretmanu, dok stručnjak za mentalno zdravlje treba da joj pomogne da se za to što bolje pripremi. Umesto obavezne psihoterapije i psihijatrijske procene uspešnosti testa stvarnog života, pismo preporuke se sad zasniva na proceni stručnog lica da je klijent psihološki spreman za dalji tretman, što podrazumeva da je informisan o tretmanu, da su njegova očekivanja jasna i realistična i da su mogući problemi s mentalnim zdravljem stavljeni pod kontrolu[32], odnosno na proceni da je osoba u stanju da dâ pristanak nakon informisanja. Pored toga, stručnjaci za mentalno zdravlje treba da osobi pomognu da bude i praktično spremna: da s njom razgovaraju kako da obezbedi finansijska sredstva za medicinske intervencije, kako da prikupi informacije o lekarima iz tima i odluči s kim želi da sarađuje, kao i kako da isplanira postoperativnu negu. Kao što vidimo, ovde je odnos između stručnjaka i transrodne osobe više saradnički nego paternalistički. S druge strane, pošto stručnjak za mentalno zdravlje i dalje vrši procenu rodne disforije i celokupnog funkcionisanja osobe, ovakva praksa nije u potpunosti u skladu sa modelom informisanog pristanka i rodno-afirmativne nege koji zahteva jedan deo aktivističke zajednice (Cavanaugh, Hopwood & Lambert, 2016). Takođe, ostaje otvoreno pitanje zašto se ova vrsta procene i dalje zahteva za rodno afirmativne intervencije, ali ne i za druge tretmane i hirurške intervencije koje takođe u značajnoj meri mogu modifikovati telo (ali ne krše rodnu normu).

Kada je reč o promenama koje su u narednom periodu nastupile u radu našeg Tima, u protekloj deceniji je zabeležen povećani broj obraćanja obraćanja timu uopšte, kao i veći broj nebinarnih osoba koji želi da uđe u proces afirmacije roda (Duišin i sar, 2017). Psihijatrijsko-psihološka procena od strane jednog psihijatra kao uslov za započinjanje hormonskog tretmana, odnosno dva psihijatra i endokrinologa za genitalne hirurške intervencije, praksa je koje se Beogradski tim za rodni identitet pridržava i danas, s tim što su uslovi za dobijanje pisama preporuke manje restriktivni i u načelu postoji veća otvorenost spram individualnih potreba rodno različitih osoba. Nažalost, do ove pozitivne promene je došlo značajno nakon što su se pojavile u petoj, šestoj i sedmoj verziji „Standarda nege“. Iz neformalne komunikacije sa organizacijama koje rade s transrodnim i rodno različitim osobama u Srbiji saznajemo da su lekari Tima otvoreniji za individualizaciju tretmana, odnosno prilagođavanje tretmana potrebama osobe.

Takođe, zvanično osnivanje Republičke komisije 2012. godine, donošenje izmena zakona koje su omogućile da se dve trećine troškova hirurških intervencija prilagođavanja pola sprovodi o trošku Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, a zatim i njihova primena u praksi, doprineli su većoj jasnoći i standardizaciji tretmana prilagođavanja pola i eliminisali neke od teškoća koje su postojale tokom devedesetih i dvehiljaditih.[33]

[31] Razlikovanje rodne disforije i rodne različitosti predstavlja važan korak u smeru depsihopatologizacije transrodnosti, pošto se time jasno naglašava da ne moraju sve rodno različite osobe nužno imati rodnu disforiju.
[32] Dakle, mentalni poremećaji više nisu kontraindikacija za medicinsko prilagođavanje pola.
[33] Za više informacija vidi Zulević (2012) i Vidić i Bilić (2022).

***Transrodne i rodno različite osobe u cisrodnom društvu – problem stigmatizacije i mentalnog zdravlja***

Danas je za razumevanje životne situacije transrodnih osoba važno uzeti u obzir teškoće koje proizilaze iz negativnih reakcija porodice i bliskog okruženja i društveno zasnovane diskriminacije i nasilja. Brojna istraživanja u svetu, kao i istraživanja sprovedena kod nas kod nas, ukazuju na visok stepen izloženosti psihičkom, fizičkom i seksualnom nasilju, kako od strane poznatog okruženja (porodice, vršnjačke grupe, u radnom okruženju, u partnerskim vezama), tako i u javnom prostoru, u medijima i na društvenim mrežama (npr. James et al., 2024; James et al., 2021; Evje et al, 2024; Robles et al., 2016; Bockting et al., 2013, , Testa et al., 2012; Grant et al., 2011; Turner et al., 2009; Clarke et al., 2010). Iskustva odbacivanja, diskriminacije i nasilja dalje negativno utiču na mentalno i fizičko zdravlje[34], uključujući i veću zastupljenost anksioznosti, depresivnosti, suicidalnost i zloupotrebe pshihoaktivnih supstanci; zatim na socio-ekonomski status i opštu dobrobit rodno različitih osoba i dovode do nepovoljnih ishoda u odnosu na cisrodnu populaciju (Santos et al, 2025; Evje et al, 2024; Liu et al, 2024; Marzetti et al, 2024; Hajek et al, 2023; James et al, 2021; Hughto & Reisner, 2021; Smiley et al., 2017; Bockting et al., 2013; McNeil et al., 2012; Grant et al., 2011). Kao što prepoznaju i članovi beogradskog seksološkog tima, ove teškoće su posledica nepovoljnog društvenog položaja (odnosno, kako ga oni nazivaju „sekundarni nivo poremećaja“), a ne karakteristika rodne različitosti same po sebi. U prilog ovom stavu govore i studije koje istražuju odnos između teškoća s mentalnim zdravljem i izloženosti nasilju (Hughto & Reisner, 2021; Robles et al, 2016), kao i one koje ukazuju na protektivno dejstvo podrške porodice i okruženja na mentalno zdravlje rodno različite dece (Olson et al., 2016).

Nepovoljan položaj transrodnih i rodno različitih osoba u društvu i prateće teškoće s mentalnim zdravljem mogu da se negativno odraze i na socio-ekonomski položaj. Podaci velike američke studije pokazuju da 34% ispitanika živi u siromaštvu, 18% je nezaposleno, 30% je tokom života bilo bez krova nad glavom, a 11% je zbog transrodnosti bilo prinuđeno da ode s posla ili dobilo otkaz (James et al, 2024), što dalje utiče na mentalno zdravlje. Rezultati istraživanja u našoj zemlji potvrđuju ove nalaze: u jednom pilot istraživanju 37% ispitanih transrodnih i rodno različitih osoba izjavljuje da živi u domaćinstvu čija primanja teško ili veoma teško mogu da podmire mesečne troškove, a 20% svoje finansijske teškoće opisuje kao ozbiljne; svega četvrtina ispitanika iz istog uzorka navodi da tokom školovanja nisu bili diskriminisani ili izloženi nasilju zbog svog rodnog identiteta (Vidić, 2021). Drugo istraživanje, u kome su učestovale transrodne i nebinarne osobe iz pet evropskih zemalja donosi posebno zabrinjavajuće podatke o mentalnom zdravlju koje se odnose na Srbiju: 86% ispitanih transrodnih i rodno različitih osoba je u nekom trenutku svog života ozbiljno razmišljalo o suicidu, od toga 74% njih u više navrata (Smiley et al, 2017).

Pitanje pravnog priznanja roda (odnosno dobijanja dokumenata sa drugom, odgovarajućom oznakom pola/roda i izabranim imenom) u velikoj meri određuje svakodnevni život transrodnih osoba, uključujući i ostajanje u sistemu obrazovanja, mogućnost zapošljavanja i funkcionisanje u različitim situacijama u kojima je neophodno pokazivanje dokumenata. U Srbiji je više decenija postojala zakonski neregulisana praksa promene podataka, što je dovodilo do neujednačene prakse i zloupotreba (Zulević, 2012); od 2019. godine je ta praksa zakonski definisana, ali i medikalizovana, odnosno zahteva lekarske potvrde – neophodno je da je osoba najmanje godinu dana u hormonskom

[34] Uključujući i dostupnost i pristup opštoj i transspecifičnoj zdravstvenoj nezi, gde se takođe susreću s anti-trans predrasudom.

tretmanu, ili da je prošla kroz operacije[35]. Pored velikog praktičnog značaja, istraživanja pokazuju da mogućnost pravnog priznanja roda ima pozitivan efekat i na mentalno zdravlje (Puckett et al., 2024; Dechants et al, 2022; Scheim et al, 2020)[36].

***Negativan odnos prema rodnoj različitosti unutar medicinske zajednice***

Beogradski seksološki tim u prvim godinama svog rada prepoznaje da transrodne i rodno različite osobe nailaze na nerazumevanje i odbacivanje ne samo od strane najbližeg okruženja i šireg društva, već i unutar lekarske zajednice. Negativan odnos manifestuje se na dva načina: jedan je poricanje postojanja samog fenomena, kada lekari koji nemaju kliničko iskustvo u ovoj oblasti *„podležu uticaju kulturoloških smernica i možda sumnjaju u samo postojanje ovakve vrste poremećaja, a time i u efikasnost jednog kompleksnog i dugotrajnog terapijskog procesa“* (str. 260). Pored toga, negativan odnos prema rodnoj različitosti vidimo u njenom statusu mentalnog poremećaj, što je u ekstremnom obliku podrazumevalo potpuno odbacivanje medicinskog prilagođavanja pola i insistiranje na (konverzivnoj) psihoterapiji (npr. Socarides, 1964, Limentani, 1979). Beogradski seksološki tim kritikuje oba stanovišta i ističe da su farmakoterapija i psihoterapija usmerene isključivo na sekundarni nivo poremećaja, a ne na samu rodnu različitost. Uprkos trendu većoj otvorenosti tima ka individualizaciji tretmana i edukovanja novih stručnjaka u ovoj oblasti, rodno različite osobe se u Srbiji i danas suočavaju s problemom rodne stigme, diskriminacije i nasilja, kako u društvenom okruženju, tako i unutar medicinskog konteksta. Pored predrasuda i manjka znanja o rodno afirmativnoj zdravstvenoj nezi među lekarima koji se bave opštom medicinom (Vidić, 2020), istraživanje u kome su učestivovali članovi trans grupe samopomoći ukazuje na problem prisustva rodnog binarizma čak i među nekim članovima sadašnjeg tima (Vidić i Bilić, 2022)[37]. Važno je da spomenemo i istraživanje Jelene Zulević (2012) koje donosi svedočanstva transrodnih osoba koje su tokom devedesetih i dvehiljaditih pokušavale da uđu u proces medicinske afirmacije pola i pravnog priznanja roda, uključujući i različite primere diskriminacije i nasilja.

Mada u nekim krugovima i danas postoje slične sumnje, istraživački podaci nedvosmisleno govore da hormonska i medicinska afirmacija roda pozitivno utiče na mentalno zdravlje i opšte funkcionisanje osobe (Verbeek et al, 2020; Dhejne et al, 2015, Bränström & Pachankis, 2019, de Vries et al., 2014). Ove procedure su usmerene na smanjivanje rodne disforije i omogućavaju kvalitetniji život u odgovarajućem rodu (Coleman et al, 2012, 2022). Takođe, jedan deo dobrobiti od ovih intervencija povezan je i sa afirmacijom roda osobe od strane okruženja, a kod onih osoba kojima omogućava bolje „prolaženje“ i pravno priznanje roda, ove intervencije dovode i do smanjenja verovatnoće izloženosti nasilju i diskriminaciji, tako da tu vidimo koliko su medicinska, psihološka, socijalna, ali i pravna tranzicija međusobno isprepletene i važne za kvalitet života rodno različitih osoba. Preliminarni rezultati velike američke studije potvrđuju važnost socijalne tranzicije (79% ispitanika navodi da su mnogo zadovoljniji životom nakon tranzicije, a 15% malo zadovoljniji), hormonske terapije (84% mnogo zadovoljniji, 14% malo zadovoljniji), hirurških intervencija (88% mnogo zadovoljniji, 9% nešto zadovoljniji) (James et al, 2024).

Naravno, pri razmatranju ovih podataka bitno je da ne zaboravimo da su transrodne i rodno različite osobe heterogena grupa čiji je odnos prema medicinskim i hirurškim intervencijama različit.

[35] Za sveobuhvatniji pregled položaja transrodnih i rodno različitih osoba u Srbiji vidi Vidić i Bilić (2022)

[36] Ovi podaci dodatno dobijaju na značaju u kontekstu zaokreta nekih država (pogotovo SAD) ka konzervativnim politikama zasnovanim na biološkom esencijalizmu.

[37] Ovaj rad nudi i sveobuhvatan pregled položaja transrodnih osoba u Srbiji.

Dok neke osobe žele da prođu kroz hormonsko-hirurško prilagođavanje pola kako bi se što bolje uklopili u binarnu cisheteronormativnu matricu, neke osobe žele samo parcijalne intervencije, a neke ne žele nikakve medicinske intervencije. Ovo govori u prilog važnosti individualizacije tretmana (Hage & Karim, 2000) i otvorenosti spram razumevanje potreba nebinarnih, odnosno rodno različitih osoba kao posebno marginalizovanog dela ove već veoma marginalizovane grupe (Burgwal et al, 2019; Richards et al., 2016; Taylor et al., 2019).

## Zaključak

Istorija izučavanja rodne različitosti, kako u svetu, tako i kod nas, jasno ukazuje na mnogostruki uticaj društvenih normi na živote pojedinaca. Cis i heteronormativnost su prisutne ne samo u opštim društvenim stavovima, već i u istoriji medicinskih klasifikacija, medicinske (i psihološke) prakse i zakonskim regulativama. Društvene norme određuju i izbor pitanja kojima će se različite naučne discipline baviti, načine na koji se ta pitanja postavljanju, izbor istraživačkih metoda i tehnika, kao i načine na koji će rezultati biti interpretirani, što nisu samo pitanja koja ostaju u okvirima naučnog rada, već usmeravaju medicinsku praksu, zakonska rešenja i društvene stavove, a time se odražavaju i na živote rodno različitih osoba.

Trans afirmativna medicina ima višedecenijsku istoriju na našim prostorima. Zbornik „Polni identitet i promena pola“ Beogradskog seksološkog tima, objavljen 1993. godine, pisan je u skladu sa tada važećim stručnim smernicama i predstavlja dragoceno svedočanstvo o praksi naših lekara i njenom teorijskom utemeljenju. Rodno afirmativna medicina je oblast koju i danas poznaje mali broj lekara, a koja je tad bila dodatno marginalizovana; međutim, analiza delova zbornika koji se bave psihološko-psihijatrijskim razmatranjima pokazuje da je naš tim bio u toku sa tadašnjim vodećim stručnim standardima. Biološki esencijalizam u razumevanju rodne različitosti, njena psihopatologizacija, kao i potraga za „pravim transseksualcima“ kojima će biti omogućen pristup tretmanu, koji su danas napušteni, odraz su vremena u kome je Tim radio. Međutim, na nekim mestima u tekstu primetan je kritički odnos prema onome što se smatra naučnim istinama i pozivanje na opreznost u preuranjenim zaključcima jer je u pitanju oblast koja se još uvek razvija i u kojoj način na koji se praktikuje značajno oblikuje ono što smatramo znanjem. Iako izostaje kritičko razmatranje uloge psihijatrizacije rodne različitosti kao sredstva društvene kontrole i očuvanja cisrodnog poretka, autori kritikuju nerazumevanje i odbacivanje na koje nailaze njihovi pacijenti i pokazuju empatičan odnos prema kompleksnosti životnih situacija osoba s kojima rade.

Pored značajnih promena unutar naučnih disciplina koje se bave rodom i rodnom različitošću: depsihopatologizacije rodne različitosti, sve većeg broja istraživanja koja jasno govore u prilog važnosti afirmativnog pristupa i individualizacije tretmana, u prethodnoj deceniji tema rodne različitosti nalazi se u samom centru javnih debata. Ovakvoj (rekli bismo – sasvim neželjenoj i negativnoj) popularnosti doprinelo je jačanje antirodnog pokreta, koji u okviru svoje borbe protiv tzv. rodne ideologije kao glavnih neprijatelja vidi sam pojam roda (Zaharijević i Lončarević, 2022; Gergorić, 2020; Kuhar & Zobec, 2017; Bilić, 2022; Vidić i Bilić, 2022). Antirodni pokret sam pojam roda posmatra kao opasan i lažan, rodne teorije opisuje kao oblik indoktrinacije, pogotovo najranjivih grupa – dece i mladih – sa ciljem uništenja tradicionalne porodice i društvenih vrednosti i normi, a u svojim aktivnostima je usmeren protiv očuvanja i unapređenja rodne ravnopravnosti, seksualnih i reproduktivnih prava i prava LGBTIQA osoba.

Nažalost, antirodne aktivnosti su prisutne i kod nas, a jedan od primera je zahtev za izbacivanjem jedinica koje se bave polom i rodom iz udžbenika biologije[38]. Uprkos sve većem broju istraživanja koja potvrđuju dobrobiti psihološke, društvene, pravne i medicinske tranzicije, jedan deo aktivnosti antirodnog pokreta usmeren je i na uskraćivanje pristupa rodno afirmativnoj medicini i proglašavanjem cele ove oblasti nenaučnom, što može da ima dramatičan negativan uticaj na živote rodno različitih osoba, kao i na dalja istraživanja i praksu. Zato smo želeli da u ovom radu prikažemo početak razvoja rodno afirmativne medicine kod nas, istaknemo njen kontinuitet, ukažemo na sličnosti i razlike sa savremenim pristupom i razmotrimo je u svetlu savremenih istraživanja, kao svedočanstvo za generacija praktičara i istraživača koje dolaze.

## Reference

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

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

Arnoldussen, M., Steensma, T.D., Popma, A. *et al.* Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29, 803–811 (2020). https://doi.org/10.1007/s00787-019-01394-6

Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Dusseldorf: Symposium Publishing

Berrian, Kedryn, Marci D. Exsted, Nik M. Lampe, Sayer L. Pease, and Ellesse-Roselee L. Akré. 2024. 'Barriers to Quality Healthcare among Transgender and Gender Nonconforming Adults'. Health Services Research n/a (n/a). https://doi.org/10.1111/1475-6773.14362.

Bilić, B. (2022). (Post)socialist gender troubles: transphobia in Serbian leftist activism. In: Bilić, B., Nord, I. & Milanović, A. (eds.) Transgender in the post-yugoslav space. Lifes, Activism, Culture. Bristol: Policy Press.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*, 943–951.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*, 943–951.

Bowling, J., Barker, J., Gunn, L. H., & Lace, T. (2020)**.** "It just feels right": Perceptions of the effects of community connectedness among trans individuals. *PLOS ONE, 15*(10), e0240295. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240295

Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2019). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry, 177*(8), 727–734. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080

[38] Strucno-misljenje-interdisciplinarne-komisije.pdf, poslednji put pristupljeno 19.8.2025.

Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 545–557.

Burgwal, A., Gvianshishvili, N., Hard, V., Kata, J., Garcia Niento, I., Orre, C., Smiley, A., Vidic., J. & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: a community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 218-229.

Burke, M. (2011). Resisting pathology: GID and the contested terrain of diagnosis in the transgender rights movement. In: McGann, PJ. & Hutson, J. (eds). *Sociology of Diagnosis. Advances in Medical Sociology*. Vol. 12, 183-210, Emerald Group Publishing Limited.

Cauldwell, D. O. (1949). Psychopathia transexualis. In R. Ekins & D. King (Eds.), Pioneers of transgendering: The popular sexology of David O. Cauldwell. New York: International Journal of Transgenderism.

Cavanaugh, T, Hopwood, R., Lambert, C. (2016). Informed consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients, *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147:1155.

Clarke, V., Ellis, S., Peel, E., Riggs, D. (2010). *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Psychology. An Introduction.* Cambridge: Cambridge University Press.

Colapinto, John (2001). As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl. New York: HarperCollins. ISBN 978-0-06-019211-2. OCLC 42080126.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*(4), 165–232. https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873

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.

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics, 134*(4), 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958

DeChants, J. P., Price, M. N., Green, A. E., Davis, C. K., & Pick, C. J. (2022). Association of updating identification documents with suicidal ideation and attempts among transgender and nonbinary youth. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(9), 5016. https://doi.org/10.3390/ijerph19095016.

Dhejne, C., Vlerken, R. V, Heylens, G. & Arcelus, J. (2015). Mental health and gender. dysphoria: A review of the literature. *International review of Psychiatry, 28*(1), 44-57.

Drescher, J. (2010). Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual, *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427–460.

Duišin i Đorđević (ur.) (2016). *Transseksualizam: multidisciplinarni fenomen*. Beograd: Beogradski centar za urogenitalnu rekonstruktivnu hirurgiju.

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.

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch… J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version

8, International Journal of Transgender Health, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644

Ekins, R. (2005). Science, politics and clinical intervention: Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity. Sexualities, 8(2), 152–168. https://doi.org/10.1177/1363460705050858

Ellis, H. (1910/38). *Studies in the psychology of sex* (Vol. 1). New York: Random House. (Original work published 1900)

Evje, J., Fluit, S., & von Soest, T. (2024). Transgender people experience more discrimination and violence than cisgender lesbian, gay, or bisexual people: A multilevel analysis across 30 European countries. *International Journal of Transgender Health.* https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2440856

Fisk, N. M. (1973). *Gender dysphoria syndrome: The how, what and why of the disease*. In D. Laub & P. Gandy (Eds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome* (pp. 7–14). Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Fleming, M., Steinman, C., & Bocknek, G. (1980). Methodological problems in assessing sex-reassignment surgery: A reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behavior, 9*(5), 451–456. https://doi.org/10.1007/BF02115944

Frojd, S. (1969). O seksualnoj teoriji. Novi Sad: Matica srpska.

Frost DM, Meyer IH. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. Curr Opin Psychol. 2023 Jun;51:101579. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101579. Epub 2023 Apr 6. PMID: 37270877; PMCID: PMC10712335

Gajin, S. (2012). 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.

Gergorić, M. (2020). Antirodni pokreti u 21. stoljeću. *Anali Hrvatskog politološkog društva, 17*(1), 149–167. https://doi.org/10.20901/an.17.07

Germon, J. (2009). *Gender. A genealogy of an idea.* Palgrave Macmillan New York https://doi.org/10.1057/9780230101814

Grant, J.M, Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. & Kesiling, M. (2011). Injustice at every turn. A report of the national transgender discrimination survey. Washington: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force, preuzeto sa: https://www.thetaskforce.org/wp-content/uploads/2019/07/ntds_full.pdf

Greta R. Bauer, Margaret L. Lawson, Daniel L. Metzger (2022). Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of "Rapid Onset Gender Dysphoria"? The Journal of Pediatrics, Volume 243, 224-227, https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020.

Hage, J.J., Karim, R.B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for transsexual gender dysphoria. Plastic and Reconstructive Surgery, 105, 1222-1227.

Hajek, A., König, H.-H., Buczak-Stec, E., Blessmann, M., & Grupp, K. (2023). Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms among transgender people: Results of a survey. *Healthcare, 11*(5), 705. https://doi.org/10.3390/healthcare11050705.

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

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (1979). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons*.

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (1980). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons* (2nd ed.).

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (1981). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons* (3rd ed.).

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (1990). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons* (4th ed.).

Herek, G. (2007). Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. *Journal of social issues*, Vol. 63 (4). https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x

Hidalgo, Marco A., Diane Ehrensaft, Amy C. Tishelman, Leslie F. Clark, Robert Garofalo, Stephen M. Rosenthal, Norman P. Spack, and Johanna Olson. 2013. "The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn." Human Development 56 (5): 285–90. https://doi.org/10.1159/000355235

Hirschfeld, M. (1910/1991). *Transvestites: The erotic drive to cross-dress* (M. A. Lombardi-Nash, Trans.). Amherst, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910)

Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2021). A systematic review of the effects of transphobic discrimination on mental health. *Social Science & Medicine, 279*, 113961. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113961 (doi.org in Bing)

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut". (2010). *Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: Deseta revizija, Knjiga 2 – Priručnik za upotrebu*. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2021). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey.* National Center for Transgender Equality.

James, S.E., Herman, J.L., Durso, L.E., & Heng-Lehtinen, R. (2024). Early Insights: A Report of the 2022 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality, Washington, DC.

Jutel, A. (2011). Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review. U: McGann, PJ. & Hutson, J. (eds). *Sociology of Diagnosis. Advances in medical sociology*, Vol. 12, 3-32 Emerald Group Publishing Limited.

Krafft-Ebing, R. von. (1886/1999). *Psychopathia sexualis: With especial reference to contrary sexual instinct: A clinical-forensic study* (B. King, Ed.). Burbank, CA: Bloat Books.

Kuhar, R., & Zobec, A. (2017). The anti-gender movement in Europe and the educational process in public schools. *Center for Educational Policy Studies Journal, 7*(2), 29–46. https://doi.org/10.26529/cepsj.168

Levine, S.B. (1989). Gender identity disorders of childhood, adolescence and adulthood. In: Kaplan, H. & Sadock, B. (eds.). Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: William & Wilkins.

Lief, H.I. (1978). Introduction to sexuality. In: Freedman, M. A., Kaplan, H.I,, Sadock, J. B. (eds). Comptehensive textbook of psychiatry, second edition. Baltimore: William & Wilkins.

Limentani, A. (1979). Transsexualism: A clinical and theoretical overview. *British Journal of Psychiatry, 134*(6), 552–559. https://doi.org/10.1192/bjp.134.6.552

Link BG, Phelan J. Stigma power. Soc Sci Med. 2014 Feb;103:24-32. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.07.035. PMID: 24507908; PMCID: PMC4451051.

Liu, M., Patel, V. R., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2024). Health status and mental health of transgender and gender-diverse adults. JAMA Internal Medicine. Advance online publication. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.2544.

Marzetti, H., et al. (2024). Discrimination, victimization, and suicidal ideation among transgender adults. *Journal of Affective Disorders.*

Matsuzaka, S., & Koch, D. E. (2019). Trans feminine sexual violence experiences: The intersection of transphobia and misogyny. *Affilia: Journal of Women and Social Work, 34*(1), 28–47. https://doi.org/10.1177/0886109918790929

McCann, E., Donohue, G., & Brown, M. (2021)**.** Experiences and perceptions of trans and gender non-binary people regarding their psychosocial support needs: A systematic review of the qualitative research evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3403. https://doi.org/10.3390/ijerph18073403

McCann, E., Donohue, G., & Brown, M. (2021)**.** Experiences and perceptions of trans and gender non-binary people regarding their psychosocial support needs: A systematic review of the qualitative research evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3403. https://doi.org/10.3390/ijerph18073403.

McNeil, J., Bailey, L. Ellis, S., Morton, J. & Regan, M. (2012). *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study 2012*. Scottish Transgender Alliance; TREC, Traverse; Sheffield Hallam University, TransBareAll.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674–697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

Money, J. (1972). *Man & woman, boy & girl: Gender identity from conception to maturity*. Johns Hopkins University Press.

Nord, I. (2018). Routes to gender-affirming surgery: navigation and negotiation in times of biomedicalization. In: Griffin, G. & Jordal, M. (eds). Body, Migration, Re/constructive Surgeries. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351133678

Olson KR, Durwood L, DeMeules M, et al. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. Pediatrics, 137(3).

Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge.

Puckett, J. A., Price, S., Dunn, T., Kuehn, K., Kimball, D., Hope, D. A., Mocarski, R., Juster, R.-P., & DuBois, L. Z. (2024). Legal gender affirmation, psychological distress, and physical health issues: Indirect effects via enacted stigma. Sexuality Research and Social Policy. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s13178-024-00971-y

Rakić, Z., Marić, J., Slijepčević, D., Vujović, S., Perović, S. (1993). Polni identitet i promena pola. Beograd: BIZG.

Richards, C., Bouman, W.P., Seal, L., Barker, M.J., Nieder T. & T'Sjoen., G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102, DOI: 10.3109/09540261.2015.1106446

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.

Santos, G.-M., McFarland, W., & Wilson, E. C. (2025). Prevalence and correlates of sexual intimate partner violence among trans women in the San Francisco Bay Area. *Frontiers in Global Women's Health.*

Schaefer, L. C., & Wheeler, C. C. (1995). Harry Benjamin's first ten cases (1938–1953): A clinical historical note. *Archives of Sexual Behavior, 24*(1), 73–93, https://doi.org/10.1007/BF01541990

Scheim, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health, 5*(4), e196–e203. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3.

Scheim, A.I., Restar, A.J, Zubizarreta, D., Lucas, R., Wilson Cole, S., Everhart, A., Baker, K. E., Rodriguez, M. I. (2025). Legal gender recognition and the health of transgender and gender diverse people: A systematic review and meta-analysis, *Social Science & Medicine,* Vol 38, 118147, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118147.

Simić, J. (2012). Medicinsko-pravni aspekti transseksualnosti - u susret priznavanju pravnih posledica promene pola u Srbiji. Pravni zapisi, vol. 3, br. 2, str. 299-322, https://doi.org/10.5937/pravzap3-2954

Smiley, A., Burgwal, A., Orre, C., Summanen, E., Garcia Niento, I., Vidić, J., Motmans, J., Kata, J., Gvianishvilli, N., Hard, V. and Kohler, R. (2017). *Overdiagnosed but Underserved. Trans Heathcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: Trans Health Survey*. TGEU

Smith, E., Jones, T., Ward, T., Dixon. J., Mitchel, A., Hilier, L, (2014) *From Blues to Rainbows. The mental health and well-being of gender diverse and transgender young people in Australia*. Australian Reserach Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University and University of New England.

Socarides, C. W. (1964). *The overt homosexual*. Grune & Stratton.

Stoller. R. J. (1968). Sex and gender : on the development of masculinity and femininity. New York: Science House

Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J.J. & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195-204

Testa, R., Sciacca, L., Wang, F., Hendricks, M., Goldblum, P., Bradford, J., Bognar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*. *43*(5), 452-459.

TGEU - Trans Rights Map za 2025. godinu

Turner, L., Whittle, S., Combs, R. (2009). *Transphobic Hate Crimes in the European Union*. London: Press For Change.

Verbeek, P., Zadeh, S., & van der Meulen, R. (2020). *Transgender care in Europe: A comparative analysis of policy and practice*. European Journal of Public Health, 30(5), 845–850. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa123

Vidić, J., Stanković, B., & Džamonja Ignjatović, T. (2022). Iskustva medicinske tranzicije transrodnih osoba u Srbiji: Od afirmacije identiteta do institucionalnog nasilja. *Sociologija, 64*(3), 401–427. https://doi.org/10.2298/SOC2203401V

Vidić. J. & Bilić, B. (2022). Transgender and non-binary persons, mental health and gender binarism in Serbia. In: Bilić, B., Nord, I. & Milanović, A. (eds.) *Transgender in the post-yugoslav space. Lifes, Activism, Culture*. Bristol: Policy Press.

Vidić, J. (2021)**.** Položaj i potrebe transrodnih i rodno nebinarnih osoba u Srbiji. *Psihološka istraživanja, 24*(1), 75–99. https://doi.org/10.5937/PSISTRA24-27858

Vidić, J. (2020). *Transrodnost u Srbiji u 21. veku – Pilot studija o informisanosti i iskustvima zdravstvenih radnika o procesu prilagođavanja pola*. Engrami, 42(2), 6–22. https://doi.org/10.5937/engrami41-28757

Vidić, J. (2015). *Prekinimo ćutanje! Izveštaj monitoringa diskriminacije i zločina iz mržnje nad trans* osobama*. Beograd: Gayten-LGBT, Centar za promociju LGBTIQ prava

Viks, Dž. (2019). Šta je istorija seksualnosti? Novi Sad: Mediterran.

Will the cycle of violence ever end? TGEU's Trans Murder Monitoring project crosses 5,000 cases - TGEU - Trans Europe and Central AsiaTGEU – Trans Europe and Central Asia

World Professional Association for Transgender Health. (1998). *Standards of care for gender identity disorders* (5th ed.).

World Professional Association for Transgender Health. (2001). *Standards of care for gender identity disorders* (6th ed.).

Zaharijević, A., & Lončarević, K. (2020). Rod i ideologija: o pobuni protiv jednakosti. U: T. Várady & M. Pajvančić (Eds.), *Rodna ravnopravnost – od jednakih prava do jednakih mogućnosti* (str. 29–44). Beograd: Srpska akademija nauka i umetnosti.

Zucker, K. J. (2017) Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health* 14, 404-411. https://doi.org/10.1071/SH17067

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.