

R a s p r a v e

TRANSRODNOST I BIOETIČKA OPRAVDANOST RODNO AFIRMATIVNE TERAPIJE

Zorica Maros

Katolički bogoslovni fakultet
Sveučilišta u Sarajevu
maroszorica@gmail.com

UDK 305-055.3:27-42
<https://doi.org/10.34075/cs.58.4.1>
Izvorni znanstveni rad
Rad zaprimljen 7/2023.

Sažetak

Premda je medicinska skrb transrodnih osoba postojala već na početku 20. stoljeća, ozbiljnije proučavanje tog fenomena počelo je tek u drugoj polovici tog stoljeća. To je proučavanje pridonijelo smanjenju stigmatizacije transrodnih osoba, ali i istinskom nastojanju da im se pruži prikladna medicinska skrb i olakša neizreciva patnja koju prolaze zbog činjenice da im biološki spol nije u suglasju s rodnim identitetom. Ipak, unatoč novim spoznajama, o toj temi se još uvijek malo zna, budući da je jako kompleksna stvarnost. Zbog male količine relevantnih znanstvenih informacija i podataka otežan je proces dijagnosticiranja kao i proces definitivnog zbrinjavanja (tzv. afirmativni pristup) transrodnih osoba. Ovo osobito vrijedi za medicinsku skrb transrodne djece, čija tranzicija može započeti supresijom puberteta. Međutim, brojne su kritike te skrbi. Uza sve nejasnoće oko same etiologije stanja, golem je nedostatak empirijskih podataka na kojima bi se temeljilo ispravno postupanje, pa tako npr. opravdati blokiranje prirodnog procesa puberteta i primjenu spolnih hormona u svrhu postizanja fenotipa željenog spola. Cilj članka je istražiti spomenute kritike, kao i istražiti može li promjena spola biti bioetički i moralno opravdana. U cilju odgovora prvi dio članka predstavlja fenomenologiju transrodnosti, rodno afirmativnu terapiju i njezine kritike, dok drugi dio članka analizira moralnost rodno afirmativne terapije, odnosno bioetičku opravdanost promjene spola.

Ključne riječi: transrodnost, rodna disforija, rodno afirmativna terapija, supresija puberteta, spolnost, moralnost promjene spola

UVOD

Nedavne rasprave u hrvatskom društvu o afirmativnom pristupu liječenju rodne disforije (RD) u djece i adolescenata, potaknule su na istraživanje ovog fenomena. I dok je na hrvatskom govornom području tema prilično nepoznata, u zapadnim društvima je ozbiljno dovedeno u pitanje ono što se u našem društvu službeno prihvaća. Tko se god upusti u istraživanje ove teme, suočit će se s iznimnom kompleksnošću fenomena RD, ali i s enormnom težinom racionalnog pristupa njoj.

Premda rijetko i prilično limitirano, medicinska skrb transseksualnih osoba počela se pružati već tijekom dvadesetih i tridesetih godina 20. stoljeća. Međutim, početak moderne transseksualnosti veže se uz ličnost Christin Jorgensen, koja je nakon promjene spola 1952. pokrenula velike društvene promjene. Budući da je tadašnje društvo transseksualne osobe doživljavalo kao nakaze i perverznjake, kao subkulturu homoseksualnosti koja je zakonom bila zabranjena i kažnjiva, Jorgensen je u svojim javnim istupima molila javnost za razumijevanje i prihvaćanje te stvarnosti. Nakon njezinih istupa shvatilo se da postoji cijeli niz osoba koje strašno pate jer im doživljaj sebe nije u skladu s njihovim tijelom, tuđom percepcijom i dodijeljenim ulogama, zbog čega je počelo ozbiljnije procućavanje tog fenomena, kao i traženje prikladne medicinske skrbi¹.

Suvremena medicinska skrb transrodnih osoba, posebno djece i adolescenata, izaziva dosta kontroverzi. Pod utjecajem društveno-političkih kretanja i aktivističkih udruga, iskrena nastojanja da se pomogne osobama s RD postala su dubiozna. *Neizmjereno je dobro* što su aktivisti *probudili* društvo upozoravajući na brojne oblike nepravdi i patnje kroz koje su transrodne osobe prolazile, i prolaze. Dobro je i to da su potaknuta istraživanja koja su pridonijela boljem razumijevanju RD, od čega može profitirati cijela znanstvena i društvena zajednica. Nije međutim dobro što se aktivističko djelovanje uplelo u znanstveno područje rada, što su se stvorili znanstveno neutemeljeni konstrukti i što se stvara velik rizik od gubitka kritičkog i istraživačkog narativa u medicini. Zaista se čini da kad je u pitanju RD, znanstvenim diskursom vladaju brojne nelogičnosti koje su se profilirale i prihvatile kao znanstveni diskurs. Tome svjedoči izjava Jacka Dreschera, koja, prema našem shvaćanju, sažima sve moguće nelogičnosti: „Tretman ekstremno rodno različite dje-

¹ Usp. Stephen Whittle, A brief history of transgender issues (2010.), <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/jun/02/brief-history-transgender-issues> (15. 1. 2023.), 1-3.

ce ostat će kontroverzan s obzirom na to da su neke temeljne pretpostavke kliničara stvar mišljenja, a ne empirijskih podataka.² Mijenjati (djeci) spol na temelju pretpostavke i mišljenja je, kratko rečeno, opasno. Naime, jako je malo empirijskih podataka kako o etiologiji tako i o postojećem tretmanu transrodnosti. Tamo gdje postoje praznine u empirijskoj bazi podataka, kliničari se oslanjaju na svoja mišljenja, a ta se mišljenja razlikuju i pod utjecajem su teorijske orijentacije, vlastitih pretpostavki i uvjerenja³. Usporedbe radi, na znanstvenoj, ali i društvenoj razini tog diskursa, događa se nešto slično nedavnoj raspravi različitih stručnjaka o medicinskoj opravdanosti i nužnosti nošenja maski i/ili cijepljenja protiv Covida-19. Zapravo, način rasprave i količina konfuzije koju ona proizvodi gotovo su identični, no posljedice te konfuzije su neusporedive. U slučaju rodno afirmativne terapije, posljedice *popunjavanja* empirijskih praznina vlastitim stavovima daleko su pogubnije i pravno neusporedivo teže, s obzirom da je u pitanju neprovjereni standard medicinske skrbi maloljetnih osoba.

Članak prikazuje dio spomenute problematike. Metodološki je bio iznimno zahtjevan, i zbog obilja literature i obilja različitosti samih pristupa (uz već navedeno). Zbog toga smo, uz sam *Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje*, za temeljnu literaturu uzimali recenzirane članke koji su imali reference na brojne izvore. Metodološki smo pratili bioetičku metodu: analiza pojave, antropološke vrijednosti koje su u pitanju te etički sud o ne/pri-mjerenosti određenog djelovanja. Zbog složenosti teme i prostorne limitiranosti, u članku se nije moglo ulaziti u detaljniju terminologiju i detaljnije analize svih pojava vezanih uz transrodnost. To se ostavlja za neka dalja istraživanja.

1. FENOMENOLOGIJA TRANSRODNOSTI

Unatoč spomenutoj povećanoj pozornosti posvećenoj transseksualizmu u godinama nakon istupa Christin Jorgensen, prva dijagnoza transseksualizma kao psihoseksualnog poremećaja pojavila se 1980. godine, u trećem izdanju *Dijagnostičkog i statističkog pri-*

² Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, *LGBT Health* 1 (2013.) 1, 4. Autor je profesor psihijatrije kojeg je odbor Američke psihijatrijske udruge (APA) imenovao članom radne skupine za poremećaj seksualnog i rodnog identiteta. Osim toga bio je i njihov glasnogovornik za LGBT pitanja. Usp. Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, 1.

³ Usp. Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, 4.

ručnika za mentalne poremećaje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DMS-III*). S njegovim četvrtim izdanjem (DSM-IV) iz 1994. godine, a u nastojanju da se smanji društvena stigmatizacija transseksualnih osoba, dijagnoza *transseksualizam* je zamijenjena s *poremećaj rodnog identiteta u odraslih i adolescenciji*. Međutim, kontroverze su se nastavile i neki su psihijatri ukazali na to da takva dijagnostička kategorija patologizira identitet i ponašanje transseksualnih osoba, a ne pravi poremećaj⁴.

Zbog toga je u petom izdanju istog *Priručnika*, objavljenom 2013., ta dijagnoza promijenjena u *rodnu disforiju*⁵. Kako *Priručnik* prenosi, ova je promjena skrenula pozornost s identiteta transrodnih osoba i usmjerila je na patnju koju one prolaze, a zbog koje mogu tražiti psihijatrijsko, medicinsko ili kirurško liječenje. *Priručnik* jasno naglašava da RD nije mentalni poremećaj: „Prisutnost spolne varijance nije patologija, već disforija nastaje zbog patnje uzrokovane neusklađenošću tijela i uma i/ili društvenom marginaliziranošću osoba s rodno različitim identitetom.“⁶ Kao kriterij za dijagnosticiranje rodne disforije i kod djece i kod odraslih navodi se izražena nepodudarnost između vlastitog doživljenog/izraženog (*experienced/expressed*) roda i onog roda *pripisanog* pripadajućem biološkom spolu (*assigned gender*), u trajanju od najmanje šest mjeseci, što se očituje s drugim pripadajućim kriterijima. Ti navedeni kriteriji zapravo su samo različite varijacije onog temeljnog: snažna želja za promjenom spola⁷.

Naime, kako se šire tumači, pri rođenju većini djece se *pripisuje* spol temeljen na genitalnoj anatomiji (*assigned sex*). S tim pripisanim spolom implicira se i određena rodna uloga (*assigned gender*),

⁴ Usp. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A Guide for Working With Transgender and Gender Nonconforming Patients: Gender Dysphoria Diagnosis* (2013.), <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis> (11. 1. 2023.). Od sada pa nadalje u tijelu teksta pod kraticom *Priručnik*. Osim toga, u daljem citiranju bilo kojeg poglavlja stavljat ćemo samo područje *Priručnika* na koje se odnosi pripadajući tekst.

⁵ Usp. American Psychiatric Association, *History and Epidemiology*.

⁶ American Psychiatric Association, *Gender Dysphoria Diagnosis*. Naime, transzajednica izrazila je zabrinutost da će brisanje poremećaja rodnog identiteta iz *Priručnika* zapravo treću stranu dovesti do uskraćivanja financiranja medicinske i kirurške skrbi. Stoga su radne skupine zadužene za reviziju *Priručnika* iz 1994. godine imale prilično težak zadatak: skloniti dijagnozu mentalnog poremećaja, ali zadržati pristup medicinskoj skrbi. Pomiriti narativ normalnosti s medicinskom skrbi pokazalo se prilično izazovnim, budući da medicinska skrb redovito zahtijeva narativ patologije. Usp. Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, 1-3.

⁷ Usp. American Psychiatric Association, *Gender Dysphoria Diagnosis*.

odnosno društvena očekivanja određenih ponašanja i izražavanja povezana s tim pripisanim spolom (pripisani rod). Međutim, kod nekih osoba unutarnji rodni identitet (*experienced gender*) nije u skladu s njihovim pripisanim rodnim identitetom. Te osobe ulaze pod kišobran rodno neusklađenih (*gender nonconforming*). Njihovo rodno izražavanje (*expressed gender*) može se prije uskladiti s njihovim unutarnjim rodnim identitetom, odnosno s onim potvrđenim (*affirmed gender*), negoli sa spolnim i njemu pripadajućim rodnim identitetom pripisanima im pri rođenju. Taj potvrđeni rod bio bi zapravo pravi rodni identitet osobe, onaj koji te osobe drugima komuniciraju kao autentično svoj⁸.

Dakle, rodno neusklađene osobe doživljavaju nesklad između biološkog spola i rodnog identiteta. Neki od pacijenata koji doživljavaju tu neusklađenost pokazuju alarmantno visoku učestalost ozbiljnog psihosocijalnog morbiditeta, uključujući depresiju, tjeskobu, samoozljeđivanje, anksioznost, poremećaje prehrane, zlorabu opijata. Uz navedeno alarmantno je i da gotovo polovica svih tih osoba razmišlja o samoubojstvu, a trećina ga pokuša⁹. Zbog homofobnog svijeta, neprijateljski usmjerenog prema rodnoj raznolikosti, i nedostatku obiteljske i društvene potpore, transrodne osobe često su i žrtve zlostavljanja i različitih oblika nasilja. Sve navedeno ulazi u definiciju rodne disforije, a posebno pogađa psihološki najosjetljiviju populaciju, odnosno djecu i adolescente. Stoga *Priručnik* nudi cijeli niz preporuka koje se odnose na poznavanje psiholoških i medicinskih pristupa pružanju skrbi ovoj populaciji¹⁰.

Za rješavanje kliničkih potreba tako složene populacije i za pružanje prikladne skrbi uložen je velik napor, a specijalizirani centri razvili su razne modele intervencije. Jedan od najdominantnijih je rodno afirmativna terapija (*Gender Affirming Therapy*). Taj su model razvili nizozemski kliničari u okviru kombiniranog pristupa, i on uključuje medicinske terapije, psihoterapiju, socijalnu intervenciju i obiteljski rad¹¹.

⁸ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, Psychological and Medical Care of Gender Nonconforming Youth, *Pediatrics* 134 (2014.) 6, 1185.

⁹ Usp. Paul W. Hruz, Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria, *The Linacre Quarterly* 87 (2020.) 1, 35; Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, Psychological and Medical Care..., 1185.

¹⁰ Usp. American Psychiatric Association, Gender-Affirming Therapy.; Guido Giovanardi, Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents (2017.), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2017.06.001> (24. 4. 2023.), 1.

¹¹ Usp. Guido Giovanardi, Buying time or arresting development?..., 1-2.

1.1 Rodno afirmativna terapija

Kako je rečeno, s promjenom dijagnoze *poremećaj rodnog identiteta* u dijagnozu *rodna disforija*, transrodni identitet se više ne smatra mentalnim poremećajem, zbog čega se mijenja i pristup liječenju. U odnosu na prijašnji pristup fokus liječenja prebačen je s osobnosti pacijenta na širok spektar uistinu teške patnje koju uzrokuje neusklađenost između biološkog spola i rodnog identiteta¹². Naime, cilj kliničkog pristupa korištenog u poremećaju rodnog identiteta bio je pomoći mladima da prihvate rod koji implicira spol pri rođenju. On je uključivao napore za rješavanje temeljnih problema psihosocijalnog morbiditeta, poput: neriješeni razvojni izazovi, depresija i anksiozni poremećaji, napeti obiteljski odnosi, seksualno zlostavljanje, autizam, sukobi s vršnjacima. Pretpostavljalo se da će rješavanje tih temeljnih problema smanjiti društvenu stigmiju i omogućiti bolje društveno prihvaćanje¹³.

Međutim, kako se tvrdi, ovaj je pristup „neznanstven, neetičan i pogrešan“¹⁴, te je doveden u pitanje kao mogući uzrok potencijalne psihološke štete. U novijem pristupu napor se ulaže za potporu pacijentima u prihvaćanju društvene uloge koja je u skladu s njihovim afirmiranim rodnim identitetom. Dakle, cilj nije promijeniti afirmirani rodni identitet, nego isključiti rodnu disforiju kao simptom drugih koegzistirajućih psiholoških problema, time što će se pomoći mladima u izgradnji psiholoških alata koji će ojačati osjećaj samopouzdanja i pozitivnosti¹⁵. Rodno afirmativna terapija ne liječi osobnost pacijenta, jer se patologija navodno još mora potkrijepiti¹⁶, nego liječi i ublažava rodnu disforiju¹⁷. Tvrdi se da postojeća znanstvena baza podataka ne može empirijski potvrditi da se radi o mentalnom poremećaju te se navodi: „Terapija potvrđivanja roda je terapijski stav koji se fokusira na afirmaciju rodnog identiteta pacijenta i ne pokušava ga ‘popraviti’“.¹⁸

¹² Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1185.

¹³ Usp. Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 37.

¹⁴ Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses, 2.*; American Psychiatric Association, *Gender Dysphoria Diagnosis*.

¹⁵ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1187.

¹⁶ Usp. Kinnon Ross Mackinnon, *Pathologising trans people: Exploring the roles of patients and medical personnel*, *Theory in Action* 11, (2018.) 4, 75.

¹⁷ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1185.

¹⁸ American Psychiatric Association, *Gender-Affirming Therapy*.

Mladima koji nakon psihološkog savjetovanja i kliničke procjene rodne neusklađenosti pokazuju da su drugog roda, koji su ustrajni u toj tvrdnji, koji pokazuju visok stupanj patnje, stresa, društvene nefunkcionalnosti, kojima zapravo rodna disforija bitno ugrožava kvalitetu života, dostupne su medicinske intervencije tranzicije u drugi rod, koje bi trebale ublažiti ili otkloniti navedene simptome¹⁹. Spomenuti nizozemski model, kao najrasprostranjeniji protokol seksualne tranzicije, omogućuje liječenje u tri faze: hormonska blokada (supresija) puberteta; terapija spolnim hormonima (*cross sex hormones*) u adolescenciji²⁰ te kirurški zahvat (preraspodjela) spola u odrasloj dobi²¹.

Blokiranje prirodnog puberteta opravdava se stavom da djeca na taj način dobivaju više vremena za propitivanje svog rodnog identiteta, kako bi na miru i bez stresa zbog fizičkog razvoja tijela mogla donijeti tešku odluku o tranziciji²². Dodatno se naglašava sigurnost lijeka i reverzibilnost samog procesa blokiranja puberteta²³. Primjenom spolnih hormona ostvaruje se željena fenotipska tranzicija, odnosno maskulinizacija ili feminizacija tijela, što ne bi samo smanjilo patnju rodne disforije nego i olakšalo eventualni krajnji kirurški zahvat preraspodjele spola (*sexual reassignment surgery*) ili operaciju afirmacije roda (*gender affirmation surgery*). Za ovaj oblik medicinske skrbi nužan je informirani pristanak i pacijenta i roditelja.²⁴

Nekoliko je studija dokazalo učinkovitost ranih medicinskih intervencija, poput poboljšanja psihološkog funkcioniranja i općenitog funkcioniranja tijekom supresije puberteta, poboljšanja bihevioralnih i emocionalnih problema, kao i općenito smanjenje

¹⁹ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1188.

²⁰ Prema smjernicama Endokrinog društva hormoni se predviđaju oko 16. godine, s time da se specijalistima ostavlja prostor i za eventualnu raniju primjenu zbog jake patnje izazvane rodnom disforijom, broja godina stabilnog življenja u afirmiranoj rodnoj ulozi, broja godina pubertetske supresije. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1189.

²¹ Usp. American Psychiatric Association, *Medical Treatment and Surgical Interventions*.

²² Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1188.

²³ Usp. Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 38.

²⁴ Usp. American Psychiatric Association, *Medical Treatment and Surgical Interventions.*; Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – S. M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1185; Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2.

ili nestanak patnje povezane s rodnom disforijom, što uključuje i smanjen rizik od suicidalnosti. Osim toga, kako se tvrdi, dobrobit rane supresije puberteta je i sprječavanje potpunog sazrijevanja endogenih sekundarnih spolnih obilježja te zaustavljanje progresije fizičkih promjena za čije bi kasnije poništenje bili nužni invazivniji postupci²⁵. Isto tako, nekoliko studija je izvijestilo o jačanju rodne disforije i pojavi patološkog ponašanja u onim slučajevima u kojima blokatori puberteta nisu korišteni. Te studije pokazuju da nije bilo žaljenja zbog prijelaza u drugi spol, da je većina osoba (oko 70 %) izjavila da im je društvena tranzicija bila laka. Također se navodi da nisu pokazani klinički znakovi štetnih učinaka na razvoj mozga²⁶.

1.2. Kritike rodno afirmativne terapije

Međutim, oko uporabe sredstava za supresiju puberteta još uvijek ne postoji znanstveni konsenzus u *Smjernicama endokrinog društva (Endocrine Society Guidelines)* i u *Standardima skrbi asocijacije svjetskih stručnjaka za transrodno zdravlje (Standards of Care of the World Professional Association of Transgender Health)*, zbog čega ona, unatoč širokoj primjeni, izaziva opću nelagodu i među specijalistima za rodno zdravlje²⁷.

Naime, kako je primjena ove intervencije novijeg datuma, pa i sam *Priručnik* tvrdi da je još u povojima²⁸, mnoga pitanja su bez odgovora, zbog čega kritike blokiranja puberteta prenose i znanstveni članci koji prihvaćaju rodno afirmativnu terapiju²⁹. Recimo, govori se da je kontroverzno treba li toj djeci dopustiti tranziciju tako rano, ili bi bilo bolje pričekati, budući da se čini kako mnoga djeca prerastu svoju ranu rodnu disforiju³⁰. Odnosno, kako govore,

²⁵ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1188; Vidi i: Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 38.

²⁶ Usp. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2.

²⁷ Usp. Heather Brunskell-Evans – Michele Moore, *From 'Born In Your Own Body' to 'Invention' of 'The Transgender Child'*, 4. Vidi i 3-5. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2;

²⁸ Usp. American Psychiatric Association, *History and Epidemiology*; Vidi i: Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 38.

²⁹ Usp. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2; Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1186. 1190.

³⁰ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1187-1188.

ključno je razumjeti je li supresija puberteta *kupovanje vremena*³¹ djeci za jednu tako tešku odluku kakva je fenotipska tranzicija, ili je ona zamrzavanje djece u produljenom djetinjstvu, njihovo izdvajanje iz određenih aspekata stvarnosti i izoliranje iz vršnjačkih skupina. Sa svim ovim i drugim teškim pitanjima trebale bi se ozbiljno pozabaviti kliničke studije praćenja od strane onih koji vrlo dobro poznaju takvu djecu³².

Temeljne kritike koje se odnose na takav pristup su: u ranoj fazi puberteta djeca nisu dovoljno zrela i stoga nisu autentično slobodna donijeti tako tešku odluku; općenito je nemoguće uspostaviti sigurnu dijagnozu rodne disforije u razdoblju u kojemu rodni identitet još uvijek fluktuiraju³³; potiskivanje puberteta može upravo inhibirati spontano formiranje dosljednog rodno identiteta, čiji se razvoj nerijetko odvija kroz krizu roda; s obzirom na visok postotak odustajanja, rano somatsko liječenje može biti neprikladno; istraživanja učinaka ranih intervencija na razvoj koštane mase, rasta i razvoja mozga još uvijek su jako ograničena, zbog čega su nepoznati dugoročni učinci supresije puberteta³⁴.

Dakle, sami zagovornici rodno afirmativnog pristupa govore o njegovim nesigurnostima i nepoznanicama, o neistraženosti same etiologije rodne disforije, nepostojanju istraživanja o dugoročnim učincima različitih tretmana koji se trenutno nude djeci³⁵, kao i o činjenici da posljednjih godina eksponencijalno raste broj transrodne djece, kao i samih klinika specijaliziranih za rodno zdravlje³⁶.

³¹ Jake Pyne primjećuje kako je izraz *kupovanje vremena* s blokatorima puberteta prikladan s obzirom na njihovu pretjeranu cijenu (25.000 dolara) te da on zapravo: „Prikladno bilježi konvergenciju klase (i rase), vremena, kapitala i farmaceutskog tržišta na mlado trans tijelo.“ Jake Pyne, *Arresting Ashley X: Trans Youth, Puberty Blockers and the Question of Whether Time is on Your Side*, *Somatechnics* 7 (2017.) 1, 103.

³² Usp. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2.

³³ Jack Drescher tvrdi da rodna dijagnoza u djetinjstvu ne napreduje izravno u rodnu dijagnozu u adolescenciji i odrasloj dobi te da kliničari koji rade iz različitih perspektiva ne mogu razlikovati između one djece čija će rodna disforija ustrajati i one kod kojih će se povući. Usp. Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, 4.

³⁴ Usp. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2.

³⁵ Usp. Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, 4.

³⁶ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1186. 1190. Dvije najveće europske rodne klinike (London i Amsterdam) bilježe značajan porast preporuka za promjenu spola u posljednjih 10 godina. U Londonu na primjer preporuke su porasle sa 97 na više od 2000 preporuka između 2009./2010. i 2016./2017. Usp. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 1. Epidemiološki podaci iz Švedske pokazali su porast tijekom posljednjih pedeset godina, s najvećim porastom od 2000. godine.

Navedene rizike i nedostatke rodno afirmativne terapije *važu* s rizicima njezina nepružanja³⁷. Međutim, sve navedeno protivnici rodno afirmativnog pristupa nazivaju grubim zlostavljanjem djece³⁸ i društvenim eksperimentom nad njima i njihovim obiteljima³⁹.

Članovi Američkog koledža pedijatara (*American College of Pediatricians*) oštro se protive *normalizaciji* dječjeg poremećaja identiteta, tvrdeći da blokiranje puberteta, kao i korištenje spolnih hormona, krši temeljno liječničko načelo *prvo ne nanositi štetu* (*primum non nocere*). Pubertet nije bolest i hormoni koji blokiraju pubertet, bilo to stanje reverzibilno ili ne, zapravo izazivaju patološko stanje (izostanak puberteta) jer zaustavljaju razvoj u prethodno biološki zdravog djeteta. Upravo pubertet donosi olakšanje transrodnoj djeci jer utjecaj hormona tijekom puberteta potiče razvoj mozga i razvoj tijela, što dovodi do postupne identifikacije s vlastitim biološkim spolom. Skeptični su i u pogledu rezultata samog liječenja, a tu skepsu opravdavaju tridesetogodišnjim istraživanjem u Švedskoj, koje je pokazalo prilično alarmantne rezultate među populacijom koja se podvrgla promjeni spola, i to ne samo povećan morbiditet i mortalitet nego i povećanu stopu samoubojstava. Naglasili su da podatci tog istraživanja pokazuju da promjena spola može ublažiti rodnu disforiju, ali da nije dovoljna za cjelokupni tretman⁴⁰.

Ovako oštre reakcije temelje se i na neznanstvenom razumijevanju spola, što onda uvjetuje jednako tako neznanstveno definiranje kliničkog stanja transrodnosti. Naime, spol nije *pripisan*, odnosno *dodijeljen* pri rođenju, kako se to definira, nego točno *pre-*

Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 35. Golemo povećanje slučajeva stvara duge liste čekanja, što dovodi do pritisaka da se djeca obrade koristeći proceduralni model, a ne onaj usmjeren na razumijevanje svakog pojedinačnog slučaja. To dovodi do pogubnog pojednostavnjivanja, pri čemu su lobiji koji nastoje *afirmirati* želju za promjenom, ideološka potpora za to pojednostavnjivanje. David Bell, Foreword, u: *Inventing Transgender Children and Young People*, ur. Michele Moore – Heather Brunskell-Evans, Cambridge Scholars Publishing, 2019., xv.

³⁷ Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1190.

³⁸ Usp. American College of Pediatricians, *Gender Ideology Harms Children* (2017.), https://acpeds.org/assets/imported/9.14.17-Gender-Ideology-Harms-Children_updated-MC.pdf (14. 2. 2023.), 2.

³⁹ Usp. Den Trumbull – Michelle A. Cretella – Miriam Grossman, *Puberty Is Not a Disorder*, *Pediatrics* 135 (2015.) 5, 1.; Heather Brunskell-Evans – Michele Moore, *From 'Born In Your Own Body' to 'Invention' of 'The Transgender Child'* (Introduction), u: *Inventing Transgender Children and Young People*, ur. Michele Moore – Heather Brunskell-Evans, Cambridge Scholars Publishing, 2019., 5.

⁴⁰ Usp. Den Trumbull – Michelle A. Cretella – Miriam Grossman, *Puberty Is Not a Disorder*, 1.

poznat promatranjem anatomije organa. Osim toga, a kako je rečeno, istraživanja pokazuju da kod većine djece koja pokazuju pojavu RD ona može nestati tijekom puberteta u odsutnosti izravne medicinske ili društvene intervencije, prema najnovijim saznanjima u čak 85 posto djece⁴¹. Nadalje, blokatori puberteta mogu uzrokovati neplodnost, a liječenje spolnim hormonima izaziva brojne štetne nuspojave i nepovratne učinke, uključujući srčane bolesti, visok krvni tlak, rizik od pojave krvnih ugrušaka, moždani udar, dijabetes i rak, dok je kirurški zahvat ireverzibilan i operacija *detranzicije* ne vraća funkciju spolnih organa⁴².

Dakle, upozorava se na brojna ograničenja objavljenih studija: ne postoje randomizirana klinička istraživanja⁴³; ona koja postoje temelje se ili na malim uzorcima ili su ograničena na one ispitanike s blagom disfunkcijom, kratko je vrijeme praćenja, veliki broj pacijenata je izgubljen pri praćenju, a podatci za dijagnozu oslanjaju se na izvješća djece i roditelja te na mišljenje specijalista, a ne na znanstvene podatke. Premda svi navedeni nedostaci nisu isključivo prisutni u ovom području istraživanja, snaga danih preporuka je, tvrdi se, nerazmjerna u mnogim aspektima. „U drugim područjima medicine općenito se primjenjuje mnogo veći oprez pri prihvaćanju jednog pristupa liječenju u odnosu na druge potencijalne intervencije.“⁴⁴

Osim navedenog, nije poznat ni stupanj do kojega društvena permisivnost i normalizacija transrodnosti utječe na trend povećanja transrodne djece. Lisa Littman je 2016. godine objavila rezultate empirijskog istraživanja s roditeljima djece koja su bez prethodnih indikacija u djetinjstvu izjavila da su transrodna. Littman je ovaj

⁴¹ Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 36. Vidi i 35.

⁴² Usp. Gruppo di studio in bioetica presso L'ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana, *Transgenderismo e transessualità*, Nota N 2/2022., https://salute.chiesacattolica.it/wp-content/uploads/sites/26/2023/02/01/GruppoStudioBioetica_nota_02_transgender.pdf (12. 1. 2023.), 5; American College of Pediatricians, *Gender Ideology Harms Children*, 1. Bitno je naglasiti da lijekove za supresiju puberteta Američka agencija za hranu i lijekove nije odobrila. Usp. Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 38.

⁴³ Usp. Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care...*, 1190; Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 37; Randomizirana klinička istraživanja danas su osnova moderne medicine nazvane medicinom temeljena na dokazima (*Evidence Based Medicine - EBM*). Više o naravi tih istraživanja vidi u: Davor Štimac – Alojzije Lacković – Goran Poropat, *Važnost provođenja randomiziranih kliničkih istraživanja*, *Medicina fluminensis* 53 (2017.) 4, 448-453.

⁴⁴ Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 37.

fenomen nazvala *rodna disforija s brzim nastankom (Rapid Onset Gender Dysphoria)*⁴⁵. On se objašnjava utjecajem grupne dinamike, *društvenom zarazom*, odnosno natjecanjem u delinkvenciji kao i utjecajem društvenih mreža i medijskih prikaza tranzicije na povećanje broja transrodne djece. Premda postoje opravdane kritike na račun metodologije tog istraživanja, čiju je međutim znanstvenu ozbiljnost i uvjerljivost narušila neutemeljena i prilično agresivna *ad hominem* kritika navodnih namjera spomenuta istraživanja⁴⁶, autori su ipak mišljenja da bi se društveni utjecaj trebao detaljnije i ozbiljnije proučiti, kako bi se razumio ovaj fenomen i njegove implikacije i opseg⁴⁷ jer: „Razumijevanje uzroka bilo kojeg zdravstvenog stanja uvelike pomaže naporima da se razviju učinkovite strategije liječenja.“⁴⁸

Na koncu, upitan je i sam informirani pristanak. Kako će roditelji, ali i transrodne osobe, u svoj neizrecivoj tjeskobi koju prolaze, znati na što pristaju i koje su im mogućnosti i šanse za uspjeh, ako su osuđeni na pristrane i međusobno kontradiktorne informacije? Recimo, članak koji detaljno i dobro opisuje fenomenologiju transrodnosti donosi: „Depresija, tjeskoba, ili suicidalne ideje mogu predstavljati simptome koje neki kliničari mogu inicijalno dijagnosticirati kao primarni poremećaj raspoloženja kada su simptomi, zapravo, posljedice rodne disforije.“⁴⁹ Kako će uslijed različitih interpretacija istih simptoma roditelji znati što im je činiti i kojem kliničaru predati sudbinu djeteta? Osim toga, s obzirom na spomenute praznine u empirijskim podacima, ovdje postoji i mogućnost da sami roditelji (skrbnici) traže one kliničare koji zrcale njihova vlastita uvjerenja, vjerujući da su njihovi pogledi najbolji interes djece⁵⁰. Neovisno o tomu koja su i kakva uvjerenja u pitanju, ta je

⁴⁵ Usp. Lisa Littman, Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports, *Plos one* 13 (2018.) 8, 1-3.

⁴⁶ Usp. Florence Ashley, A critical commentary on 'rapid-onset gender dysphoria', *The Sociological Review Monographs* 68 (2020.) 4., 779-799.

⁴⁷ Usp. Lisa Littman, Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults..., 2-4. Kako Littman donosi, adolescentima i mladim odraslima u 62,5 % slučajeva je dijagnosticiran barem jedan poremećaj mentalnog zdravlja ili neurorazvojni poremećaj prije početka njihove rodne disforije. Osim toga, znatno su narušeni kako mentalno blagostanje tako i obiteljski odnosi nakon što su djeca javno obznanila svoju transrodnost. Za više rezultata vidi: Lisa Littman, Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults..., 1.

⁴⁸ Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence* ..., 35.

⁴⁹ Stanley R. Vance Jr. – Diane Ehrensaft – Stephen M. Rosenthal, *Psychological and Medical Care*..., 1186.

⁵⁰ Usp. Jack Drescher, *Controversies in Gender Diagnoses*, 4.

mogućnost pogubna jer ona implicira da djeca neće dobiti ispravnu dijagnozu i potrebnu objektivnu pomoć, nego će biti žrtve projekcije tuđe želje i pristranih tumačenja.

O informiranom pristanku djece i adolescenata suludo je zapravo i govoriti, unatoč onima koji tvrde da su adolescenti iznenađujuće oprezno i ozbiljno odvagali posljedice, ali da ih ta svijest nije spriječila u želji za supresijom puberteta⁵¹. Naime, uza svu neozbiljnost i neopreznost koje već po sebi nose stvarnosti *biti dijete* i *biti adolescent*, neuroznanost otkriva da prefrontalni korteks mozga koji je odgovoran za prosuđivanje i procjenu rizika nije zreo sve do srednjih dvadesetih godina. Kako onda tvrditi da su djeca i adolescenti u stanju donositi informirane odluke o invazivnim i nepovratnim medicinskim intervencijama?⁵²

Ove brojne manjkavosti i nejasnoće u postojećem znanju o samoj etiologiji i liječenju rodne disforije, govore o nužnom oprezu kod prihvaćanja trenutno predloženih i naširoko prihvaćenih paradigmi liječenja koje zagovaraju različite strukovne organizacije. Iz navedenih podataka proizlazi da je riječ o novom, znanstveno neutemeljenom standardu skrbi za djecu s psihološkim stanjem koje bi se u većini dotičnih pacijenata riješilo nakon puberteta. Taj sustav skrbi potiče afirmaciju dječjih misli koje su suprotne fizičkoj stvarnosti, kemijsku kastraciju djece prije puberteta i naposljetku njihovu trajnu sterilizaciju korištenjem spolnih hormona⁵³.

Kako to donose autori, uz povećanu svijest o patnji kroz koju prolaze osobe s rodnom disforijom, širem društvu, ali medicini posebno, ostaje snažan moralni imperativ za boljim razumijevanjem ovog stanja, njegovih uzroka i pružanja stručne medicinske pomoći toj iznimno ranjivoj populaciji. Ali, kao i u svim drugim područjima medicine, učinkovita klinička skrb trebala bi se temeljiti na čvrstim znanstvenim dokazima, ne na stručnim mišljenjima, pogotovo ne na onima utemeljenim na ideološkim pristupima, apsolutno neovisno o tomu o kojoj ideologiji ili pristupu je riječ. Akademskoj zdravstvenoj zajednici ostaje dužnost pridonijeti rigoroznom kliničkom istraživanju novih pristupa u liječenju, razumijevanju psiholoških i društvenih utjecaja, korištenju modernog psihijatrijskog pristupa kao što je bihevioralna terapija⁵⁴.

⁵¹ Usp. Guido Giovanardi, *Buying time or arresting development?...*, 2.

⁵² Usp. American College of Pediatricians, *Gender Ideology Harms Children*, 3.

⁵³ Usp. American College of Pediatricians, *Gender Ideology Harms Children*, 2-3.

⁵⁴ Usp. Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence ...*, 39. „Psihološko savjetovanje kao održivo sredstvo za rješavanje spolno-rodno nesklada je odbačeno uz tvrdnju da je ovaj pristup dokazano neuspješan i štetan. Ipak, dokazi navedeni

Stoga Američki koledž pedijatara poziva zdravstvene djelatnike, edukatore i zakonodavce da odbace politike koje uvjetuju djecu da prihvate kao normalan život koji je rezultat kemijskog i kirurškog tretmana spola, jer, kako tvrde, činjenice, a ne ideologija određuju stvarnost. Te činjenice govore da je ljudska seksualnost objektivna biološka binarna osobina. Nitko se ne rađa s rodom, nego s biološkim spolom. Samopercepcija sebe (rod) nije objektivni biološki koncept, nego subjektivni, sociološki i psihološki. Ta je svijest sebe, kao i sve ostalo, dio razvojnih procesa koji mogu biti poremećeni subjektivnom percepcijom, traumama, nepovoljnim odnosima i iskustvima. Oni koji se osjećaju kao osobe suprotnog spola, ili nekog između, ne čine treći spol niti neki zaseban, biološki ostaju muškarci ili žene. Uvođenje rodne neusklađenosti kao načina edukacije i zakonske politike, zbunit će i djecu i roditelje, zbog čega će se sve više djece javljati rodnim klinikama gdje će im se davati lijekovi za blokiranje puberteta. To u većini slučajeva znači da će odabrati i cjeloživotno korištenje spolnih hormona, za čiju sigurnost i dugoročne učinke ne postoje nikakva istraživanja. Na kraju će vjerojatno razmisliti i o nepotrebnom kirurškom sakaćenju njihovih zdravih dijelova tijela⁵⁵.

2. MORALNA DOPUŠTENOST PROMJENE SPOLA

Pitanje promjene spola neodvojivo je od šireg antropološkog shvaćanja ljudske spolnosti (seksualnosti), ne samo zato što se problem transrodnosti upleće u samu antropologiju čovjeka, nego i zato što je antropologija unutar bioetičke metode kriterij po kojemu se odlučuje o dopuštenosti bilo kakvih medicinski zahvata na čovjeku. Stoga bi antropološko shvaćanje spolnosti, odnosno provjerljive činjenice i podatci, a ne mišljenja i interpretacije, trebali biti i temelj medicinskog pristupa, ako je medicina znanost utemeljena na dokazima⁵⁶.

u prilog ovoj tvrdnji bila su uglavnom izvješća o slučajevima objavljena prije više od četrdeset godina. Iako uglavnom neproučena, kognitivna, a posebno bihevioralna terapija može imati značajnu korist za ovu populaciju pacijenata u smanjenju socijalne anksioznosti." Paul W. Hruz, *Deficiencies in Scientific Evidence* ..., 37.

⁵⁵ Usp. American College of Pediatricians, *Gender Ideology Harms Children*, 1-2.

⁵⁶ Usp. Davor Štimac – Alojzije Lacković – Goran Poropat, *Važnost provođenja randomiziranih kliničkih istraživanja*, 449-450.

2.1. Antropologija ljudske spolnosti

Prema širem filozofsko-antropološkom shvaćanju, spolnost je način postojanja osobe, njezina očitovanja, komuniciranja s drugima, sa svijetom koji ju okružuje. S obzirom da je spolnost temeljna komponenta osobnosti, ona se ne može, kao ni bilo koja druga dimenzija osobnosti, izolirati iz odgojno-obrazovnog procesa koji će odgovarati vlastitoj svrsi, cilju, naravi, razlikama. Pravi odgoj se ne limitira samo na informiranje intelekta, nego uključuje odgoj volje, osjećaja, emocija⁵⁷. Formiranje identiteta općenito, posebno seksualnog identiteta, rezultat je kompleksnog evolutivnog razvoja, u kojemu se prepleću brojni introjektivni i imitativni procesi koji u konačnici rezultiraju stabilnom strukturom identiteta. Stoga, i konstrukcija rodnog identiteta, u smislu svijesti o sebi, pripada svjesnim i nesvjesnim komponentama odnosa s ambijentom. Polaznu točku stjecanja seksualnog identiteta čine anatomsko-fiziološka zbivanja sa svojim genotipskim, fenotipskim i hormonalnim supstratom. Ta najranija osjetna iskustva koja pripadaju tjelesnosti nude prve informacije i samo progresivno dolaze do razine svijesti koja se naknadno kodificira prema biologijom zadanim kategorijama muško i žensko⁵⁸, odnosno kao rodni identitet.

Dakle, iz temeljnih zadanih biološki osobina ljudska osoba, kroz introjektivne i imitativne procese, integrira u svoju osobnost karakteristike koje ju na psihološkoj i duhovnoj razini čine ženom ili muškarcem. Budući da je riječ o temeljnoj strukturi osobnosti, spomenuti odgoj spolnosti mora obuhvati cjelinu osobe, zahtijeva dakle integraciju njezinih bioloških, psihoafektivnih, društvenih i duhovnih elemenata⁵⁹. Iz toga proizlazi da je seksualni identitet zapravo jako kompleksna stvarnost, jer se tiče cjelovite osobe i uključuje, stoga, dijalektički koncept relacije⁶⁰. Budući da formiranje seksualnog identiteta uključuje relacijski odnos, on nije ni autonoman

⁵⁷ Usp. Congregazione per l'Educazione Cattolica, *Orientamenti educativi sull'amore umano. Lineamenti di educazione sessuale*, 1. 11. 1983., br. 35 https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ccatheduc/documents/rc_con_ccatheduc_doc_19831101_sexual-education_it.html (17. 3. 2022.), br. 35.

⁵⁸ Usp. Rosarita Ghidelli de Persis, Femminilità/Mascolinità, u: *Dizionario interdisciplinare di Scienza e Fede 1*, ur., Giuseppe Tanzella-Nitti – Alberto Strumia, Urbaniana University Press, Città del Vaticano, 2002., 627.

⁵⁹ Usp. Congregazione per l'Educazione Cattolica, *Orientamenti educativi sull'amore umano...*, br. 35.

⁶⁰ Usp. Aristide Fumagalli, Identità sessuale, u: *Dizionari San Paolo. Teologia morale* ur., Paolo Benanti – Francesco Compagnoni – Aristide Fumagalli – Gianino Piana, San Paolo, Milano, 2019., 467.

ni heteronoman, nego upravo dijaloški izgrađivana stvarnost, u kojoj primarna uloga pripada drugome, drugosti, ali i vlastitoj tjelesnosti⁶¹.

Naime, osoba se rađa preko drugih, a interakcija s drugima od najranijeg djetinjstva, prvenstveno s roditeljima je, manje-više, odlučujuća za uspješnu integraciju različitih dimenzija seksualnog identiteta. U tom relacijskom odnosu ne može se zaobići vlastita tjelesnost, odnosno seksualizirano tijelo, jer ne samo da osoba druge susreće upravo preko njihovih seksualiziranih muških ili ženskih tijela, nego i samog sebe, ali i svu stvarnost, doživljava upravo preko svoje tjelesnosti. Premda se osoba ne može reducirati na svoje tijelo, ona se od njega ne može ni odvojiti, jer ljudski duh ne postoji osim ako nije utjelovljen u neko seksualizirano tijelo⁶². U tom smislu, biblijski izričaj da Bog stvori muško i žensko (usp. Post 1,27) kaže ne samo da ljudskom biću u intrinzičnom smislu pripada da je muškarac ili da je žena, nego i da je biti muškarac i žena „nezamislivo bez tijela i seksualne specifikacije“⁶³.

Dakle, formiranje seksualnog identiteta je i izvorni događaj i povijesni proces. Ne sastoji se ni u pukoj pasivnosti elemenata koje drugi pripisuju, niti u pukoj aktivnosti samopripisanih i samoodlučenih elemenata, nego je stvarnost koja se oblikuje, razumijeva i tumači kroz interpersonalni dijalog. A u ovom smislu, biblijski izričaj da Bog stvori muško i žensko kaže kako je ljudska osoba muško ili žensko od početka, ali kako ima zadaću postati muškarac ili žena, dovesti do punine biološki zadanu stvarnost. Stoga, za potpunu integraciju ljudske seksualnosti, za njezino cjelovito shvaćanje, nužno je izići iz okvira isključivosti i ekstremnih tumačenja koja je svode ili samo na biološke ili samo na kulturne čimbenike⁶⁴, te je promatrati u okviru kontinuiteta i uzajamnosti tjelesne egzistencije i psihičkog života.

Sama antropologija ljudske seksualnosti postulira taj kontinuitet i uzajamnost tjelesne egzistencije i psihičkog života, a transrodnost stoga na neki način prekida vezu između tjelesnosti i intencionalnosti (volje), te dovodi u pitanje spomenuti kontinuitet. U stanju transrodnosti o tjelesnosti odlučuje mentalna orijentacija, subjektivna intencionalnost, koja može tražiti i radikalnu

⁶¹ Usp. Aristide Fumagalli, *Identità sessuale*, 467-472.

⁶² Usp. Aristide Fumagalli, *Identità sessuale*, 473. Vidi i 471-472.

⁶³ Antonio Autiero, *Sesualità*, u: *Dizionario San Paolo. Teologia morale* ur., Paolo Benanti – Francesco Compagnoni – Aristide Fumagalli – Gianino Piana, San Paolo, Milano, 2019., 967.

⁶⁴ Usp. Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità*, 9.

izmjenu pripadajućeg tijela⁶⁵. Pretpostavke rodne teorije mogu se svesti upravo na odvajanje između tijela i volje, odnosno na određeni antropološki dualizam. U tom dualizmu tijelo je svedeno na inertnu materiju, a volja je dobila apsolutnu moć nad tijelom, sve do njegove izmjene⁶⁶. No, ipak, u stanju transrodnosti nije u potpunosti prekinut taj kontinuitet budući da morfološka struktura tijela i dalje ima odlučujuću ulogu. One transrodne osobe koje traže društvenu i fenotipsku tranziciju, ne da se ne doživljavaju kao muško/žensko, nego one ne toleriraju doživljaj vlastitog tijela kao muškog ili ženskog. Ali: „Tjelesna spolnost je toliko ukorijenjena u osobi i konstitutivna subjektivnosti da je eventualni pokušaj pomirenja tijela i psihe hormonsko-kirurškim putem vrlo problematičan.“⁶⁷

2.2. Bioetička opravdanost rodno afirmativne terapije

U pogledu bioetičke opravdanosti rodno afirmativne terapije (tranzicije), pozicije moralnih teologa, bioetičara, mogu se svesti na dva stava. U tumačenju stvarnosti oba stava polaze od personalističkog antropološkog realizma, od tjelesnosti koja je konstitutivna subjektivnosti, ali dolaze do različitih zaključaka.

Prvi stav apsolutno odbacuje medicinsko-kirurške zahvate preraspodjele spola, protiveći se pokušajima primjene terapijskog načela na spolnu tranziciju. Naime, prema terapijskom načelu dopušteno je intervenirati na dijelu tijela, čak i na štetan način u slučaju: (a) kada on zbog svoje patološke prirode šteti cijelom organizmu ili, (b) iako je zdrav, svojim djelovanjem ozbiljno oštećuje organizam. Prema određenom interpretiranju terapijskog načela, a poradi totaliteta, tranzicijski zahvat bi pogodovao dobru osobu u njezinoj tjelesno-psihološkoj cjelini. No, kako se objašnjava, problematičnost primjene ovog načela jest u tomu što je operacija preraspodjele spola kirurški zahvat na obično anatomsko-fiziološki zdravom spolu, dakle nije patološki dio koji ozbiljno oštećuje organizam. Osim toga, takav zahvat, kao što smo vidjeli, nema dokazanu sigurnu ili barem visoku terapijsku učinkovitost, što je etički kriterij za primjenu načela totaliteta⁶⁸. Stoga se, imajući u vidu sve

⁶⁵ Usp. Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità*, 8.

⁶⁶ Usp. Congregazione per l'educazione cattolica, „Maschio e femmina li creò“. Per una via di dialogo sulla questione del gender nell'educazione, Città del Vaticano (2019.), https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ccatheduc/documents/rc_con_ccatheduc_doc_20190202_maschio-e-femmina_it.pdf (12. 2. 2023.), br. 20.

⁶⁷ Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità*, 9. Vidi i 8.

⁶⁸ Usp. Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità*, 11-12; Carlo Caffarra, Il transessualismo: aspetti etici, *Medicina e Morale XXX* (1985.)

nedostatke i manjkavosti rodno afirmativnog pristupa transrodnosti, zaključuje da je on „protivan medicinskoj etici, jer zadire u zdrav organizam izlažući ga nepotrebnim rizicima, kršeći medicinsko načelo *primum non nocere*, bez razumne vjerojatnosti terapijske učinkovitosti. U konačnici, započeti putove seksualne tranzicije znači varljivo ponuditi biološko rješenje za pitanja psihološke prirode, koja su povezana s percepcijom sebe i vlastite tjelesnosti“⁶⁹.

Temeljno pitanje koje stoji u korijenu problematike dopuštenosti promjene spola, postavlja Carlo Caffarra: „Pitanje je je li bit, ono što formalno čini spolni identitet osobe, svijest o samome sebi ili u tu istu bit, taj formalni konstitutiv, ulazi i biološki definirana seksualnost.“⁷⁰ Prema autoru, ako je odgovor afirmativan, ako biološka spolnost ne ulazi u konstituciju biti ljudske osobe i njezine samosvijesti, ako je ona metafizički drugačija od nje, sloboda čovjeka onda ima apsolutnu moć manipulacije sve do uništenja fenotipa. Dakle, onda je promjena spola apsolutno dopuštena. Međutim, ako je odgovor na postavljeno pitanje negativan, onda je destruktivno-rekonstruktivni zahvat apsolutno nedopušten, jer je destruktivan za sam osobni identitet pojedinca⁷¹.

Prema drugom stavu, premda personalistički antropološki realizam odbacuje svaki korektivni zahvat nad fenotipskim spolom i ne može ga opravdati na temelju primata samosvijesti, on ne isključuje na apsolutan način opravdanost takvog zahvata s moralno prihvatljivim argumentima, barem u iznimnim, jako ograničenim slučajevima⁷². Maurizio Pietro Faggioni donosi tumačenje Giacoma Perica po kojemu bi zahvat promjene spola bio dopušten ako bi liječnici došli do zaključka da je kirurški zahvat jedina mogućnost da se subjekt oslobodi stanja trajne i nepodnošljive anksioznosti, koja dovodi u pitanje i vlastito preživljavanje. Takav destruktivni čin bio bi opravdan na temelju načela totaliteta, jer bi značio žrtvovanje jednog dijela tijela u cilju spašavanja cjeline organizma, odnosno uništenje fenotipskog spola kako bi se ostvarilo blagostanje bio-psihčkog totaliteta⁷³.

4, 718; Mauro Cozzoli, Il problema etico del transsessualismo, *Medicina e Morale* XXXIV (1986.) 4, 807.

⁶⁹ Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità*, 12.

⁷⁰ Carlo Caffarra, Il transsessualismo..., 720.

⁷¹ Usp. Carlo Caffarra, Il transsessualismo..., 720.

⁷² Usp. Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, EDB, Bologna, 2010., 341. Salvatore Cipressa, *Transsessualità*, u: *Dizionario San Paolo. Teologia morale* ur., Paolo Benanti – Francesco Compagnoni – Aristide Fumagalli – Gianino Piana, San Paolo, Milano, 2019., 1120.

⁷³ Usp. Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, 342.

Međutim, kako donosi Faggioni, ova je pozicija osporena prilično jakim, a već spomenutim argumentima. Dakle, ne samo da je to zahvat nad biološki zdravim dijelom tijela koji ne oštećuje organizam, nego i neuspjesi, parcijalni ili totalni, ili eventualna kajanja, izazivaju opravdanu sumnju u efikasnost takvog zahvata u terapeutske svrhe. Takvim zahvatom pacijent niti dobiva fizičke dobrobiti, dapače u pitanju je destruktivni i invazivni postupak, niti dobiva neko stvarno rješenje psihološke patologije koja je u osnovi takvog stanja. Zbog toga se zaključuje da bi prava terapija, ona apsolutno preferirana, bila psihijatrijska, jer samo ona može ostvariti psihofizičku harmoniju seksualnosti. Osim toga, ako bi u budućnosti bile dostupne sigurnije i efikasnije farmakološke terapije za ispravljanje izmijenjenog psihološkog stanja, one moraju biti korištene bez mogućnosti biranja prilagođavanja tijela psihi⁷⁴.

Imajući u vidu ta preciziranja, Faggioni zaključuje da bi prihvaćanje rodno afirmativne terapije bilo dopušteno onda kada psihološko-psihijatrijska terapija ne bi uspjela, a kada bi emocionalno stanje osobe bilo nepodnošljivo. U tom slučaju, za integralno dobro osobe, koje je i fizičko, ali i psihološko, i kako bi se izbjegla veća šteta (suicid), može se promišljati o mogućnosti hormonalno-kirurške preraspodjele spola⁷⁵. No budući da kirurški zahvat ne ostvaruje pravu i istinsku promjenu spola, nego samo dopušta prilagodbu vanjske morfologije psihološkom osjećaju subjekta, taj se zahvat može smatrati kao palijativna terapija koja dakle, neće ni riješiti niti bitno modificirati osnovnu bolest, nego će samo ublažiti simptome nepodnošljive situacije⁷⁶. Iako se kod ove tvrdnje ima dojam da se takvi zahvati predstavljaju kao implementacija psihotičnih osjećaja, budući da je u stanju transrodnosti odlučujuća psiha čovjeka, odnosno patnja kroz koju prolazi, ipak Faggioni naglašava: „Tvrđiti da se objektivna situacija bolesnog ne popravlja, znači ignorirati da je ostvarenje određenog psihičkog ekvilibrija objektivno dobro, jednako koliko je objektivno dobro i umanjenje teške fizičke boli.“⁷⁷

Nužno je naglasiti da se ova različita mišljenja slažu u tomu da bi najispravnija terapija bila ona psihološko-psihijatrijska⁷⁸, popra-

⁷⁴ Usp. Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, 343.

⁷⁵ Usp. Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, 343.; Salvatore Cipressa, *Transessualità*, 1120.

⁷⁶ Usp. Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, 343; Salvatore Cipressa, *Transessualità*, 1120-1121.

⁷⁷ Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, 343

⁷⁸ Naime, budući da je proučavanje transrodnosti počelo na prijelazu s 19. na 20. stoljeće u području psihijatrijske psihopatologije, unutar tog područja se i razvilo

čena nekom ambijentalnom profilaksom na obiteljskoj, socijalnoj i kulturalnoj razini. Budući da je zbog još uvijek nepoznate etiologije transrodnosti takav oblik terapije znatno otežan, počelo je dominirati shvaćanje da je psihoterapija neprikladna za transrodno stanje, a da bi korekcija spola riješila patnju subjekta. No, s obzirom da trenutno raspoloživi podatci ne govore u prilog smanjenoj patnji, dapače, nužno je prepoznati važnost psihoanalitičke prakse kao efikasnog i manje invazivnog pristupa, te dalje razvijati specifične putove za rješavanje ovog nimalo zanemarivog problema⁷⁹.

To se posebno odnosi na one u mladoj dobi, jer se tvrdi da ranija psihološka intervencija povećava šanse za rješavanje rodne disforije, čime se sprječava kasnija duboka nelagoda izazvana tim stanjem. Kao što je rečeno, ljudska seksualnost je binarna objektivna biološka činjenica, dok je samopercepcija subjektivni, sociološki i psihološki koncept. Nečije uvjerenje da je nešto drugo, u najboljem slučaju znak je zblunjenog razmišljanja. Kada inače zdrav dječak ili djevojčica vjeruju da su suprotno od toga, onda postoji objektivni psihološki problem koji leži u umu, a ne u tijelu, i tako ga treba i tretirati⁸⁰. Odabrati promjenu spola nad psihoanalitičkim pristupom u razdoblju kada je rodni identitet vrlo fluktuirajući, smatra se ideološkim⁸¹, odnosno s obzirom na sve nepoznanice i nedostatke koji ga prate smatra se, kako je već rečeno, upravo grubim zlostavljanjem djece i društvenim eksperimentom nad njima.

ZAKLJUČAK

Već odavno postoji medicinska skrb osoba koje su prolazile i prolaze neizrecive patnje zato što se svojim postojanjem nisu uklapale ni u svoje tijelo ni u postojeće norme. Medicina je trajno težila pružiti najprikladniju skrb kako bi smanjila patnju transrodnih osoba, ali i otklonila dodatnu težinu koju su one imale zbog druš-

sustavno shvaćanje tog fenomena, zbog čega se smatra da bi dodatno proučavanje upravo unutar tog područja trebalo imati prednost. To ne znači da se ne treba proučavati i na drugim područjima ili da podatke koje nudi farmakologija, neuroznanost i kognitivno-bihevioristički pristup ne treba koristiti, dapače, to samo znači da prednost treba dati psihoanalitičkom polju. Usp. Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità*, 7.

⁷⁹ Usp. Salvatore Cipressa, *Transessualità*, 1120; Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, 343.

⁸⁰ Usp. American College of Pediatricians, *Gender Ideology Harms Children*, 2.

⁸¹ Usp. Gruppo di studio in bioetica..., *Transgenderismo e transessualità* 40-42; Salvatore Cipressa, *Transessualità*, 1120; Maurizio Pietro Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia*, Faggioni, 343.

tvene stigmatizacije. Suvremena su društveno-politička kretanja međutim tu skrb dovela na posve novu razinu jer je riječ o novom, neprovjerenom standardu skrbi maloljetne djece. Prezentirajući fenomenologiju transrodnosti, rodno afirmativne terapije i njezinih nedostataka, kao i bioetičku opravdanost takvog medicinskog pristupa, članak ukazuje na to da takav standard skrbi može biti podvrgnut ozbiljnoj kritici, posebno zbog pogubnih posljedica.

Budući da u tom novom standardu skrbi nije u pitanju samo napredak medicine nego upravo i društveno-kulturalni kontekst u kojemu se on odvija, njegovoj valjanosti i provjerljivosti valja pristupiti i individualno i društveno. Stoga, sve dok se s empirijskom jasnoćom ne mogne uspostaviti sigurna dijagnoza rodne disforije, dok se ne uklone sve nesigurnosti u pogledu blokatora puberteta i ne stekne dovoljno empirijskih podataka o dugoročnim učincima primjene spolnih hormona, sve dok se ne ispita društveni utjecaj na povećanje transrodne djece, svaki invazivni zahvat nad njima ostaje grubo narušavanje njihova prava na tjelesni integritet i najbolju moguću skrb. To vrijedi i za odrasle. Sve dok se može izbjeći prilagođavanje biologijom zadanog tijela psihi, medicini ostaje dužnost poštivati tjelesni integritet osobe i tražiti prikladne i učinkovite načine skrbi. U onim spomenutim krajnjim slučajevima moralno opravdanje za takav krajnji čin čini se održivim i opravdanim, upravo jer je krajnji.

Imajući u vidu u članku navedeno, apsolutno nije jasno kako su znanstvenici elementarnih znanstvenih disciplina dopustili dominaciju rodnog narativa u svim društveno-političkim i znanstvenim područjima. Pogotovu nije jasno kako je suvremena medicina, kao znanost utemeljena na dokazima, dopustila takve invazivne zahvate na temelju mišljenja i pretpostavki, bez uvjerljivih empirijskih podataka o njihovoj učinkovitosti. Iz ovoga slijedi da je, kako je rečeno, rodno afirmativna terapija veliki društveni eksperiment u doba navodne iznimne osjetljivosti za ljudska prava. S obzirom da su u pitanju djeca, oni čija su prava i sudbina povjereni skrbi odraslih, ali i sami odrasli, netko bi dosita morao snositi odgovornost za taj eksperiment. Drugim riječima, bit će to još jedan povijesni veliki poraz *svemoćnog* ljudskog razuma, dok će životi naših sugrađana biti izgubljeni u međuvremenu i međuprostoru ideoloških sukobljavanja. Stoga razvijanje društvene svijesti o postojanju transrodnih osoba i patnji koju prolaze, poštivanje njihova dostojanstva i zaštita njihovih ljudskih prava ostaju društveni etički minimum koji obvezuje svakog pojedinca. U suprotnom se povećava spomenuti međuprostor ideološkog sukobljavanja, kao što se povećava i broj onih koji se u njemu gube.

TRANSGENDERISM AND BIOETHICAL JUSTIFICATION OF GENDER-AFFIRMATIVE THERAPY

Summary

Although medical care for transgender people existed already at the beginning of the 20th century, serious study of this phenomenon began only in the second half of that century. This study contributed to reducing the stigmatization of transgender people, but also to a genuine effort to provide them with appropriate medical care and ease the unspeakable suffering they go through due to the fact that their biological sex does not agree with their gender identity. However, despite the new findings, little is still known about this topic, since it is a very complex reality. Due to the small amount of relevant scientific information and data, the process of diagnosing as well as the process of definitive treatment (the so-called affirmative approach) of transgender persons is difficult. This is especially true for the medical care of transgender children, whose transition may begin with the suppression of puberty. However, there are numerous criticisms of this care. Besides all the uncertainties about the aetiology of the condition, there is a huge lack of empirical data on which to base correct treatment, such as justifying the blocking of the natural process of puberty and the use of sex hormones in order to achieve the phenotype of the desired sex. The aim of the article is to investigate the aforesaid criticisms, as well as to investigate whether gender reassignment can be bioethically and morally justified. In order to answer, the first part of the article presents the phenomenology of transgenderism, gender-affirmative therapy and its criticisms, while the second part of the article analyses the morality of gender-affirmative therapy, that is, the bioethical justification of gender change.

Key words: *transgender, gender dysphoria, gender affirmative therapy, suppression of puberty, sexuality, morality of gender change*