

RODNA I POLNA ANKSIOZNOST

Dragana Duišin¹
Jasmina Barišić¹
Srdjan Milovanović^{1,2}
Gordana Nikolić-Balkoski^{1,2}
Maja Pantović¹

UDK: 616.89-008.441-055

- 1 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
- 2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

UVOD

Anksioznost je neprijatno stanje koje se karakteriše osećanjem stalne strepnje i straha da će se nešto strašno dogoditi. Ovu pojavu prati neprijatna fizička napetost celog tela i unutrašnji nemir. Osoba često ima osećaj da će "eksplodirati", da gubi kontrolu nad sobom, da će joj se desiti nešto "strašno". Anksiozna osoba je konstantno u stanju "iščekivanja", stalno je na oprezu, kao da joj se sprema

KRATAK SADRŽAJ

Fenomenološki gledano anksioznost je ubikvitarni fenomen nezavistan od polnih i rodničkih odlika, kao i odlika identiteta (heteroseksualni, homoseksualni i transseksualni). Razlike su moguće u pogledu generatora odnosno trigerera anksioznosti, načina manifestovanja, coping strategija i sl.

Aktuelna teroretska polazišta prave značajnu distinkciju između polnog i rodničkog identiteta. Polni identitet određuju anatomske atributi, dok se rodni identitet odnosi na kontinuirani subjektivni doživljaj sopstvenog pola. Rod je direktno povezan sa rodničkim ulogama koje su očekivane, nametnuta, usvojena društvena ponašanja polno diferencirana.

Rodni stresori su nezabežni, ali individualne coping strategije određuju stepen efikasnosti individualnog adaptacionog stila. Ne može se reći da žene ili muškarci imaju veći rizik za razvoj rodničkog poremećaja, naprotiv oba pola su podjednako osetljiva. Istraživanja u ovom domenu donela su saznanja o tome da ukoliko coping mehanizmi nisu efikasni, u borbi sa rodničkim stresorima, rezultat će biti hronična anksioznost koja kod žena povećava sklonost ka razvoju depresije, a kod muškaraca zloupotrebi psihoaktivnih supstanci (PAS).

Glavne reči: anksioznost, rod, pol, transeksualnost, homoseksualnost, panika

neka opasnost. Anksioznost predstavlja fuziju straha sa anticipacijom budućeg zla tj. doživljaj stalnog i produženog straha niskog intenziteta. Postaje patološka kada nema adekvatne potvrde za nju, kada je preteranog intenziteta ili prekomerno prolongirana, ili kada prouzrokuje odbrambene manevre koji se ozbiljno upliću s efikasnošću u životu osobe [1].

U Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) [2] psihički poremećaji kod

kojih je anksioznost dominantan simptom klasifikovani su u grupu anksioznih poremećaja (F 41). Isti su, nadalje, svrstani u grupu neurotskih, stresom uslovljenih i somatoformnih poremećaja.

RODNA ANKSIOZNOST

Postoji više tipova anksioznih poremećaja, a pojedini su uzrokovani pitanjima koja uključuju rod. Rodna anksioznost uključuje: rodni anksiozni poremećaj, poremećaj rodnog identiteta i konflikte rodnih uloga. Rodne uloge značajno su determinisane društvenim i kulturnim očekivanjima, jer predstavljaju normirana, tipizirana i u priličnoj meri dihotoma ponašanja koja su očekivana, poželjna u skladu sa polom. Neispunjavanje odnosno nezadovoljavanje tipiziranih "rodnih odrednica" u ponašanju može rezultirati ličnim doživljajem visokog stepena distresa, koji se manifestuje različitim nivoom i kvalitetom anksioznosti.

Rodni anksiozni poremećaj definisan je kao „opsesivna briga u arbitriranju oko granica između muškog i ženskog, koji može nastati još od perioda najranijeg detinjstva“. Ovakva definicija praktično se odnosi ne samo na individualni, već i na globalni sociološki plan u smislu preteranih očekivanja i brige vezane za način oblačenja, frizure, neretko način govora, gestikulacije, manire, izbor profesije, afiniteta i druge spolja vidljive muške i ženske „odrednice“. Rodno atribuiranje i očekivanja svakako ne bi trebali da imaju stresni kvalitet ukoliko se kao takvi ne ispunjavaju. Ipak, gotovo uvek i samo nošenje odeće tipične za muški pol od strane žena, učestalije ili gotovo isključivo druženje devojaka sa mladićima ili neka druga unakrsna rod-

na manifestacija dobijaju u socijalnom kontekstu negativnu atribuciju, kao što je na primer „muškarača“ ili „ženski Petko“.

Opis poremećaja rodnog identiteta daleko prevazilazi oznaku „muškarače“. Rodni nesklad u okviru ovog poremećaja odnosi se na nesklad subjektivnog doživljaja pripadnosti određenom polu (rod) i rodnog ponašanja sa jedne strane i socijalnih i kulturoloških očekivanja sa druge. Eskremni poremećaj rodnog identiteta (transseksualizam) uključuje slučajeve u kojima osoba ima iskustvo značajnog distresa povezanog sa rodnim odstupanjem ili rodnim neskladom. Rodna disforija rezultira iz nesklada sopstvenog pola i rodnog identiteta i predstavlja značajan psihološki diskomfor ili distres za osobu. Dva osnovna kriterijuma čije je prisustvo neophodno da bi se postavila dijagnoza ovog poremećaja su: insistiranje osobe na tome da ona zapravo jeste i pripada suprotnom polu i klinički dokazi o jasnom i snažnom diskomforu vezanom za sopstveni telesni pol na rođenju. Diskomfor uključuje odvratnost prema telesnim organima i želju da se hirurškim putem promene polni organi.

Rezultati istraživanja koje se bavi procenom prisutnost simptoma aktuelnog socijalnog distresa, anksioznosti i depresije u populaciji transeksualaca ukazuju da većina transseksualnih pacijenata, koji se obraćaju za promenu pola ima subkliničke nivoe socijalnog distresa, anksioznosti i depresije. Međutim, pacijenti koji su na supstitucionoj hormonskoj terapiji imaju značajno nižu učestalost anksioznih simptoma (čak 50%), u odnosu na transseksualne pacijente koji nisu započeli sa uzimanjem ove terapije. Iako rezultati studije ne predsta-

vljaju direktan dokaz za pozitivan uticaj hormonskog tretmana kod transeksualaca, svakako da iniciranje ovog tretmana može rezultirati boljim mentalnim zdravljem ovih pacijenata [3].

Rodne uloge predstavljaju set faktora koji uključuju tradiciju, religiju, društvene norme i kulturu. Većina ovih uloga se individualno inkorporira u detinjstvu. Ukoliko se tokom maturacije javi individualno uverenje o neispunjavaju očekivane rodne uloge ovo može rezultirati razvojem konflikata i porastom anksioznosti (konflikti rodni uloga). Tradicionalne maskuline uloge uključuju asertivnost, nezavisnost i ambicioznost, dok feminine uključuju pasivnost, zavisnost i lepotu (estetiku).

Rezultati jedne studije koja se bavila procenom odnosa roda, orijentacije rodne uloge (maskulnost naspram femininosti), samopoštovanja i simptoma anksioznosti u populaciji adolescenata pokazali su da maskulnost negativno korelira sa simptomima anksioznosti, dok femininost korelira pozitivno. Orijehtacija rodne uloge igrala je značajniju ulogu na nivo anksioznosti u zavisnosti od pola i samopoštovanja. Istovremeno, studija je pokazala da samopoštovanje predstavlja medijator između femininosti (ali ne i maskulnosti) i ukupne anksioznosti. Slično ranijim istraživanjima koja su se bavila populacijom dece, rezultati podržavaju teoriju rodni uloga kao deo tumačenja za disparitet u simptomima anksioznosti među polovima kod adolescenata [4].

Istraživanja vezana za rodne razlike u strahu kod dece pokazuju da su devojčice plašljivije od dečaka, što se objašnjava značajem rodne orijentacije ili rodni očekivanjima. Studija je ispitivala odnos između rodne orijentacije (maskulnost

vs. femininost) i intenziteta straha/strepnje kod dece sa anksioznim poremećajima. Rezultati su pokazali da je maskulnost negativno povezana sa ukupnom strepnjom kao i specifičnim strahovima od neuspeha i kritike, medicinskim strahovima i strahom od nepoznatog. Nasuprot tome, nije evidentiran odnos između ženstvenosti i strepnje. Ovi rezultati ukazuju da orijentacija rodne uloge, naglašeno muževnost, može igrati ulogu u razvoju i/ili održavanju strepnje kod dece, a time usloviti nastank anksioznosti i posledično anksiozni poremećaja [5].

Svedoci smo tekstova u medijima vezanim za odrastanje dece koji su fokusirani na rodni stereotipima. Medijsku senzaciju tokom prošle godine privukao je jedan bračni par iz Toronta koji je pokušao da svoje dete odgaja kao "rodno neutralno". Namera roditelja je bila da svojim vaspitni stilom u odgoju njihovo dete izbegne socijalno striktno i rigidno rodno normiranje. Rodni stereotipi mogu biti doživljeni kao izvestan pritisak (kako emocionalni tako i saznanji), međutim rodno-neutralno odrastanje deteta ipak nije adekvatno rešenje [6].

Grupa kanadskih autora je u svojoj studiji testirala hipotezu da je povišena separaciona anksioznost u detinjstvu povezana sa tipično femininim ponašanjem i identitetom. Ispitanici su bili homoseksualne i heteroseksualne osobe. Heteroseksualni muškarci bili su izloženi značajno nižim nivoima separacione anksioznosti u detinjstvu u odnosu na sve ispitivane grupe. Rodna atipičnost u detinjstvu bila je značajno pozitivno povezana sa separacionom anksioznošću u grupi homoseksualni muškaraca, ali ne i u ostalim ispitivanim grupama [7].

Još jedna od studija koja se bavila procenom prisustva stalni elemenata

separacione anksioznosti kod dečaka kod kojih je evidentiran poremećaj rodnog identiteta ukazuje da klasična definicija poremećaja separacione anksioznosti nije potvrdila značajnu povezanost sa poremećajem rodnog identiteta. Međutim, sa primenom liberalnije definicije ovog poremećaja separaciona anksioznost je značajno češća u grupi dečaka koji ispunjavaju kriterijume za poremećaj polnog identiteta, nego u grupi onih koji ove kriterijume ispunjavaju samo delimično. Rezultati ukazuju da dečaci sa poremećajem rodnog identiteta pokazuju visoku stopu osobina karakterističnih za osobe sa separacionom anksioznošću. Svakako da razlozi ove povezanosti zahtevaju dodatne empirijske provere [8].

POLNA ANKSIOZNOST

Uobičajeni stereotip je da se žene smatraju osobama koje više brinu, u odnosu na muškarce koji manje osećaju stres i zabrinutost. U skladu sa tim, istraživanja su pokazala da žene imaju najmanje dva puta veću verovatnoću obolevanja od anksioznih poremećaja [9, 10]. Ovakve polne razlike su potvrđene internacionalno i transkulturalno, implikujući neku vrstu biološke razlike među polovima kada su u pitanju ovi poremećaji. Koji su razlozi za to? Dosadašnja istraživanja sugerišu na postojanje socijalnih, psiholoških i bioloških faktora koji bi mogli objasniti ovu činjenicu. Brojni su primeri socijalnih i kulturoloških faktora, kao što su: očekivanja od žena u vezi sa venčanjem, formiranjem porodice, imanjem i negovanjem potomstva, odgovornost vezana za majčinstvo, očekivanja da pomažu drugima i da preuzimaju rešavanje

njihovih problema. U velikom broju slučajeva ovo često vodi zanemarivanju ličnih potreba žene, što može biti generator anksioznosti. Brojni eksperti naglašavaju da zbog generalno manje agresivnosti koje poseduju, žene često suprimiraju svoj stres, koji se vremenom povećava dok ne postane vidljiv kroz anksiozne simptome. Takođe, određene fizičke i biološke promene kod žena mogu doprineti njihovoj anksioznosti. Na primer, muškarci nemaju iskustva sa promenom raspoloženja koja se javljaju pod uticajem faktora kao što je menstrualni ciklus, trudnoća i menopauza.

Žene i muškarci se u pogledu adaptacionog stila i koping strategije u odnosu na anksioznost bitno razlikuju. Žene uglavnom traže savet, molitvu ili ventilaciju, dok se muškarci generalno okreću fizičkim rasterećenjima, kao što su rad ili sportske aktivnosti. Dodatno, zapadna kultura neguje anksioznost vezanu za radnu performansu, uspešnosti i lepotu, dok druge kulture više naglašavaju brigu oko religioznih tema ili porodičnih iskustava. Žene mnogo više brinu oko porodičnih, zdravstvenih, finansijskih i drugih tema. Istraživanja pokazuju da su žene više naklonjenije razvoju negativnih emocija, samokriticizmu i beskrajnim ruminacijama u vezi sa problemima.

Žene koriste veći broj strategija za regulaciju emocija, ali su ove strategije na sličan način povezane sa psihopatološkim fenomenima kod muškaraca i žena. Učestalije verbalno pražnjenje koje se sreće kod žena delimično je povezano sa većom stopom depresije i anksioznosti u ovoj populaciji. Sa druge strane, sklonost muškaraca ka upotrebi alkohola kao strategije za regula-

ciju emocija može biti u vezi sa većom stopom zloupotrebe alkohola nego što je to slučaj kod žena [11]. Rezultati pojedinih istraživanja podvlače značaj polnih razlika u anksioznim poremećajima, i to u vidu značajno više prevalence u žena praćene visokim stepen invaliditeta [12].

Nekoliko skorijih studija na animalnom modelu ukazuje da hormonske razlike među polovima žene čine biološki mnogo sklonijim da razviju anksioznost od muškaraca. Naime, pokazalo se da viši nivo testosterona umanjuje nivo anksioznosti, kao i da je odgovor CNS-a na nivo stresa različit među polovima (ćelije ženskog mozga su osetljivije na stres hormon i manje adaptibilne na isti). Ipak, stepen značaja bioloških faktora za razvoj anksioznosti kod ljudi još uvek nije dovoljno jasan [13]. Prednost animalnih modela je prilika za kontrolu polno specifičnih varijabli koje mogu doprineti polnim razlikama u prezentaciji simptoma, njihovoj učestalosti i terapijskom odgovoru u okviru psihijatrijskih poremećaja. Polne razlike mogu biti prozor koji pruža nove perspektive bioloških mehanizama afektivnih bolesti.

Jedan od moderatora emocionalnog reagovanja tokom adolescencije je poplava hormona koja izaziva pre naglašeno ispoljavanje emocija dečaka i devojčica. Ipak, razlika u vaspitanju konačno modelira njihove emocionalne reakcije. Roditelji se različito odnose prema emocionalnim izlivima dečaka i devojčica. Iz ugla socijalizacije postoji znatan broj dokaza da male devojčice koje ispoljavaju stid ili anksioznost bivaju podstaknute na to, dok mali dečaci koji se na isti način ponašaju mogu čak biti i kažnjavani zbog toga. Rodite-

li ohrabruju dečake da trpe neprijatnosti i bolove i pokažu snagu i hrabrost, dok devojčice u istim situacijama teše. Ova formativna veza između emocionalnih izliva i poljubaca od strane majki predisponira devojčice da reaguju na neprijatne situacije "negativnim" osećanjima, kao što je na primer anksioznost kasnije tokom života. Osim toga, kulturalne pristrasnosti vezane za veću sposobnost dečaka od devojčica, navode roditelje da podstiču sinove da ispoljavaju hrabrost i da se konfrontiraju strahovima, dok ćerke bivaju češće prezaštićene od životnih izazova. Uobičajeno je da ukoliko devojčica pokaže strah dobija zagrljaj, a dečak poruku da ga prevaziđe. Kao rezultat ovih razlika devojčice sa odrastanjem postaju žene sa manjim repertoarom efikasnih koping strategija od dečaka, što se direktno odražava na viši nivo anksioznosti.

Ono što je sigurno da stil odgoja dece, kao i način na koji pristupamo dečacima i devojčicama, determiniše način na koji će oni kasnije tokom života reagovati na izloženost anksioznosti. Ukoliko su žene značajno anksioznije od muškaraca očekivali bi smo da u ranom uzrastu devojčice manifestuju veći stepen napetosti od dečaka. Ipak, dešava se suprotno. U prvim mesecima života dečaci pokazuju veći stepen emocionalnih potreba, dok devojčice u uzrastu od 2 godine postaju više sklone negativnim osećanjima od dečaka (ovaj uzrast koincidira sa godinama kada deca počinju da uče rodne uloge). Istraživanja su pokazala da do 11. godine dečaci i devojčice podjednako mogu razviti anksiozni poremećaj, dok su devojčice od 15. godine u 6 puta većem rizi-

ku da ga razviju u odnosu na dečake [14].

Koping strategije vezane za strah razvijaju se na različite načine u zavisnosti od pola: muškarci najčešće “rešavaju” probleme glavom, dok žene brinu, ruminiraju i žale se jedne drugoj, pre nego da se konfrontiraju sa izazovima.

Svakako da vaspitanje ne određuje definitivno emocionalnu reaktivnost žena, udela ima i borba koja sledi sa socijalnim silama koje je čine anksioznom. Savremena kultura neguje filozofiju koja podstiče žene da uvek izgledaju lepo i mlado. Jedno od sprovedenih internet istraživanja pokazalo je da žene prosečno čak 252 puta nedeljno pomisle ili brinu o svom izgledu [15].

Međutim, osim navedenih razlika često je prisutan i stereotip da se žene češće označe kao anksiozne, iako to nisu. Neka istraživanja ukazuju da, iako u određenim situacijama muškarci i žene imaju doživljaj istog nivoa emocionalnog reagovanja, žene se obično vide i same sebe doživljavaju kao “više emocionalne” od muškaraca. Stoga ne čudi da ova sklonost postoji i u vezi sa anksioznošću. Lekari često reaguju različito na stres simptome u odnosu na pol, kao što je npr. bol u grudima: muškarcima će uraditi kompletne kardiološke pretrage, dok će žene okarakterisati kao anksiozne, a telesni simptome pripisati stresu. Muškarcima se simptomima tumače kao rezultat somatskih smetnji, dok se kod žena pripisuju psihološkim faktorima.

Jedan od značajnih razloga češće dijagnoze anksioznih poremećaja kod žena je i učestalije javljanje žena psihijatru ili psihologu. Odgajanje muškaraca u duhu “uvek biti mentalno jak” dovo-

di do toga da kada odrastu odlazak terapeutu vide kao znak slabosti ili neuspeha (prema nekim procenama oni čine samo 37% pacijenata) [16].

U sklopu povezanosti pola i anksioznosti, pojedine studije su ispitivale odnos između pola, hronične anksioznosti i starosti. Utvrđeno je da su anksioznost i starost, ali ne i njihova interakcija značajni prediktori pola. Postoji mala, ali značajna povezanost između anksioznosti i pola, ali takođe i između anksioznosti i starosti. Pol predstavlja faktor koji je neophodno uzeti u obzir u prevenciji anksioznosti i interventnim programima [17].

Uprkos širokim i konzistentnim dokazima vezanim za ulogu pola u prevalenci anksioznih poremećaja, značajno manje se zna na koji način pol utiče na osnovne epidemiološke parametre kao što su životna dob u vreme pojave prvih tegoba, dužina bolesti i obrasci vezani za komorbiditet. Vrlo malo epidemioloških studija se bavilo proučavanjem uticaja pola na ove epidemiološke parametre u različitim anksioznim poremećajima.

HOMOSEKSUALNA ANKSIOZNOST

U okviru teme rodne i polne anksioznosti, značajno je napraviti i kratak osvrt na homoseksualnu anksioznost u svetlu diferencijacije homoseksualnog identiteta i homoseksualne panike. Koja je razlika između homoseksualne anksioznosti kao simptoma opsesivno-kompulsivnog poremećaja (OKP) i činjenice da je osoba homoseksualnog identiteta (gej)? Premisa anksioznosti u okviru homoseksualne panike u sklopu OKP je vezana za stalnu brigu da li je

osoba možda homoseksualna (“šta ako sam gej?”). Intruzivne misli o homoseksualnosti i sumnje i dileme u pogledu sopstvene seksualnosti su simptomi podtipa OKP-a koji se ponekad naziva homoseksualna anksioznost ili homoseksualni OKP. Podsetićemo na tipične simptome homoseksualne anksioznosti:

- ponavljajuće sumnje i dileme vezane za sopstvenu seksualnost
- neželjene intruzivne misli o tome da je osoba gej
- nemogućnost da se oslobodi neželjene brige ili intruzivnih misli o tome da je gej
- viđanje osobe istog pola izaziva anksioznost i predstavlja trigger neželjenih misli o tome da je gej
- izbegavanje osoba istog pola zbog straha da će to dovesti do pojave neželjenih misli ili anksioznosti
- misli i brige u vezi sa davanjem znakova (signala) da je osoba možda homoseksualna
- ponavljajuće svakodnevnne aktivnosti usled straha da ovakva ponašanja mogu biti izvedena na “homoseksualni način” ili način koji bi drugim osobama bio signal da su homoseksualne (na primer: muškarac može osetiti potrebu da ustane sa stolice i da ponovo sedne ukoliko pomisli da je način na koji je ustao “feminin” ili može brinuti o načinu na koji hoda smatrajući ga previše “femininim” ili znakom homoseksualnosti
- ponavljajuće akcije mogu umanjiti anksioznost, nakon čega osoba oseća potrebu da ponovi

istu aktivnost (ili ritual) više puta kako bi umanjila anksioznost

- anksioznost povodom toga što je gej koja je u suprotnosti sa ličnim vrednostima i željama
- osoba sama oseća da su misli neprihvatljive, neprimerene i neadekvatne
- homoseksualne misli su odvratne (grozne) pre nego izazivajuće

Nasuprot tome, homoseksualne osobe mogu osetiti anksioznost koju povezuju sa sopstvenom seksualnom (polnom) orijentacijom. Ovaj vid anksioznosti nastaje prvenstveno kao posledica socijalne stigme koja je vezana za homoseksualnost i dodatnih poteškoća koje mogu imati homoseksualne osobe u traženju partnera i viđanju sa njima u socijalnom okruženju. Homoseksualne osobe mogu imati iskustvo većeg stepena anksioznosti u vezi sa iskazivanjem sopstvenih seksualnih preferenci, osim čuvanja tajne i izbegavanja izlaženja sa homoseksualnim partnerima. Ovakav vid anksioznosti je drugačiji od anksioznosti koju oseća osoba sa OKP, odnosno homoseksualnom panikom. Naime, kod njih dominira ponavljajuća briga da mogu biti homoseksualne, uz dodatno konstantnu potrebu da uveravaju sebe da su heteroseksualne orijentacije. Istovremeno izbegavaju situacije u kojima bi se ovakve misli mogle pojaviti, kao što su situacije u kojima su prisutne osobe istog pola (svlačionice i sl.). Osobe sa homoseksualnom panikom najčešće strahuju da su homoseksualne, iako su često već imale nekoliko partnera suprotnog pola i ne osećaju privlačnost prema osobama istog pola.

Polna orijentacija se razvija tokom života i istraživanja su ukazala da je

rodni nekonformizam, odnosno nesklad u detinjstvu jedan od najveći prediktora homoseksualnosti u adultnom periodu. Gej osobe će najverovatnije preferirati aktivnosti tipične za suprotni pol i tražiti pripadnost grupi suprotnog pola. Ovo najčešće nije slučaj sa osobama koje razvijaju homoseksualnu anksioznost kao OKP simptom.

U stručnoj literaturi je moguće naći mali broj podataka vezanih za homoseksualnu anksioznost kao simptom OKP-a, mada su do sada seksualne opsesije kao simptom OKP-a dobro dokumentovane. Autori naglašavaju potrebu adekvatne procene i dijagnostikovanja, uz primenu kombinovanog tretmana u lečenju navedenog poremećaja.

ZAKLJUČAK

Anksiozni poremećaji spadaju u grupu najčešćih mentalnih poremećaja kod odraslih osoba [18]. Jedan od najšire dokumentovanih nalaza u psihijatrijskoj epidemiologiji je činjenica da žene imaju veću verovatnoću od muškaraca da razvijaju neki od anksioznih poremećaja tokom svog životnog veka [19, 20, 21]. Uprkos širokim i konzi-

stentnim dokazima vezanim za ulogu pola u prevalenci anksioznih poremećaja, značajno manje se zna na koji način pol utiče na osnovne epidemiološke parametre kao što su životna dob u vreme pojave prvih tegoba, dužina bolesti i obrasci vezani za komorbiditet.

Osim toga, značaj rodnoeg identiteta kao faktora za nastanak anksioznosti ili anksioznih poremećaja je nesumnjiv, ali ne i isključiv i neophodno ga je posmatrati u širem kontekstu. Doživljaj neispunjavanja tradicionalnih rodnoeg uloga, prema sopstvenim ili društvenim standardima, dovodi do razvoja rodne anksioznosti. Rodna anksioznost vezuje se u najvećoj meri za rodni anksiozni poremećaj, poremećaj rodnoeg identiteta i konflikt rodne uloge.

Rana i ciljano detekcija poremećaja vezanih za rodnu ulogu i distinkcija između anksioznih poremećaja kao komorbidnih ili uzrokovanih rodnom ulogom jedna je od prvih stepenica ka adekvatnom tretmanu. U svetlu ovakve, pažljive fenomenološke procene, tretman baziran na savremenim terapijskim smernicama put je za dobru kliničku praksu i dobar terapijski odgovor.

GENDER AND SEX ANXIETY

Dragana Duišin¹

Jasmina Barišić¹

Srđan Milovanović^{1,2}

Gordana Nikolić-Balkoski^{1,2}

Maja Pantović¹

1 Clinic for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

2 School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Literatura:

1. Andrews G. Anxiety, personality and anxiety disorders. *Intern Rev Psychiatry* 1991; 3(2):293-302.
2. Svetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti, MKB-10. Beograd. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.

Summary

From the phenomenological stance, anxiety represents a ubiquitous phenomenon, independent of sex and gender characteristics, as well as identity distinctiveness (heterosexual, homosexual, and transsexual). The differences are possible and presented in anxiety generators i.e. triggers, its' manifestations and coping strategies, etc.

The contemporary theoretical standpoints make the important distinction between sex and gender identity. Sexual identity is determined by the anatomical attributes, whereas gender identity refers to the continuous subjective experience of one's own sex. Gender is directly related to gender roles representing anticipated, imposed, socially desirable behaviours that are sexually differentiated.

Although gender related stressors are inevitable, individual coping strategies determine the level of efficacy of individual adaptational styles. Neither man nor women can be perceived as having a higher risk of developing gender anxiety disorder. Moreover, the sexes seem to be equally susceptible to it. The studies of the domain underline the importance of coping mechanisms which, if not efficient in dealing with gender stressors, result in chronic anxiety in women, making them more prone to the development of depression, and in substance abuse in men.

Key words: anxiety, gender, sex, transsexualism, homosexual, panic

3. Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillaumon A, Godás T, Cruz Almaraz M, Halperin I, Salamero M. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37(5):662-70.

4. Palapattu AG, Kingery JN, Ginsburg GS. Gender role orientation and anxiety symptoms among African-american adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34(3):441-9.
5. Ginsburg GS, Silverman WK. Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2000; 14(1):57-67.
6. Anonymous. Is Sasha Laxton, the boy brought up 'gender-neutral', a social experiment gone too far? *The Periscope Post*. Publikovano 27.01.2012. Retrieved from <http://www.periscopepost.com/2012/01/is-sasha-laxton-the-boy-brought-up-gender-neutral-a-social-experiment-gone-too-far/>
7. Vanderlaan DP, Gothreau LM, Bartlett NH, Vasey PL. Recalled separation anxiety and gender atypicality in childhood: a study of Canadian heterosexual and homosexual men and women. *Arch Sex Behav* 2011; 40(6):1233-40.
8. Zucker KJ, Bradley SJ, Lowry Sullivan CB. Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(6):791-8.
9. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson CB, Hughes N, Eshleman S et al. Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
10. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:85-94.
11. Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8:161-87.
12. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res* 2011; 45(8):1027-35.
13. Bangasser DA, Curtis A, Reyes BA, Bethea TT, Parastatidis I, Ischiropoulos H et al. Sex differences in corticotropin-releasing factor receptor signaling and trafficking: potential role in female vulnerability to stress-related psychopathology. *Mol Psychiatry* 2010; 15(9):877, 896-904.
14. McGee R, Feehan M, Williams S, Anderson J. DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(1):50-9.
15. Courtenay-Smith N. Why do so many women loathe their looks? Asks Loose Women's Sherrie Hewson. *The Daily Mail*. Publikovano 23.novembra 2009. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk/femail/beauty/article-1230089/Why-DO-women-loathe-the-looks-asks-Loose-Womens-Sherrie-Hewson.html>
16. Brooks G, Good GE. *The new handbook of psychotherapy and counseling with men*. New York. John Wiley & Sons; 2001.
17. Lowe PA. *Does a Relationship Exist Between Gender and Anxiety Across the Life Span?* NASP. Toronto, Canada, 2003.
18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-27.
19. Angst J, Dobler-Mikola A. *The Zurich Study: V. Anxiety and phobia in young adults.* *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985; 235(3):171-78.
20. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weissberg RB, Pagano M et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1179-87.
21. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24(2):3-14.

Dragana Duišin
 Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije
 Pasterova 2, 11000 Beograd
 Tel. +381 (0)11 2657847
 E-mail: draganaduisin@gmail.com