

ZDROWIE OSÓB TRANSPŁCIOWYCH I NIEBINARNYCH

PODREČZNIK PSYCHOEDUKACYJNY
DLA OSÓB I PACJENTÓW ORAZ ICH BLISKICH



POD REDAKCJĄ BARTOSZA GRABSKIEGO

ZESPÓŁ AUTORSKI:

MARTA DORA, MIŁOSZ DZIEDZIAK, ANETA GAWLIK,
BARTOSZ GRABSKI, JULIA KATA, ANNA MAZURCZAK,
MAŁGORZATA TROFIMIUK - MÜLDNER, EMILIA WIŚNIEWSKA

RECENZJA: DOMINIK RACHOŃ

Zdrowie osób transpłciowych i niebinarnych – podręcznik psychoedukacyjny dla osób i pacjentów oraz ich bliskich

pod redakcją Bartosza Grabskiego

Zespół autorski:

**Marta Dora
Miłosz Dziedziak
Aneta Gawlik
Bartosz Grabski
Julia Kata
Anna Mazurczak
Małgorzata Trofimiuk-Möldner
Emilia Wiśniewska**

Recenzja:

Dominik Rachoń



2022

© Copyright by Trans-Fuzja, Fundacja na rzecz Osób Transpłciowych 2022

Redakcja merytoryczna: dr n. med. Bartosz Grabski, FECSM

Redakcja wydawnicza: dr n. med. Bartosz Grabski, FECSM, Julia Kata, Emilia Wiśniewska

Recenzja: prof. dr hab. n. med. Dominik Rachoń

Korekta: Julia Gierczak

Ilustracje: Kajetan Koperski

Okładka: Kajetan Koperski, Simona Kasprończak

Skład i łamanie: Marek Wójcik

ISBN 978-83-64839-16-0

Broszura została wydana przy wsparciu finansowym
Ambasady Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w Warszawie



British Embassy
Warsaw



safetobeme.gov.uk

OSOBY AUTORSKIE

mgr Marta Dora

psycholożka, specjalistka psychoseksuolog,
seksuolog kliniczna PTS, psychoterapeutka
Poradnia Seksuologiczna, Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

mgr Miłosz Dziedzic

psycholog, psychoterapeuta
w trakcie certyfikacji, doktorant,
ukończył studia podyplomowe
z seksuologii klinicznej
Zakład Endokrynologii Klinicznej
i Doświadczalnej Wydziału Nauk o Zdrowiu
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik

specjalista endokrynologii, pediatrii, diabetologii,
endokrynologii i diabetologii dziecięcej
Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii
Dziecięcej z Pododdziałem Zaburzeń/
Zróżnicowanego Rozwoju Płci
Wydział Nauk Medycznych w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka,
Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

dr n. med. Bartosz Grabski, FECSM

specjalista seksuolog, specjalista psychiatra,
psychoterapeuta

Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii

WL UJ CM

Poradnia Seksuologiczna, Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

WPATH GEI Faculty Member

Julia Kata

Członkini Zarządu, Starsza Managerka
Wykonawcza, Fundacja Trans-Fuzja

adwokatka Anna Mazurczak

dr n. med. Małgorzata Trofimiuk-Müldner

specjalista endokrynologii, chorób
wewnętrznych i medycyny nuklearnej
Katedra i Klinika Endokrynologii WL UJ CM
Oddział Kliniczny Endokrynologii,
Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny
Nuklearnej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Emilia Wiśniewska

Prezesa Zarządu, Koordynatorka Rzecznictwa,
Fundacja Trans-Fuzja

RECENZENT

prof. dr hab. n. med. Dominik Rachoń

lekarz, specjalista chorób wewnętrznych
i endokrynologii
Kierownik Zakładu Endokrynologii Klinicznej
i Doświadczalnej Wydziału Nauk o Zdrowiu
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Szanowni Państwo, Szanowne Osoby,

Oddajemy w Państwa/Wasze ręce tę publikację z głęboką nadzieją, że będzie pomocna w nawigowaniu na niełatwej, z reguły, drodze poznawania i urzeczywistniania siebie. Książka powstała w wyniku naszej wspólnej inicjatywy, tj. z jednej strony osoby reprezentującej świat specjalistów, z drugiej – świat potencjalnych użytkowników/użytkowniczek usług specjalistycznych. Do grona autorów udało zaprosić się wybitnych ekspertów zajmujących się zdrowiem i sytuacją prawną osób transpłciowych i niebinarnych. Za przyjęcie zaproszenia serdecznie im dziękujemy.

Realizacja całości projektu możliwa była dzięki grantowi otrzymanemu przez Fundację Trans-Fuzja od Ambasady Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Chcąc zachować indywidualny charakter rozdziałów, redaktor i przedstawicielki Fundacji nie ingerowali, z wyjątkiem sytuacji absolutnie koniecznych, w język użyty w danym rozdziale. W obecnie niezwykle szybko ewoluującej rzeczywistości klinicznej naukowej i społecznej zdarza się często, że w użyciu pozostaje wiele pojęć o pokrewnych znaczeniach. Zachowaliśmy tę różnorodność, z nadzieją, że odpowiednie wyjaśnienia, szczególnie w rozdziale wprowadzającym i dotyczącym języka, ułatwią Państwu/Wam pełne zrozumienie używanych pojęć.

Bartosz Grabski

Julia Kata
Emilia Wiśniewska

Spis treści

Dlaczego ta książka i w czym ma pomóc?

Bartosz Grabski

Podstawowe pojęcia i zagadnienia związane z językiem

Julia Kata, Emilia Wiśniewska

Pacjent transpłciowy i niebinarny w gabinecie specjalisty. Jak powinna, a jak nie powinna wyglądać wizyta?

Miłosz Dziedział

Dysforia i niezgodność płciowa u dorosłych. Zasady i standardy postępowania

Bartosz Grabski

Dysforia płciowa u młodzieży. Zasady i standardy postępowania – podstawowe informacje dla rodziców, opiekunów i osób nastoletnich

Marta Dora

Hormonalne interwencje afirmujące płęć u dorosłych

Małgorzata Trofimiuk-Müldner

Hormonalne interwencje afirmujące płęć u młodzieży

Aneta Gawlik

Inne interwencje afirmujące płęć

Miłosz Dziedział

Jak mogą pomóc członkowie rodziny, bliscy i społeczność?

Julia Kata, Emilia Wiśniewska

Zagadnienia prawne związane z tranzycją. Jak przez to przejść?

Anna Mazurczak

Dlaczego ta książka i w czym ma pomóc?

Bartosz Grabski

Rozumienie transpłciowości przeszło w ostatnich kilkunastu latach znaczącą przemianę. Doświadczanie tożsamości płciowej odmiennej od tej, która wynikała by z płci przypisanej przy urodzeniu i cielesnej charakterystyki typowej dla płci przypisanej, przestało być uważane za zaburzenie psychiczne wymagające leczenia psychiatrycznego¹. Specjaliści z jednej strony nie odnaleźli wystarczających przesłanek klinicznych i naukowych do dalszego klasyfikowania transpłciowości jako problemu psychiatrycznego, z drugiej strony postawili pytanie o celowość tak sformułowanego rozpoznania. Uwzględniając fakt, że rozstrzygnięcia nauki o objawach i zaburzeniach psychicznych (psychopatologii), którymi posługują się psychiatria i seksuologia kliniczna, oparte są, oprócz badań naukowych, na arbitralnej decyzji ekspertów co do kwalifikowania zjawisk jako psychopatologicznych, pytanie postawione w tytule artykułu nabiera szczególnego znaczenia. Rolą psychiatrii i seksuologii nie jest ostatecznie naznaczanie ludzi diagnozą psychiatryczną, a precyzyjne formułowanie problemów zdrowotnych, z którymi mierzą się ludzie poszukujący pomocy. Uwaga diagnostyczna i terapeutyczna przesunięta została więc z odmiennej tożsamości płciowej na jeden z podstawowych problemów, z którym zmagają się część osób transpłciowych (choć nie wszystkie), tj. na dysfориę płciową. Jest ona stanem uporczywego dyskomfortu lub cierpienia wynikającego z rozbieżności pomiędzy tym, jak przeżywa swoją płeć dany człowiek, a jaką płeć mu przypisano i jakie cielesne znamiona płci posiada. To objaw dysfории płciowej stanowi oś nowego rozpoznania „Dysfории płciowej”, którym posługuje się obecnie medyczna klasyfikacja amerykańska DSM-5². Już wkrótce do codziennego użytku w Polsce wejdzie z kolei nowa wersja międzynarodowej klasyfikacji problemów zdrowotnych ICD-11³, w której użyte zostało rozpoznanie „Niezgody płciowej”. Jest ono przykładem jeszcze bardziej radykalnego „wyprowadzenia” tej kategorii problemów poza obręb psychiatrii i uznania, że niektóre osoby doświadczające poczucia rozbieżności pomiędzy płcią przeżywaną a przypisaną i charakterystyką ciała mogą z tego powodu potrzebować zróżnicowanych interwencji medycznych, aby tę rozbieżność zniwelować.

Obie klasyfikacje uwzględniają także inne zmiany w zapatrywaniach na transpłciowość, podsumowane w poniższych punktach:

- Tożsamość niektórych osób nie mieści się w ściśle binarnym podziale na tożsamość męskie i kobiece i ma charakter niebinarny. Przy czym obserwujemy obecnie tendencję do oddzielnego traktowania unikatowych doświadczeń osób niebinarnych. Zarówno osoby binarne, jak i niebinarne mogą doświadczać dysfории płciowej lub poczucia niezgody płci i wymagać wprowadzenia społecznych i medycznych interwencji afirmujących płeć (MIAP).
- Osoby transpłciowe i niebinarne mają różnorodne tożsamości seksualne (inaczej: orientacje seksualne), nie są i nie muszą być (aby potwierdzić swój transpłciowy lub niebinarny status) heteroseksualne z punktu widzenia doświadczanej płci. Tożsamość seksualna sama z siebie nie wydaje się też wpływać na powodzenie procesu tranzycji społecznej i medycznej.
- Osoby transpłciowe i niebinarne realizują swoją tożsamość płciową (w rozumieniu społecznej ekspresji płciowej) w bardzo zróżnicowany sposób i nie muszą pasować do archaicznych już kulturowych stereotypów „prawdziwego mężczyzny” typu muskularnego, małomównego i mrukliwego „Rambo” lub „prawdziwej kobiety” w rodzaju szczupłej, skrajnie delikatnej i bezbronnej długowłosej istoty. Innymi słowy, zróżnicowana ekspresja płciowa osób transpłciowych i niebinarnych jest faktem, podobnie

jak w wypadku osób cisplciowych, i nie stanowi przesłanki kwalifikacji osoby jako „prawdziwie” bądź nie transplciowej lub niebinarnej.

- Drogi rozwojowe prowadzące do rozpoznania własnej transplciowości i niebinarności, jak i wystąpienia dysforii płciowej lub poczucia niezgodności płci są zróżnicowane. Wiele mechanizmów, jak m.in: brak wiedzy i zrozumienia tego, czego doświadcza dana osoba, psychologiczne mechanizmy obronne i zróżnicowane okoliczności społeczne mogą prowadzić do tego, że u różnych osób rozpoznanie własnej transplciowości i niebinarności przychodzi w różnym czasie.

W świetle obecnej wiedzy wcześniej wspomniane zróżnicowanie osób transplciowych i niebinarnych nie musi przekładać się na powodzenie procesu społecznej i medycznej tranzycji, chociaż osoby, które nie wtapiają się we wciąż oczekiwany obraz jednej z dwóch płci (ang. *blending/passing*), mogą być bardziej narażone na społeczny ostracyzm.

Naturalną konsekwencją zmiany w zapatrywaniu się na transplciowość i niebinarność jest ewolucja poglądów na zasady niesienia pomocy tej grupie osób. Znalazło to odzwierciedlenie we współczesnych wytycznych dla profesjonalistów dotyczących opieki nad tą populacją. Dostępne są obecnie cztery najważniejsze dokumenty: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego⁴, Standardy Opieki Światowego Stowarzyszenia Specjalistów_tek do spraw Zdrowia Osób Transplciowych (ang. WPATH) – wersja siódma⁵ (obecnie trwają prace nad wersją ósmą, a jej publikacja planowana jest na pierwszą połowę 2022 roku), Wytyczne Towarzystwa Endokrynologicznego⁶ i Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego⁷. Dwa pierwsze dokumenty dostępne są nieodpłatnie w sieci w języku polskim.

Przedstawione zmiany w spojrzeniu na transplciowość i niebinarność oraz wyżej wymienione dokumenty nie są jeszcze w pełni znane wszystkim specjalistom. Prowadzić może to do archaicznego podejścia do samych pacjentów transplciowych i niebinarnych i zgłaszanej przez nich problematyki (na przykład dysforii płciowej), a w przypadku samych osób transplciowych i niebinarnych i ich bliskich – do zagubienia i niejasności, jak powinna wyglądać nowoczesna opieka zdrowotna ich dotycząca.

Osoby transplciowe i niebinarne mogą ponadto, jak inne stygmatyzowane grupy mniejszościowe, być bardziej narażone na złe traktowanie, także w przestrzeni związanej z opieką zdrowotną. Może ono mieć różne oblicza i obejmować tak różnorodne zjawiska, jak świadome i jawne (dyskryminacja, agresja, wykluczenie) oraz nieświadome i mimowolne (mikroagresje) manifestowanie uprzedzeń, nieuwzględnianie form rodzajowych preferowanych przez pacjenta w komunikacji, brak wiedzy lub niedostateczna wiedza i zaniedbania w zakresie obowiązku ustawicznego kształcenia obejmującego zdrowie osób transplciowych i niebinarnych, nieuzasadnione wydłużanie procesu oceny i przygotowania do włączenia medycznych interwencji afirmujących płeć, mnożenie badań i procedur diagnostycznych niemających uzasadnienia merytorycznego.

Oprócz wyżej wymienionych zjawisk, które związane są z osobą klinicysty, inne aspekty złego traktowania w opiece zdrowotnej związane są z doświadczeniami pacjenta. Uwewnętrzniiony niekorzystny obraz osób transplciowych i niebinarnych (zinternalizowana transfobia), lęk przed nieotrzymaniem lub odmową pomocy i brak wiedzy, jak taka pomoc powinna wyglądać, może rodzić poczucie bezradności, bezbronności i czynić osobę transplciową lub niebinarną bardziej narażoną na niekorzystne wydarzenia w kontakcie z systemem opieki zdrowotnej.

Książka ta powstała więc dlatego, aby zwiększyć wiedzę samych osób transplciowych i niebinarnych oraz ich rodzin i bliskich na temat tego, jak powinna i jak nie powinna wy-

glądać nowoczesna opieka nad ich zdrowiem, nowoczesne podejście do problemu dysforii i niezgodności płciowej i postępowanie specjalistów. Ma też stanowić uzupełnienie psychoedukacji, która powinna być ważnym elementem postępowania klinicznego w każdym gabinecie specjalistycznym i przewodnikiem w trudnym procesie tranzycji społecznej i medycznej. Skorzystać powinni też sami specjaliści, mogąc zaoferować swoim pacjentom zwięzłe, ale pełne i przystępne źródło potrzebnej wiedzy na początku wspólnej drogi przez proces tranzycji.

Piśmiennictwo

- ¹ Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. (red.). Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. Warszawa: PZWL 2020.
- ² APA. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing 2013.
- ³ WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, <https://icd.who.int/en> [dostęp 4 lutego 2022].
- ⁴ Grabski B i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. Psych Pol 2021;55 (3):701–708.
- ⁵ WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. <https://www.wpath.org/publications/soc> [dostęp 4 lutego 2022].
- ⁶ Hembree WC i wsp. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: and Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin End Met 2017;102 (11):3869–3903.
- ⁷ APA. Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. Am Psychol 2015;70 (9):832–864. <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf> [dostęp 4 lutego 2022].

Podstawowe pojęcia i zagadnienia związane z językiem

Julia Kata, Emilia Wiśniewska

Często w gabinecie specjalistki_sty słyszymy terminy medyczne odnoszące się do transpłciowości i niebinarności. Dotyczy to choćby kolejnych kroków związanych z oceną psychoseksuologiczną czy, jak to jeszcze niedawno określano, diagnozą tzw. „transseksualizmu” (o tym, dlaczego piszemy o tzw. „transseksualizmie”, jeszcze w tym rozdziale powiemy). W ten właśnie sposób bowiem wychodząca właśnie z użycia klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 opisywała doświadczenia osób transpłciowych.

Za konkretnymi słowami idzie określone podejście do osoby pacjenckiej i rozumienie spraw, z jakimi przychodzi do gabinetu. To, co dla osób transpłciowych jest ich opowieścią o sobie – opowieścią, w której często pojawiają się trudne wątki i historie – zostało ujęte w kategoriach zaburzenia psychicznego, a więc stanu nieprawidłowego, odległego od jakiegś (w domniemaniu pożądanej i oczekiwanej) normy psychicznej.

Osoby transpłciowe i niebinarne o swoich doświadczeniach mówią własnym językiem, często bardzo odległym od zdezaktualizowanego już, choć będącego jeszcze niestety w użyciu języka medycznego starych klasyfikacji. Same określenia „osoba transpłciowa”, „osoba niebinarna” są owocem poszukiwań języka, który nie będzie patologizujący, lecz upodmiotawiający, dający osobom transpłciowym i niebinarnym poczucie, że ich życie należy do nich, i że dzieląc się swoimi historiami, potrzebami i doświadczeniami, nie muszą o samych sobie mówić językiem patologizującym.

Czy jednak język medyczny i podmiotowy język, jakim opisują siebie osoby transpłciowe i niebinarne, to dwa kompletnie różne systemy językowe? Niekoniecznie musi tak być, a na pewno – nie powinno. Specjaliści_stki powinni_nny znać język, którym posługują się osoby transpłciowe, bo ta wiedza to część ich umiejętności zawodowych. W nowym języku medycznym nie spotkamy się z naznaczającymi terminami i posługiwanie się właśnie takim aktualnym językiem stanowi sygnał, że specjalistka_sta, z którą_ym Państwo spotykacie się w gabinecie, bazuje w swojej pracy na aktualnym stanie wiedzy naukowej. Dobrego specjalistę można też po tym poznać. Osoba transpłciowa czy niebinarna w kontakcie ze specjalistką_stą powinna móc czuć się komfortowo, mieć możliwość swobodnego mówienia o swoich przeżyciach, odczuciach, potrzebach czy trudnościach. To po stronie specjalistki_sty leży w dużym stopniu powinność stworzenia Państwu do tego odpowiednich warunków – a do tego jest potrzebne także uwrażliwienie na kwestię języka, jakim specjaliści_stki komunikują się z transpłciowymi i niebinarnymi osobami pacjenckimi. Oznacza to, że macie Państwo prawo oczekiwać, że osoby wspierające Państwa profesjonalnie i towarzyszące Wam w tranzycji czy psychoterapii będą uwzględniać Państwa potrzeby i respektować Państwa zaimki i formy, w jakich zwracają się do Państwa. Państwa oczekiwania odnośnie do używanego w gabinecie języka powinny zostać dobrze przyjęte przez właściwie przygotowaną_nego specjalistkę_stę. Zwracanie się do Państwa z użyciem imienia używanego i właściwych zaimków jest absolutną podstawą. Jeśli stosujecie Państwo neozaimki (np. onu/jenu) czy mówicie o sobie z użyciem rodzaju neutralnego („poszłam, zrobiłam”), to dla specjalisty_stki nie powinno stanowić problemu uszanowanie Państwa decyzji w tej kwestii i zwracanie się do Państwa w ten sposób.

Mamy świadomość, że może Państwu być trudno odnaleźć siebie w ramach terminów i kategorii, które mają opisywać Państwa tożsamość płciową i związane z nią wydarzenia w Państwa życiu. Odkrywanie swojej tożsamości płciowej nie jest łatwą drogą i wiele osób mierzy się w trakcie tego procesu z obawami, wieloma pytaniami, poczuciem zagubienia, niepewnością dotyczącą tego, czy zamierzona ścieżka tranzycji ich nie przerośnie. Dlatego samo powiedzenie sobie „jestem osobą transpłciową”, „jestem osobą niebinarną” to już

bardzo duży krok. W związku z tym zasługujecie Państwo na to, aby ten proces nie wiązał się dla Państwa z dodatkowymi uciążliwościami, cierpieniem i przeżywaniem w gabinecie sytuacji, które możecie Państwo znać z codziennego życia. Gabinet specjalistki_sty pracującej_cego wsparciowo, diagnostycznie czy terapeutycznie z osobą trans powinien być ostatnim miejscem, w którym usłyszycie Państwo transfobiczne czy enbyfobiczne sformułowania.

Dzięki rozwojowi transpłciowej i niebinarnej społeczności w globalnej skali, większej widoczności i artykułowaniu jej potrzeb, uzyskujemy możliwość przekształcania języka w bardziej inkluzywną stronę. Pojęcia, jakie służą nam dziś do opisu tożsamości płciowej, w znacznej części wyszły od samej społeczności i w dalszym ciągu ewoluują. Także w polszczyźnie możemy zauważyć tę zmianę. Spotyka się ona niekiedy z bardzo dużym oporem i obroną języka przed takimi zmianami – „ale po co wymyślać coś nowego?”, „to kaleczy język”, „a ja będę mówić, jak mi się podoba”. Język jest żywym tworem i ewoluuje. Ewolucja ta ma odpowiadać na potrzeby konkretnych osób czy społeczności, czujących ludzi, zasługujących na to, by mogli mówić o sobie własnym językiem.

Możecie przy tym spotkać się Państwo z coraz większą liczbą *microlabels* – czyli kategorii tożsamościowych (pojęć opisujących różne tożsamości płciowe), mających możliwość dokładnie oddawać to, jak posługujące się nimi osoby rozumieją siebie w aspekcie tożsamości płciowej, orientacji seksualnej czy romantycznej. Być może akurat Państwo, którzy ten tekst czytacie, właśnie przy użyciu jednej z takich kategorii opisujecie swoją tożsamość. *Microlabels* (brak tutaj dobrego polskiego tłumaczenia, można niekiedy spotkać się z niezbyt dobrze brzmiącym wariantem „mikroetykiety”) nie należą do języka medycznego, ale jeśli dla konkretnej osoby są ważne w jej opisywaniu swojej tożsamości czy orientacji, to znaczy, że są potrzebne.

W rozdziale, który Państwo właśnie czytacie, staramy się operować językiem inkluzywnym, nad którym pracujemy także w Fundacji Trans-Fuzja. Chcemy jednak w tym miejscu Państwu przypomnieć, że nie musicie Państwo być na bieżąco z każdą zmianą w języku, choćby była ona pomyślana jako najbardziej inkluzywna wobec osób transpłciowych i niebinarnych. W sytuacji Państwa kontaktu ze specjalistami_stkami najważniejsze jest to, aby używany w tej komunikacji język odpowiadał Państwa potrzebom i był dla Państwa możliwie najlepszym narzędziem opisu Państwa tożsamości i przeżyć.

To specjaliści_stki są w gabinecie dla Państwa, a nie na odwrót. Możecie Państwo spodziewać się, że nie pozostawią Państwa w poczuciu niezrozumienia terminów, jakimi w kontakcie z Państwem się posługują. Specjaliści_stki powinni_nny używać zrozumiałego dla Państwa języka, tłumaczyć pojęcia medyczne i odpowiadać na Państwa pytania. Język jest w tej komunikacji ważny także dlatego, że stanowić może dla Państwa istotną informację o osobie, z którą rozmawiacie – i to m.in. poprzez używanie w komunikacji z Państwem przyjaznego, włączającego, zrozumiałego i odpowiadającego Państwu języka specjalistka_sty może zapracować sobie na Państwa zaufanie i gotowość do podzielenia się przez Państwa Waszą historią. Specjalistka_sty powinna_nien być osobą, która dzięki znajomości Państwa potrzeb, doświadczeń i rozumienia siebie będzie mogła Państwa wesprzeć, okazać zrozumienie i pomóc uzyskać wgląd w całościowy kształt Państwa sytuacji.

Omówienie części kwestii, jakie mogą pojawić się w Państwa kontakcie ze specjalistkami_stami, wymaga ustalenia już na początku wspólnego języka, takiego, który będzie dla Państwa komfortowy i zrozumiały. Słownictwo określające części ciała, dotyczące menstruacji czy sfery seksualnej może powodować odczuwanie dysforii płciowej lub/i ją nasilać. Język medyczny często może się wydawać suchy i nieprzyjazny. Stąd specjaliści_stki

powinni_nny pytać o to, z jakimi określeniami i sformułowaniami opisującymi części ciała, dotyczącymi menstruacji czy seksu czujecie się Państwo komfortowo, a jakie Państwa komfort zaburzają i powodują bądź nasilają odczuwanie dysforii płciowej. Same pytania powinny być zadane tak, żeby oszczędzić Państwu wrażeńa odpytywania. Warto przy tym, abyście Państwo pamiętali, że pytania te mają zapewnić Państwu komfort w dalszym kontakcie ze specjalistą_stką.

Pomimo tego mamy świadomość, że może być dla Państwa trudne formułowanie i udzielanie odpowiedzi na te pytania. Tabu społeczne sprawia, że opisywanie ludzkiego ciała kojarzy się albo z medycznymi terminami, albo słowami o wulgarnym zabarwieniu. W przypadku osób transpłciowych i niebinarnych problemem może też być dysforia płciowa towarzysząca mówieniu o własnym ciele. Dlatego pytania o język opisujący części ciała, menstruację czy praktyki seksualne powinny być zadawane z odpowiednim wyczuciem i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzi na nie potrzebne są specjaliście_stce w pracy z Państwem. Ważne jest tutaj wyczucie i warto, abyście pamiętali Państwo przy tym, że macie prawo mieć trudność w operowaniu słownictwem, które może dla Państwa wiązać się z odczuwaniem dysforii płciowej. Trudno tutaj o rozwiązanie idealne, pomocne natomiast może być to, abyście Państwo kierowali się własnymi potrzebami i preferencjami co do używanego języka. Słowa, których Państwo używacie do opisu siebie i swojego ciała nie powinny być dla specjalistki_sty zbyt dziwne, niepoważne czy nieistotne.

Niestety jest możliwe, że w kontakcie ze specjalistami_stkami spotkacie się Państwo z ich przywiązaniem do opartego na medycznej terminologii i w dodatku zdezaktualizowanego języka. Sposób, w jaki udzielający Państwu wsparcia specjaliści_stki komunikują się z Państwem, nie jest tylko dodatkiem do diagnozy. Idąc do specjalistki_sty, macie Państwo prawo do traktowania z szacunkiem i uznania Państwa tożsamości – nie zaś jej kwestionowania i oczekiwania, że będziecie Państwo swojej tożsamości dowodzić. Kontakt ze specjalistą_stką ma być dla Państwa pomocny w radzeniu sobie z trudnościami, stąd nie powinien być sytuacją powielania Państwa przykrych doświadczeń życiowych, w myśl zasady „po pierwsze nie szkodzić”. Absolutnie niedopuszczalne jest np. zwracanie się przez specjalistkę_stę do osoby transpłciowej czy niebinarnej z użyciem jej *deadname'u* i niewłaściwych zaimków, dopóki specjalista_stka nie uzna, że „naprawdę” jesteście Państwo osobą trans czy niebinarną. *Gatekeepingiem* jest też przeciąganie rozpoczęcia tranzycji do pełnoletniości, pomimo tego, że już we wcześniejszym wieku możliwe jest czasami rozpoczęcie niektórych działań związanych z korektą płci po przeprowadzeniu odpowiedniej oceny specjalistycznej. Wreszcie, formą *gatekeepingu* jest stwierdzanie, że zaczniemy zwracać się do osoby transpłciowej czy niebinarnej jej imieniem używanym i z zastosowaniem właściwych zaimków dopiero po prawnej zmianie danych. Praktyki takie są na szczęście coraz rzadsze i należy je traktować jako głęboko nieetyczne i krzywdzące.

Problemem często jest również nadmiernie zainteresowanie kwestiami, które nie są istotne w procesie oceny, w procesie terapeutycznym czy kontakcie wsparciowym. Orientacja seksualna i romantyczna nie są związane z tożsamością płciową i nic nie powie specjaliście_stce o Państwa tożsamości. Podobnie z samą tranzycją – pytania o to, jakie kroki chcecie Państwo podjąć w związku z tranzycją (czyli np. jakie procedury medyczne przejść), powinny padać wtedy, gdy są istotne dla kwestii, nad którą pracujecie Państwo ze specjalistką_stą. Specjalistka_stą zaś powinna_nien wyjaśnić Państwu, dlaczego takie pytania zadaje, jeśli nie jest to dla Państwa oczywiste. Osoby transpłciowe i niebinarne często słyszą w gabinecie pytania o życie seksualne, choć nie jest to wiedza potrzebna

specjaliście_stce w pracy z nimi. Niekiedy jednak pytania te mają swoje uzasadnienie – np. wówczas, gdy specjalistka_sta w procesie oceny psychoseksuologicznej potrzebuje dowiedzieć się więcej o tym, jak dysforia płciowa wpływa na Państwa życie. Natomiast Państwa odpowiedzi na te pytania w żadnym wypadku nie powinny stanowić podstawy do podważania Państwa tożsamości.

Reagowanie na niewłaściwe postępowanie specjalistki_sty i przekraczanie Państwa granic nie zawsze jest łatwe. Specjalistka_sta podejmuje decyzje, które mają bardzo duży wpływ na Państwa życie i nie powinna_nien tej władzy nadużywać. Wiele osób transpłciowych i niebinarnych nie decyduje się na zwrócenie specjaliście_stce uwagi na ewidentne błędy, nawet jeśli są dla nich krzywdzące – właśnie z obawy o to, że taka reakcja zostanie źle przyjęta i np. oddali w czasie otrzymanie opinii. Chcemy w tym miejscu Państwu przypomnieć, że po stronie specjalisty_stki leży obowiązek aktualizowania swojej wiedzy i etycznej pracy ze swoimi pacjentami_tkami. Sytuacją idealną byłaby oczywiście taka, w której kontakt ze specjalistą_stką byłby dla Państwa w pełni satysfakcjonujący, komfortowy i nieobarczony błędami po stronie specjalistki_sty.

Pamiętajcie Państwo o tym, że zakomunikowanie specjalistce_ście, że coś Państwu nie odpowiada (język, traktowanie Państwa, zadawane pytania przekraczające granice) nie powinno spotkać się z reakcją, która miałaby dla Państwa negatywne konsekwencje. Powinnością specjalisty_stki jest wówczas zmienić swój sposób pracy z Państwem, dostosować słownictwo i uwzględnić Państwa potrzeby i uwagi. Wiele osób transpłciowych i niebinarnych do specjalistów_stek podchodzi z dużą nieufnością – nie ma w tym nic zaskakującego, biorąc pod uwagę, jak często kontakt z nimi wiąże się z przykrymi czy wręcz traumatyzującymi doświadczeniami. Jeżeli w kontakcie ze specjalistą_stką czujecie Państwo, że coś jest dla Państwa nieakceptowalne czy krzywdzące, to jest to wyraźny sygnał, że nie powinno się to dziać – i warto, abyście Państwo kierowali się tym przy rozważaniu, jak układać relację ze specjalistką_stą, czy znaleźć inną osobę, która będzie lepiej odpowiadać na Państwa potrzeby.

Specjalistka_sta powinna_nien zapewnić Państwu pełne rozumienie tego, co dzieje się w gabinecie, tak abyście Państwo otrzymane informacje mogli wykorzystać do podejmowania decyzji związanych np. z procesem tranzycji. Jeśli rozpoczynacie Państwo swój proces tranzycji, psychoterapię czy konsultacje psychologiczne bądź seksuologiczne, to zrozumiałe jest, że możecie Państwo nie mieć pełnej wiedzy o kolejnych krokach – zwłaszcza biorąc pod uwagę, że przebieg procesu tranzycji w Polsce nie jest jednolity choćby ze względu na nawyki specjalistów (i często – trzymanie się nieaktualnego już stanu wiedzy), pomimo wejścia do użycia „Zaleceń Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczących opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych”. Nie macie Państwo obowiązku wchodzić do gabinetu jako chodzące kompendium wiedzy o transpłciowości czy niebinarności i to rolę specjalistki_sty jest zapewnić Państwu możliwość poszerzenia Państwa wiedzy w obszarach związanych z Państwa tożsamością i jej przeżywaniem.

Chcemy zwrócić Państwu uwagę, że język medyczny może mieć swoje miejsce w Państwa komunikacji ze specjalistami_stkami. Nawet jeśli jest bardzo odmienny od podmiotowego języka, jakim Państwo sami mówicie o sobie, to jego użycie jest w pewnych sytuacjach konieczne. Dotyczy to zwłaszcza diagnozy, po którą część z Państwa przychodzi do gabinetów – do tej pory powszechną praktyką była diagnostyka potwierdzająca transseksualizm. Wiązało się to z praktyką sądów rozpatrujących sprawy o ustalenie płci, które taką diagnozę traktowały jako podstawę do wydania wyroku uznającego prawne uzgodnienie płci. Wraz z wprowadzeniem do użytku klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-11 powinno się to zmienić. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 nie dokonuje

się diagnozy transseksualizmu, transwestytyzmu o typie podwójnej roli czy szerzej – zaburzeń tożsamości płciowej, lecz wyróżnia się niezgodność płciową u osób nastoletnich i dorosłych oraz niezgodność płciową u dzieci. To właśnie przykład ewolucji języka i tego, jak dokonujące się zmiany językowe wkraczają także do języka medycznego. Ewolucja języka dot. transpłciowości i niebinarności jest zawsze także wyrazem ewolucji samej wiedzy naukowej o transpłciowości i niebinarności i ich rozumienia – tak też dzieje się w przypadku wspomnianych zmian w klasyfikacji.

Nawet, jeśli w pewnych sytuacjach nie unikniemy posługiwania się językiem medycznym, to ważne jest, aby pochodzących z tego języka pojęć i sformułowań nie nadużywać. Rozmowa ze specjalistką_stą powinna być dla Państwa pomocna, zrozumiała, adekwatna i wspierająca, przybliżająca do osiągnięcia założonych przez Państwa celów psychoterapii czy do przeprowadzenia oceny. Język, jakim specjalistka_sta będzie się w takiej sytuacji posługiwać, powinien odpowiadać na Państwa potrzeby, bez nadużywania pojęć zawartych w klasyfikacjach chorób czy podręcznikach medycznych. Pojęcia te mają swoje miejsce i swoją funkcję w procesie tranzycji – pod kątem przygotowywania opinii dla sądu w sprawie o ustalenie płci, prowadzenia dokumentacji medycznej czy refundacji niektórych leków. Nie muszą natomiast padać co chwila w Państwa rozmowie ze specjalistami_stkami – tutaj bowiem najważniejsze jest, aby taka rozmowa była dla Państwa dobra, pomocna i nie stanowiła źródła dodatkowego dyskomfortu.

Słowniczek

Słowniczek, który Państwu przedstawiamy, zawiera aktualne terminy medyczne oraz pojęcia wprowadzone do języka przez samą transpłciową i niebinarną społeczność. Jest on propozycją języka, jakim możemy mówić o transpłciowości i niebinarności – języka upodmiotawiającego, niepatologizującego i dającego osobom trans i enby możliwość opowiedzenia o swoich doświadczeniach. W słowniczku starałyśmy się odzwierciedlić ten kierunek ewolucji języka. Naszej perspektywy nie traktujemy tutaj jako twardej wytycznej dla specjalistów_stek, natomiast także oni_one mogą właśnie takiego języka używać w komunikacji z Państwem. Chcemy przy tym zaznaczyć, że pojęcie nawet najbardziej przyjazne i inkluzywne na dany moment może nie być idealne i w toku dalszej ewolucji języka może ulegać dalszym przekształceniom albo w ogóle wyjść z użytku. W słowniczku wskazujemy także takie terminy, które obecnie uważane są za nieaktualne. Uwzględniamy też pojęcia, które stworzyła transpłciowa i niebinarna społeczność, natomiast nie są one uwzględniane w języku medycznym – pojęcia te dla samych osób trans i enby mogą być ważnym narzędziem opisu ich tożsamości i doświadczeń życiowych.

Androgynia – łączenie cech uznawanych stereotypowo za męskie i kobiece. Androgynię bardzo często odnosi się do wyglądu („androgyniczny wygląd”), a niekiedy także do cech osobowości, co wypływa z przypisywania określonych cech charakteru mężczyznom bądź kobietom. Tak rozumiana androgynia jest właściwie bardzo binarnym pojęciem. W dodatku o „androgynicznym wyglądzie” często mówi się w kontekście cech fizycznych danej osoby, pomijając przy tym jej ekspresję płciową. Takie skupianie się na cechach ciała dla wielu osób transpłciowych i niebinarnych może być krzywdzące, gdy otoczenie uznaje je za androgyniczne niezależnie od tego, czy tego chcą, czy nie.

Biologiczny aspekt płci, cechy płciowe – zestaw cech biologicznych określanych zwykle jako męskie bądź kobiece. Obejmuje wiele aspektów ludzkiej anatomii i fizjologii (zewnątrzne i wewnętrzne narządy płciowe, chromosomy, hormony płciowe, anatomię seksualną, budowę ciała, itd.). Dostrzeżenie złożoności biologicznego aspektu płci jest lepszym, bardziej adekwatnym podejściem niż mówienie o „płci biologicznej” definiowanej jedynie przez przyrządy genitaliów.

Coming out – zamierzone, dobrowolne poinformowanie przez osobę transpłciową innych osób o jej tożsamości płciowej. Coming out nie jest jednorazowym aktem, lecz procesem – wychodzimy z ukrycia wśród różnych kręgów towarzyskich, rodzinnych czy zawodowych. Zwykle osoby transpłciowe i niebinarne, decydując się na coming out przed konkretną osobą czy grupą osób, biorą pod uwagę możliwą reakcję i następstwa (pozytywne – otrzymanie akceptacji i wsparcia, i negatywne – odrzucenie, transfobiczne czy enbyfobiczne traktowanie). Ponieważ odkrywanie swojej tożsamości jest procesem, ta sama osoba może w określonym momencie swojego życia określić się i wyoutować np. jako trans mężczyzna, a w późniejszym okresie odkryć, że jest osobą niebinarną i dokonać niebinarnego coming outu.

Deadname – imię (dane) przypisane przy urodzeniu. Zwracanie się do osoby transpłciowej z użyciem jej deadname'u jest wyrazem braku szacunku i akceptacji oraz przyczynia się do odczuwania → dysfornii płciowej.

Deadnaming – zwracanie się do osoby transpłciowej danymi zapisanymi w dokumentach po urodzeniu, nieodpowiadającymi jej tożsamości i innymi od imienia przez daną osobę używanego.

Dysforia płciowa – cierpienie i dyskomfort, które wypływają z odczuwania swojego ciała i funkcjonowania społecznego jako niezgodnego z tożsamością płciową danej osoby. Dysfornię płciową można odczuwać na płaszczyźnie cielesnej i społecznej. Jest to także formalna kategoria diagnostyczna w klasyfikacji DSM-5.

Ekspresja płciowa – sposób, w jaki osoba wyraża swoją tożsamość płciową na zewnątrz (poprzez wygląd, strój, sposób poruszania się, modulowanie głosu, gesty itd.).

Euforia płciowa – poczucie zadowolenia i komfortu związane z akceptacją siebie, wynikające z → ekspresji płciowej zgodnej z tym, jak dana osoba chce się prezentować, z uznania jej tożsamości i pozytywnych reakcji ze strony otoczenia.

Gatekeeping – podejście specjalistów_stek uczestniczących w procesie rozpoznania i oceny sytuacji osoby transpłciowej lub niebinarnej w ramach medycznej korekty płci, oparte na stosowaniu niewłaściwych, nieaktualnych i zbyt sztywnych kryteriów diagnostycznych, nieodpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy. Istotą gatekeepingu jest uznanie, że aby móc stwierdzić, że osoba faktycznie jest transpłciowa, musi ona odczuwać silną dysfornię płciową (np. mówić o doświadczaniu swojego ciała w kategoriach nienawiści), dążyć do funkcjonowania społecznego zgodnego ze społecznymi oczekiwaniami i stereotypowym wyobrażeniem kobiecości i męskości. Gatekeeping dotyczyć może także oczekiwań specjalistów_stek, że osoba transpłciowa czy niebi-

narna dostosuje swoje ciało do norm ciała kobiecego czy męskiego (co nie zawsze musi odpowiadać potrzebom konkretnej osoby). Gatekeeping przejawia się w odmawianiu osobom transpłciowym uznania ich transpłciowości i uniemożliwianiu rozpoczęcia medycznej korekty płci, bądź prowadzeniu procesu diagnostycznego w sposób nadmiernie długi i uciążliwy. Postacią gatekeepingu jest też kwestionowanie istnienia osób niebinarnych i tym samym uznanie, że osoby tak określające swoją tożsamość nie powinny mieć dostępu do medycznej korekty płci.

Imię używane – imię, którego używa osoba transpłciowa bądź niebinarna, nie musi być zgodne z danymi, które figurują w jej dokumentach. Zwane też czasem imieniem z wyboru, ponieważ w przeciwieństwie do imienia nadanego przy urodzeniu, mamy wpływ na decyzję o tym, jakie ma to być imię.

Mikroagresje – pospolite gesty, zdania, z pozoru nieznaczące komentarze, które osoby należące do grup wykluczanych (np. osoby transpłciowe) z reguły są w stanie zidentyfikować jako niosące silny ładunek motywowanej transfobią nienawiści, wrogości czy pogardy. Dla większościowego społeczeństwa charakter mikroagresji może być nieczytelny, mogą być one widziane jako niewinne żarty, a reakcje osób należących do grup wykluczanych mogą być postrzegane jako nieadekwatne do sytuacji.

Misgendering – zwracanie się do osoby transpłciowej z użyciem form językowych niepasujących do jej tożsamości płciowej i do tego, co osoba komunikuje o swoich zaimkach i imieniu. Często jest to działanie celowe i świadome, mające wyrządzić krzywdę i pokazać brak szacunku oraz uznania czyjejs tożsamości.

Orientacja seksualna, orientacja romantyczna – określają, w stronę kogo kierujemy nasze zainteresowania seksualne i/lub romantyczne, które nie muszą być ze sobą zbieżne. Wśród orientacji seksualnych możemy wymienić homoseksualność, biseksualność, panseksualność, aseksualność i heteroseksualność, wśród orientacji romantycznych możemy wskazać homoromantyczność, biromantyczność, panromantyczność, aromantyczność i heteroromantyczność. Mówimy też o enbianskości w odniesieniu do osób niebinarnych, dla których pociągające seksualnie i/lub romantycznie są inne osoby niebinarne. Kobiety i osoby kobiece, które swoje zainteresowanie kierują w stronę kobiet i osób kobiecych to osoby safickie (safickość), a mężczyźni i osoby męskie, które pociągają inni mężczyźni i osoby męskie to osoby achillejskie (achillejskość).

Wyróżnianie orientacji seksualnej i romantycznej jest zasadne, ponieważ w doświadczeniu konkretnej osoby niekoniecznie muszą one sobie w prosty sposób „odpowiadać” (można być np. osobą aseksualną i homoromantyczną). Orientację danej osoby określamy w odniesieniu do jej tożsamości płciowej i tożsamości płciowych osób, w stronę których odczuwa pociąg seksualny i/lub romantyczny – nie określamy czyjejs orientacji w odniesieniu do płci przypisanej przy urodzeniu. Swoją orientację (zarówno seksualną, jak i romantyczną) możemy określać przez pryzmat pociągu (seksualnego czy romantycznego), naszych doświadczeń w relacjach z innymi osobami i wreszcie tego, co w naszej biografii seksualnej i relacyjnej traktujemy jako ważne doświadczenia – jest to więc kwestia indywidualna i ważne jest przy tym budowanie w sobie samoakceptacji.

Orientację seksualną definiuje się niekiedy przez pryzmat biologiczny, a w odniesieniu do samookreślenia swojej orientacji mówi się wówczas o tożsamości seksualnej (nie mamy tu na myśli tożsamości płciowej!). W niniejszym słowniczku pojęcie orientacji traktujemy jako szeroko obejmujące różne wymiary orientacji, od reakcji na bodźce seksualne po nasze rozumienie siebie i definiowanie swojej orientacji.

Słowa takie jak „gej” czy „lesbijka” mogą określać zarówno osobę homoromantyczną, jak i homoseksualną, a określenie „osoba bi” może odnosić się i do osób biromantycznych, i biseksualnych. Biseksualność i biromantyczność rozumiemy dzisiaj jako zainteresowanie osobami więcej niż jednej płci (dawniejsze rozumienie zakładało odczuwanie pociągu w stosunku zarówno do mężczyzn, jak i kobiet) – to zmiana znaczeniowa akcentować ma, że istnieją więcej niż dwie płcie i nasze zainteresowanie możemy kierować także w stosunku do osób, które nie czują się ani kobietami, ani mężczyznami.

Osoby cispłciowe (osoby cis) – osoby, których płeć przypisana przy urodzeniu zgadza się z ich tożsamością płciową.

Osoby interpłciowe (osoby inter) – osoby o zróżnicowanym rozwoju cech płciowych, które odbiegają od stereotypowo rozumianych cech kobiecych lub męskich. Interpłciowość dotyczy ciała (jego budowy i funkcjonowania), ale dla wielu osób interpłciowych ich interpłciowość jest ważna w aspekcie rozumienia swojej tożsamości.

Osoby ksenopłciowe (osoby xenopłciowe, osoby kseno) – osoby, które swoją tożsamość płciową opisują przy użyciu innych kategorii niż powszechnie przyjmowane, np. kobiecość, męskość, androgynia czy neutralność płciowa. Osoby ksenopłciowe swoją tożsamość mogą opisywać poprzez pojęcia określające zwierzęta, rośliny, przedmioty czy zjawiska przyrody. Nie oznacza to – wbrew powszechnemu przeinaczeniu ksenopłciowości – że osoby kseno czują się kotami czy drzewami, lecz że pojęcia te służą osobie kseno do zobrazowania tego, jak odczuwa swoją płeć. Ksenopłciowość często włącza się pod parasol niebinarności. Osoby kseno spotykają się z dużym niezrozumieniem, często wyśmianiem ich tożsamości i uznaniem jej za żart. Tymczasem ich opis własnej tożsamości płciowej i jej przeżywanie nie są gorsze ani mniej uprawnione niż inne sposoby doświadczania i opisywania własnej płci.

Osoby z macicami – pojęcie, które pojawiło się w języku polskim wraz z protestami przeciwko zaostrzeniu prawa antyaborcyjnego. Inicjatywa wprowadzenia takiego sformułowania do użytku wyszła od samych osób trans, które chciały w ten sposób podkreślić fakt, że nie tylko kobiety (w domyśle: cis kobiety) mogą potrzebować aborcji. Pojęcie to nie zostało powszechnie zaakceptowane, za to spotkało się z bardzo agresywnym przyjęciem ze strony części aktywistek określanych jako TERFs (*trans-exclusionary radical feminists*, dosł. radykalne feministki wykluczające osoby trans) – transfobek starających się uzasadnić wykluczenie osób trans bądź wręcz negowanie ich istnienia walką o prawa kobiet (w domyśle: cis kobiet) i feministycznymi poglądami. Sformułowaniami o podobnym zakresie znaczeniowym mogą być, zależnie od kontekstu, np. „osoby menstruujące” czy „osoby potrzebujące aborcji”. Frazy te kładą akcent na konkretną kwestię i obejmować mogą osoby o różnych tożsamościach płciowych.

Osoby niebinarne (osoby enby) – osoby, których tożsamość płciowa wychodzi poza samą kobiecość bądź samą męskość. Wśród osób niebinarnych są osoby, które utożsamiają się z dwiema płciami (bigender), osoby, które nie utożsamiają się z żadną płcią (agender), osoby, które identyfikują się ze wszystkimi płciami (pangender), osoby, których poczucie płci ewoluuje na przestrzeni czasu (genderfluid), osoby, które definiują swoją tożsamość płciową w różny sposób, wykraczający poza dwie binarne płcie (genderqueer), i osoby transkobiece oraz transmęskie (osoby, które w swoim rozumieniu i postrzeganiu siebie akcentują kobiecość bądź męskość, ale nie identyfikują się z nimi w pełni).

Osoby transpłciowe (osoby trans) – osoby, którym przy urodzeniu oznaczono płeć inną niż ich płeć odczuwana. Mamy tu na myśli transpłciowe kobiety, transpłciowych mężczyzn i osoby niebinarne (transpłciowość traktujemy jako pojęcie parasolowe, w którym zawiera się także niebinarność). Wedle rozumienia transpłciowości jako terminu parasolowego, osoby niebinarne są osobami transpłciowymi (bo ich tożsamość płciowa jest inna niż płeć przypisana przy urodzeniu), jednak wiele osób niebinarnych nie określa się jako osoby transpłciowe. W naszym rozdziale często piszemy o „osobach transpłciowych i niebinarnych” z myślą o zapewnieniu widoczności osobom enby, chociaż przyjmujemy, że szerokie parasolowe rozumienie transpłciowości obejmuje także niebinarność.

Outing – informowanie o czyjejs transpłciowości i tożsamości płciowej bez zgody tej osoby, z intencją zaszkodzenia jej, bądź wynikające z nieświadomości możliwych negatywnych konsekwencji. Outing pozbawia osobę transpłciową możliwości decydowania o tym, kto wie o jej transpłciowości, i nie ma nic wspólnego z dobrowolnym → coming outem.

Passing – zapewnienie sobie postrzegania i traktowania przez otoczenie zgodnie z tożsamością płciową danej osoby, uzyskane poprzez ekspresję płciową, wygląd i mowę ciała. Często opiera się na surowych normach płciowych, które są trudne do przestrzegania nawet dla osób cis. Wiele osób trans i enby stara się osiągnąć passing, z jakim będą same czuć się komfortowo, ale istotne są też względy bezpieczeństwa. Inne osoby z kolei, kształtując swoją ekspresję płciową, nie stawiają sobie za cel osiągnięcia passingu. Nowszym pojęciem jest *blending*, słowo, które w Polsce obecnie nie jest jeszcze powszechnie w użytku.

Płeć – złożone zjawisko, na które składa się wiele aspektów: biologiczne, społeczne, prawne, psychologiczne, kulturowe. Mówienie o aspektach płci jest trafniejsze niż używanie sformułowań „płeć biologiczna”, „płeć psychiczna” – w jednostkowym doświadczeniu są to różne aspekty życia i doświadczenia tej samej osoby, a nie oddzielne rzeczywistości.

Role płciowe – oczekiwania i stereotypy przypisywane tradycyjnie uznawanym dwóm płciom (kobietom i mężczyznom), odnoszące się do ról społecznych, kariery zawodowej, hobby itp.

Tożsamość płciowa (płeć odczuwana) – poczucie płci danej osoby. Mówimy tutaj o głęboko zakorzenionym rozumieniu i postrzeganiu siebie, nie zaś o subiektywnym, negocjowanym odczuciu.

Transition goal (dosł. założone efekty, cele tranzycji) – anglicyzm, który odnosi się nie tylko do przewidywanych i oczekiwanych efektów medycznych interwencji afirmujących płeć, ale także do tego, jak osoba transpłciowa myśli o całym swoim funkcjonowaniu na co dzień po przejściu medycznej korekty płci. W takim sensie *transition goal* to pojęcie będące częścią kultury transpłciowej i niebinarnej społeczności, nie zaś termin medyczny. Często punktem odniesienia dla określenia swoich *transition goals* są znane osoby trans i enby, ale mogą być to także osoby cis, których ekspresja płciowa odpowiada tej, z jaką osoba trans czuje się dobrze.

Transpłciowa kobieta (trans kobieta) – kobieta, której przy urodzeniu przypisano płeć męską.

Transpłciowy mężczyzna (trans mężczyzna) – mężczyzna, któremu przy urodzeniu przypisano płeć żeńską.

Stosujemy rozdzielną pisownię „trans kobieta” i „trans mężczyzna”, by podkreślić, że transpłciowość to tylko jedna z cech, jaka może wyróżniać konkretną osobę. Stosowanie pisowni łącznej („transkobieta”, „transmężczyzna”) bardzo mocno definiuje osoby trans przez pryzmat samej ich transpłciowości. Często też osoby trans traktuje się jako oddzielny „gatunek” człowieka i mówiąc o kobietach, ma się na myśli *de facto* cis kobiety, a mówiąc o mężczyznach – wyłącznie cis mężczyzn. Tymczasem, kiedy mówimy o kobietach (bez przedrostka cis- albo trans-), to możemy mieć na myśli i kobiety transpłciowe, i cisplciowe, a gdy mówimy o mężczyznach, możemy mieć na myśli zarówno mężczyzn trans, jak i cis.

Tranzycja (korekta płci) – wieloaspektowy proces, przez który osoba transpłciowa przechodzi celem dostosowania własnego wyglądu, funkcjonowania w społeczeństwie oraz statusu prawnego do swojej tożsamości płciowej. Wyróżnić możemy trzy aspekty tranzycji:

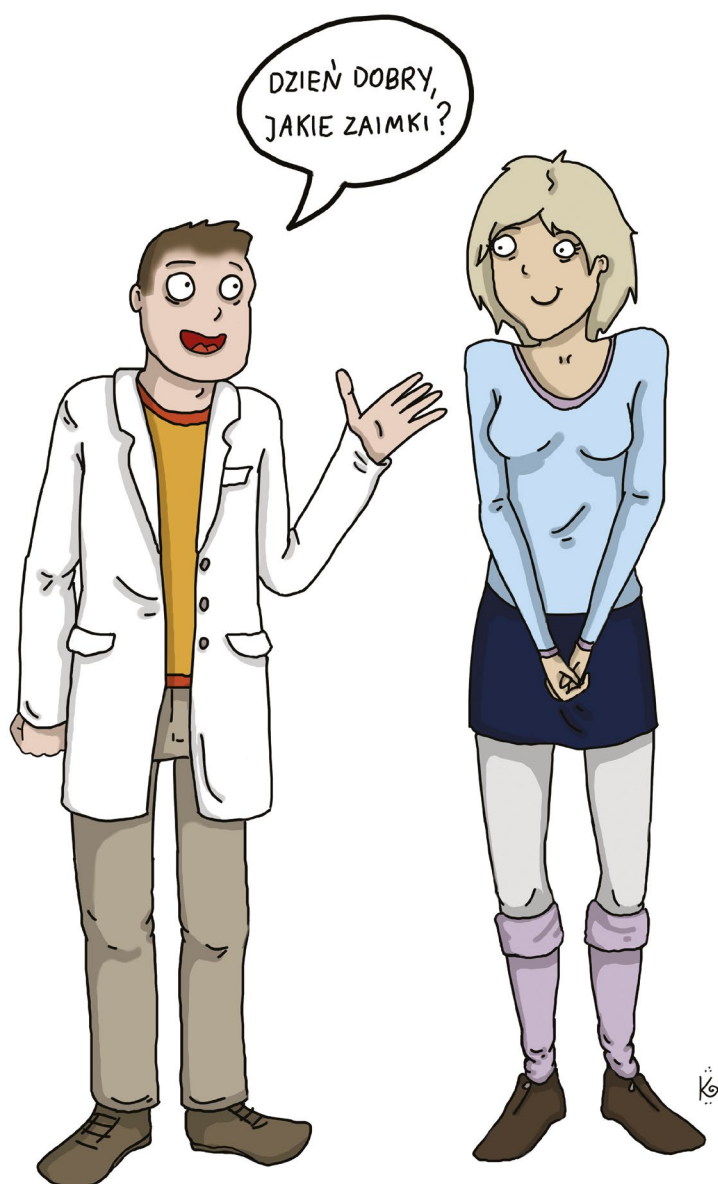
- tranzycja społeczna – funkcjonowanie w społeczeństwie w zgodzie ze swoją tożsamością płciową (wśród rodziny, w miejscu pracy, w szkołach i na uczelniach, wśród znajomych i przyjaciół oraz w innych kręgach społecznych, do których dana osoba należy),
- tranzycja medyczna, medyczna korekta płci – ocena (diagnostyka), procedury medyczne (hormonalna terapia zastępcza, zwana hormonalnymi interwencjami afirmującymi płeć, zabiegi kosmetyczne, zabiegi chirurgiczne, operacje narządów płciowych),
- uzgodnienie płci prawnej – zmiana oznaczenia płci w dokumentach tożsamości i akcie urodzenia, wymiana innych dokumentów. W polskich sądach przyjęło się mówić o sprawach o ustalenie płci.

Niewłaściwym sformułowaniem jest „zmiana płci” – osoba trans w procesie tranzycji nie zmienia swojej płci, lecz uzgadnia swoje funkcjonowanie społeczne, ekspresję płciową czy ciało ze swoją tożsamością płciową.

Valid (ang. poprawny, prawidłowy, zasadny) – angielskie słowo, które funkcjonuje także nietłumaczone w polszczyźnie, zwykle we frazie: „czuć się *valid*”. Służy osobom trans do wyrażenia poczucia, że ich tożsamość płciowa i jej przeżywanie są pełnoprawnymi

postaciami ludzkiej płciowości i powinny jako takie być traktowane przez otoczenie i społeczeństwo. Poczucie bycia *valid* jest dla osób trans bardzo ważne – wyraża ono samoakceptację, a także świadomość, że tożsamość płciowa danej osoby powinna być akceptowana także przez innych ludzi i w związku ze swoją tożsamością płciową osoba nie powinna być gorzej postrzegana i traktowana. „Czucie się *valid*” jest zatem własnym, przyjętym w społeczności określeniem na samoakceptację.

Zaimki, rodzaj gramatyczny – osoby transpłciowe używają zaimków i innych upłciwionych form językowych (części mowy, które odmieniają się przez rodzaj gramatyczny) w zgodzie ze swoją tożsamością płciową. Osoby transpłciowe mogą używać zaimków żeńskich, męskich oraz neutralnych płciowo. Część osób niebinarnych stosuje różne zaimki naprzemiennie bądź używa tzw. neozaimków – powstałych z myślą o osobach, które nie czują się sobą, używając zaimków męskich bądź żeńskich (np. onu/jenu).



Pacjent transpłciowy i niebinarny w gabinecie specjalisty. Jak powinna, a jak nie powinna wyglądać wizyta?

Miłosz Dziedziak

Wspierająca i oparta na zaufaniu relacja między pacjentem a specjalistą uznawana jest za najważniejszy element wpływający na przebieg postępowania diagnostyczno-leczniczego. Specjalista powinien pamiętać, że to głównie w jego gestii leży stworzenie w gabinecie atmosfery pełnej zrozumienia, akceptacji i troski. Rozmowa może być dla Państwa doświadczeniem traumatycznym lub dawać Państwu poczucie bycia osobą szanowaną i wartościową. Ważne jest, abyście Państwo od pierwszego kontaktu ze specjalistą czuli, że zostanieie przez niego „zaopiekowani”, tj. że mają Państwo prawo doświadczać siebie na swój własny sposób, co nie zostanie przez niego z góry ocenione i zanegowane.

Specjalista, który po raz pierwszy rozmawia z pacjentem powinien unikać robienia jakichkolwiek założeń na podstawie widocznych cech płciowych. Powinien zdawać sobie sprawę z tego, że płeć determinuje znacznie więcej czynników niż tylko wygląd, chromosomy czy narządy płciowe. Samo zwracanie się do pacjenta w sposób przez niego preferowany jest wyrazem szacunku dla jego przeżyć, a nie jest formą „popychania” pacjenta w kierunku nieodwracalnych zmian w jego życiu.

Specjalista, który uważa, że z jakichś powodów (np. prawnych) nie wolno mu się do Państwa zwracać inaczej, niż wynika to z dokumentu tożsamości, jest w błędzie. Jeśli nie ma pewności, jak się do Państwa zwracać, powinien po prostu zapytać, jakiego imienia i form rodzajowych Państwo używacie.

Głównym celem relacji pacjent – specjalista powinna być maksymalizacja korzyści terapeutycznych i zredukowanie do minimum niepowodzenia interwencji. Specjalista powinien traktować pacjenta jak eksperta w zakresie własnych doświadczeń. Nie wolno mu kwestionować tożsamości płciowej pacjenta ani bagatelizować odczuwanej przez niego dysforii płciowej.

Specjaliście nie wolno traktować pacjenta protekcyjnie. Nigdy od specjalisty nie powinniście Państwo usłyszeć, że tylko on jest zdolny określić „normalną” (normatywną) tożsamość płciową. Nie wolno mu wymagać od Państwa dowodów potwierdzających Państwa tożsamość płciową ani odczuwanej przez Państwa dysforii płciowej.

Ważne jest, żeby specjalista, do którego się Państwo zwróciacie, potrafił aktywnie słuchać, zwłaszcza gdy jego wiedza na temat osób transpłciowych lub niebinarnych jest szczątkowa. Nie powinien zakładać, że wie od Państwa lepiej, czego Państwo potrzebujecie. Zdanie specjalisty powinno opierać się na najnowszej wiedzy naukowej, obowiązujących standardach postępowania¹ i zaleceniach². Jeśli specjalista popełni błąd i uprzejmie zwróciście mu Państwo uwagę, powinien po prostu przeprosić i szczerze powiedzieć o swoim braku wiedzy lub niezrozumieniu tematu. Nie powinniście Państwo czuć się nadmiernie obciążeni brakiem wiedzy lub doświadczenia specjalisty. W relacji ze specjalistą nie powinniście wchodzić w rolę edukatora, który cierpliwie przekazuje wiedzę, to specjalista zobowiązany jest do świadczenia Państwu fachowej pomocy. Niekompetentny specjalista powinien przekierować Państwa do osoby posiadającej lepsze kwalifikacje.

Specjalista powinien w kontakcie z Państwem unikać uogólnień i zdawać sobie sprawę z tego, że każdy człowiek jest inny, a świat niewyobrażalnie złożony. Nie powinien przedstawiać informacji w kategoriach: „wszystko albo nic” ani wymagać od Państwa, abyście w kwestii przeżywania tożsamości płciowej opowiedzieli się po którejś z binarnych stron, czyli zdecydowali o byciu kobietą lub mężczyzną. Specjalista powinien starać się zrozumieć i pomóc nazwać Państwa przeżycia, nawet jeśli Państwa tożsamość płciowa wyma-

ga złożonego opisu. Specjalista powinien za Państwem podążać, np. zapewniać Państwu przestrzeń na eksplorowanie własnej tożsamości płciowej i podjęcie świadomej decyzji w kwestii wdrożenia interwencji afirmujących płęć.

Specjalista, z troską o Państwa zdrowie, powinien szczerze i umiejętnie dzielić się z Państwem swoimi odczuciami, obserwacjami i wątpliwościami. Powinien komunikować się z Państwem w sposób rzeczowy, bez oceniania, żartów, czy wyolbrzymiających przymiotników. Powinien zachęcać Państwa do zadawania pytań, jeśli będziecie mieć Państwo jakiegokolwiek wątpliwości i w razie pytań cierpliwie wyjaśnić zagadnienie tak, aby mogli Państwo rozeznąć się w danym temacie. Taki sposób komunikowania sprzyja układowi partnerskiemu i wspólnemu realizowaniu ustalonego celu, ale może być też źródłem pewnego poziomu dyskomfortu, zwłaszcza, gdy istnieją uzasadnione przesłanki do odroczenia wdrożenia medycznych interwencji afirmujących płęć (MIAP).

Specjalista powinien zachowywać się profesjonalnie i etycznie, zapewniając najwyższe standardy swoich usług. Nie powinien okazywać zdziwienia ani traktować pacjenta z nadmierną ciekawością, jakby był atrakcją turystyczną lub osobliwością. Specjalista powinien respektować granice psychologiczne i fizyczne swojego pacjenta. Dbać o rozwój swoich umiejętności interpersonalnych, np. zdolności komunikacji, aktywnego słuchania, współpracy, sprzyjających budowaniu przymierza z pacjentem. Powinien wystrzegać się wszelkich zachowań nadmiernie ingerujących w życie intymne pacjenta, np. przeprowadzenia badań: psychiatrycznego, seksuologicznego, psychologicznego lub fizykalnego w zakresie wykraczającym poza ich merytoryczne uzasadnienie. Specjalista powinien zawsze udzielić pacjentowi stosownych wyjaśnień co do podejmowanego przez niego działania.

Specjalista w kontakcie z Państwem powinien powstrzymać się od niestosownych uwag. Niedopuszczalne jest, aby np. obwiniał kogokolwiek (np. osoby LGBT+) za Państwa położenie, lub aby podkreślał, że są Państwo w mniejszości, inni, dziwni czy nienormalni.

Nie wolno mu sugerować, że może się Państwu „odmienić” ani twierdzić, że na pewno w przyszłości będziecie Państwo cierpieć, jeśli zdecydujecie się Państwo na wdrożenie interwencji afirmujących płęć. Nie wolno mu oznajmiać, że nie będziecie Państwo mieli szans na „normalną” relację i „normalny” seks. Specjalista powinien z Państwem omówić bardziej lub mniej prawdopodobne, pesymistyczne i optymistyczne scenariusze Państwa przyszłości.

Specjalista powinien ułatwiać pacjentom dostęp do fachowej opieki, zamiast zbędnego wydłużania procesu diagnostyczno-leczniczego. Nie powinien mnożyć interwencji (w tym zlecać badań), o ile ich zasadność nie wynika z adekwatnej oceny klinicznej. Nie powinien zapominać, że jego wątpliwości nie muszą mieć odzwierciedlenia w rzeczywistości. Specjalista, w razie niejasności co do dalszego postępowania z pacjentem, powinien skorzystać z konsultacji z kimś bardziej doświadczonym w danym temacie. Specjalista-psychoterapeuta, ze względu na specyfikę swojej pracy, zobowiązany jest do regularnej superwizji w celu zminimalizowania ryzyka popełnienia błędu lub nadużycia. To co jest dla specjalisty niewyobrażalne, niekoniecznie jest w jakiś sposób szkodliwe i niemożliwe do osiągnięcia dla jego pacjenta.

Polecana dodatkowa lektura

- Janssen A, Leibowitz SF. Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth. Springer International Publishing 2018.
- Transgender Europe. Guidelines to human rights-based trans-specific healthcare 2019.
- American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol. 2015 Dec;70 (9):832-64.

Piśmiennictwo

- ¹ WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. <https://www.wpath.org/publications/soc> [dostęp 4 lutego 2022].
- ² Grabski B i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. Psych Pol 2021;55 (3):701–708.

Dysforia i niezgodność płciowa u dorosłych. Zasady i standardy postępowania

Bartosz Grabski

Specjaliści pomagający osobom transpłciowym i niebinarnym doświadczającym dysfornii czy niezgodności płciowej, do których zwracacie się Państwo o pomoc, zobligowani są do świadczenia usług na najwyższym możliwym poziomie. Oznacza to opieranie się na najnowszej dostępnej wiedzy naukowej, obowiązujących standardach postępowania¹ i zaleceniach² oraz własnym doświadczeniu klinicznym w celu maksymalizacji korzyści klinicznych (redukcji lub eliminacji dysfornii płciowej, poprawy jakości życia) i zminimalizowania potencjalnego ryzyka (żału, działań ubocznych i powikłań stosowanego leczenia).

Rozpoznanie dysfornii płciowej oparte jest zasadniczo na relacji osoby jej doświadczającej i w tym sensie jest autodiagnozą. Dysfornia płciowa przypomina ból, w takim znaczeniu, że stanowi subiektywne doświadczenie osoby. Opiekujący się Państwem specjalista nie powinien więc kwestionować Państwa doświadczenia ani oczekiwać, że udowodnicie Państwo jego istnienie. Nie powinien też oczekiwać zaprezentowania przez Państwa dowodów na odczuwaną przez Państwa tożsamość płciową.

Specjalista nie powinien kwestionować doświadczanej przez pacjenta tożsamości płciowej ani odczuwanej przez niego dysfornii płciowej. Nie powinien także wymagać, aby zgłaszająca się po pomoc osoba miała udowodnić swoją tożsamość i odczuwaną dysfornię płciową.

Rola i zadania specjalisty, do którego zgłaszacie się Państwo po pomoc, zależne są od jego/jej specjalizacji oraz od sytuacji, w której się Państwo znajdujecie i od Państwa oczekiwań. Wynika ona także ze wspomnianych zaleceń i standardów oraz rozpoznania sytuacji przez specjalistę. Zgłaszając się po pomoc w związku z doświadczaną dysfornią płciową i pragnieniem przejścia tranzycji medycznej, powinniście Państwo oczekiwać następujących działań specjalisty, jeśli ten/ta postępować będą wg Zaleceń Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego²:

- Zapoznania się z Państwa tożsamością płciową i drogą, która prowadziła do jej wyłonienia się (zebranie wywiadu, czyli rozmowa i, choć nie zawsze, napisanie przez Państwa biografii obejmującej rozwój tożsamości płciowej i dysfornii/niezgodności płciowej).
- Oceny doświadczanej przez Państwa dysfornii płciowej, tj. od kiedy występuje i jak przebiega w czasie (czy jest tylko okresowa, czy raczej uporczywa), co ją nasila, jak sobie z nią Państwo radzicie (wywiad i biografia, jak wyżej).
- Oceny, czy spełnione są formalne medyczne kryteria diagnostyczne, tj. rozpoznanie z obszaru klasy „F64” (najczęściej F64.0, F64.8, F64.9) wg wciąż obowiązującej w Polsce klasyfikacji międzynarodowej WHO: ICD-10, a już wkrótce (najpewniej od początku 2022 roku) rozpoznania „Niezgodności płciowej” wg nowej wersji tej klasyfikacji: ICD-11. Pamiętajcie Państwo, że w myśl Zaleceń Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, jak i Międzynarodowych Standardów Opieki WPATH, interwencja medyczna może być wdrożona u każdej osoby doświadczającej uporczywej dysfornii płciowej (kategorie diagnostyczne F64.0, F64.8, F64.9 wg ICD-10, już niedługo „Niezgodność płciowa” wg ICD-11), a nie tylko u osób z rozpoznaniem F64.0, tj. „Transseksualizmu” i spełniających dodatkowe warunki opisane poniżej.
- Wykluczenia rzadkich, ale możliwych sytuacji, w których doświadczana tożsamość (i dysfornia) jest pochodną choroby psychicznej (najczęściej psychoz z kręgu schizofrenii).
- Ustalenia, czy istniejące okoliczności i warunki, w których Państwo się znajdujecie, umożliwiają adekwatną ocenę i przygotowanie Państwa do procesu tranzycji oraz do podjęcia przez Państwa w pełni świadomej decyzji i zgody na oczekiwane interwencje medyczne. Na te okoliczności i warunki składają się:

- Względna stabilność i wyrównanie Państwa stanu psychicznego, które oznaczają, że nie znajdujecie się Państwo w takim stanie emocjonalnym, który mógłby wyłączać lub ograniczać Państwa spokojną, rzeczową i adekwatną ocenę planowanych przez Państwa działań lub Państwa własnej osoby. Przykładami takich stanów mogą być ostre psychozy (obecność takich objawów jak, dla przykładu, chorobowo zmienione przekonania na temat własnej osoby i świata, np. przekonanie o nadprzyrodzonych, wręcz boskich właściwościach lub o byciu owładniętym przez nadludzką siłę; słyszenie głosów), ostra mania (podwyższenia nastroju i zmiany postrzegania otoczenia i siebie, charakteryzującej się nieadekwatnie zawyżoną samooceną, niedocenianiem trudności i przecenianiem własnych możliwości), poważne zaburzenia poznawcze (zaburzenia rozumienia pojęć czy istoty podejmowanych działań, związane z wyraźną niepełnosprawnością umysłową albo chorobą o charakterze otępienia) lub poważne zaburzenia osobowości (szczególnie obejmujące takie trudności osobiste, które związane są z niestabilnością podstawowego obrazu siebie, np. właśnie doświadczanej tożsamości płciowej, własnych celów i działań, i poważnymi zaburzeniami funkcjonowania, w tym nieradzeniem sobie z podstawowymi wyzwaniami życia codziennego). Powyższe okoliczności będą wymagały wdrożenia celowanego leczenia i prowadzący Państwa specjalista powinien pokierować Państwa do odpowiednich instytucji i innych specjalistów. Należy pamiętać jednak, że obecność choroby psychicznej, nawet poważnej, np. schizofrenii, jeśli choroba jest w stanie stabilizacji lub ustąpienia objawów (remisji), nie musi bezwzględnie wykluczać włączania medycznych działań afirmujących płęć. W niektórych przypadkach działania te mogą być prowadzone równolegle z leczeniem problemów wymienionych powyżej. Jednak każda sytuacja wymaga indywidualnej oceny. Specjaliści powinni otwarcie wytłumaczyć Państwu przesłanki swoich decyzji, aby cała sytuacja i proces były dla Państwa zrozumiałe.
- Adekwatna wiedza posiadana przez Państwa na temat całokształtu planowanego procesu tranzykcji. Wiedzę tę powinien przekazać Państwu opiekujący się Państwem lub prowadzący dany aspekt tranzykcji specjalista, najlepiej po uwzględnieniu posiadanych już przez Państwa informacji, z możliwością zadawania przez Państwa pytań i dyskusji (psychoedukacja). Dodatkowo pomocne mogą być materiały edukacyjne, np. takie jak publikacja, którą trzymacie Państwo w dłoniach (biblioterapia). Zestawienie wybranych tematów psychoedukacyjnych, o których wspominają Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, zamieszczono w tabeli na końcu rozdziału, inne omówiono w pozostałych rozdziałach tej książki.
- Skierowania do innego specjalisty celem uzyskania dodatkowej opinii, co wynika z Zaleceń Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, które wskazują, że ocena powinna być prowadzona przez dwóch specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym (lekarza i psychologa, najlepiej, jeśli istnieje taka możliwość, z dodatkowym wykształceniem seksuologicznym). Ocena ta może być, w zależności od okoliczności i celów bardziej obszerna lub ograniczona do minimum, np. gdy dotyczy dobrze funkcjonujących osób, mających jasność co do własnej tożsamości i kierunku i celów tranzykcji, w dobrym stanie psychicznym i sprzyjających okolicznościach zewnętrznych.
- Po spełnieniu powyższych warunków prowadzący Państwa tranzykcję specjalista skieruje Państwa do innych specjalistów w zależności od potrzebnej interwencji, tj. do endokrynologa (gdy potrzebne jest włączenie hormonalnych interwencji afirmujących płęć), czasami leczenie hormonalne (suplementacja) może być prowadzone przez leka-

rza seksuologa, jeśli posiada on/ona doświadczenie w tym zakresie; do chirurga (gdy potrzebne są zabiegi z zakresu rekonstrukcji klatki piersiowej, np. mastektomia lub powiększenie, czyli augmentacja piersi).

- Zabiegi dotyczące dolnej połowy ciała (usunięcie wewnętrznych narządów związanych z układem rozrodczym, usunięcie istniejących narządów płciowych i uformowanie nowych) wymagają spełnienia dodatkowych kryteriów. Jest to przynajmniej dwunastomiesięczny okres funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością płciową i (jeśli była potrzebna i pożądana, przy czym nie było przeciwwskazań do jej włączenia) kontynuowanej terapii hormonalnej. Ważny jest też aspekt prawny. W warunkach polskich przyjęło się powszechnie, że powyższe zabiegi możliwe są po prawnym uzgodnieniu płci.

Jeśli Państwo nie macie jasności co do własnej tożsamości i/lub charakteru doświadczanego przez Państwa dyskomfortu obejmującego obszar płci i/lub działań, które pragnęlibyście Państwo podjąć i/lub czujecie się Państwo wewnętrznie skonfliktowani i/lub przerażeni sytuacją, konsultujący specjalista zaoferować może pogłębioną psychoedukację i biblioterapię, psychoterapię wspierającą lub systematyczną (i z reguły dłużej trwającą) psychoterapię nakierowaną na uzyskanie przez Państwa jasności co do ww. aspektów lub rozwiązywanie przeżywanych konfliktów i lęków lub skierować Państwa do innych odpowiednich specjalistów, w tym przypadku psychoterapeutów.

Jeśli nie zwracacie się Państwo do specjalistów z problemem dysforii/niezgodności płciowej, a z innym problemem zdrowotnym (ogólnomedycznym, dotyczącym zdrowia psychicznego) lub osobistym (wyjście z ukrycia, stres mniejszościowy, relacje rodzinne), powinniście Państwo oczekiwać kompetentnej pomocy zgodnej z obowiązującymi w danej dziedzinie zasadami postępowania, z poszanowaniem Państwa tożsamości płciowej, granic osobistych i uwzględniającym Państwa status jako osoby transpłciowej lub niebinarnej tylko w takim zakresie, jak to jest merytorycznie uzasadnione, co powinno zostać wyjaśnione przez specjalistę.

Rolą specjalistów jest przede wszystkim ocena Państwa gotowości i przygotowanie Państwa do procesu tranzycji medycznej.

Specjalista może i powinien przekazać Państwu swoje wątpliwości dotyczące tego, czy Państwo są gotowi i kwalifikują się do rozpoczęcia tranzycji medycznej. Powinien wtedy wskazać dokładne działania, jakie należy w takiej sytuacji podjąć, np. leczenie psychiatryczne, psychoterapię, konsultację innego specjalisty. Takie sytuacje należy jednak bardziej potraktować jako wyjątek niż regułę. Abstrahując od sytuacji szczególnych, jak obecność zaburzeń i problemów psychicznych omówionych wcześniej, psychoterapia, jakkolwiek wysoce polecana, nie jest warunkiem niezbędnym do wdrożenia medycznych interwencji afirmujących płeć.

Na każdym etapie postępowania, tj. już od pierwszej konsultacji macie Państwo prawo do poszanowania Państwa odczuwanej tożsamości płciowej i takich działań specjalisty, które nie pogłębiają Państwa dyskomfortu i cierpienia. Dotyczy to także języka (form rodzajowych i grzecznościowych), którymi posługuje się specjalista. Dobrze przygotowany specjalista powinien zapytać o preferowany przez Państwa język i odpowiednio zmodyfikować sposób swojej komunikacji w tym zakresie. Macie Państwo prawo do zgłoszenia prośby dotyczącej używanego języka, jeśli zagadnienie to nie zostanie poruszone przez specjalistę.

Szukając pomocy odnośnie do innego problemu niż doświadczana dysforia/niezgodność płciowa i tranżycja, macie Państwo prawo do otrzymania opieki zgodnej z obowiązującymi w danej dziedzinie zasadami i poszanowaniem Państwa tożsamości płciowej i granic osobistych.

Tematy do omówienia w procesie psychoedukacji przed i w trakcie procesu tranżycji społecznej oraz przed włączeniem medycznych działań afirmujących płeć

Normalizacja doświadczania transpłciowości

Doświadczana przez Państwa tożsamość płciowa odmienna od płci przypisanej nie jest zaburzona, tj. nie jest wyrazem zaburzeń psychicznych. Obecnie dużą rolę w kształtowaniu się tożsamości płciowej człowieka przypisuje się procesom biologicznym.

Zasadniczo dla większości osób ukształtowana tożsamość płciowa pozostaje niezmienna w ciągu życia. Próba zmiany własnej tożsamości płciowej będzie zapewne nieskuteczna (brakuje danych naukowych, które potwierdzałyby taką możliwość), jak i potencjalnie szkodliwa (nasilenie się odczuwanej dysforii płciowej, opóźnienie pozytywnej integracji własnej tożsamości z resztą osobowości i działań tranżycyjnych, jeśli są potrzebne). Badania pokazują, że osoby różnorodne w zakresie odczuwanej tożsamości płciowej stanowią ok. 1% populacji. Ekspresja płciowa jest też zróżnicowana wśród osób cisplciowych, tj. takich które zasadniczo identyfikują się zgodnie z płcią przypisaną przy urodzeniu.

Opcje dla tożsamości i ekspresji płciowych

Czasami znalezienie samoopisu i roli (ekspresji) płciowej, która najlepiej pasuje do tego, co Państwo odczuwacie, wymaga wyjścia poza to, co oczywiste i kulturowo dostępne, tj. poza stereotypowe i binarne rozumienie płci. Ekspresja płciowa zarówno transpłciowych kobiet, jak i transpłciowych mężczyzn może być zróżnicowana, np. transpłciowa kobieta nie musi pasować do stereotypu delikatnej, „kobiecej” kobiety, ale może też być tzw. „chłopczyczą”, nie przestając być kobietą.

Niektóre osoby mogą jednak odnaleźć właściwe odzwierciedlenie własnej osoby w tożsamościach i ekspresjach niebinarnych, tj. takich, które:

- niezwiązane są żadną z płci (osoby agenderowe);
- związane są z obiema płciami w porównywalnych (osoby bigenderowe) lub różnych proporcjach, albo w pewnym zakresie tylko z jedną płcią (osoby transmęskie i transkobiece).

Dla niektórych osób identyfikacja niebinarna doświadczana jest w sposób unikatowy, poza kategorią męskości i kobiecości (osoby niebinarne sensu stricto).

Psychospołeczne następstwa tranżycji

Tranżycja nie odbywa się w próżni, ale w środowisku społecznym danej osoby. Ważne, by tranżycja była udanym procesem. Zadowolenie z tranżycji związane jest m.in. z poziomem uzyskanego wsparcia społecznego. Dokonywanie tranżycji w niektórych okolicznościach społecznych może być zagrażające psychologicznie, ale też fizycznie. W tym kontekście warto, aby był to proces dobrze zaplanowany i przemyślany. Warto przygotować się na potencjalne niekorzystne reakcje osób z otoczenia społecznego. Warto działać

na rzecz szerszego rozwoju własnych kompetencji społecznych i zawodowych, tj. budowania przyjaźni, społecznego wsparcia i niezależności finansowej.

Korzyści z ujawnienia się i funkcjonowanie w roli zgodnej z odczuwaną płcią

Życie w ukryciu stanowi duże obciążenie psychologiczne i jest elementem tzw. stresu mniejszościowego, tj. dodatkowego stresu, którego doświadczają osoby należące do mniejszości seksualnych i płciowych. Może on niekorzystnie przekładać się na zdrowie psychiczne, somatyczne i jakość życia. Ukrywanie własnej tożsamości i odkładanie procesu tranzycji może być adekwatne i adaptacyjne (ochronne) w niektórych okolicznościach, np. w sytuacji zależności od przemocowych członków rodziny, zamieszkiwania w zagrożonej przemocą okolicy. Czasami jednak, choć zrozumiałe w kontekście szerszej sytuacji społecznej, okazuje się nadmiarowe. Potencjalne korzyści płynące z ujawnienia się, to:

- redukcja odczuwanego lęku związanego z możliwością niechcianego ujawnienia własnej tożsamości;
- redukcja obciążenia związanego z kontrolą własnych manieryzmów, języka, sposobu bycia, które zgodne są z własną naturą danej osoby;
- możliwość budowania bardziej autentycznych relacji międzyludzkich, opartych o prawdziwe ja;
- większe poczucie autentyczności, spójności, własnej wartości i szacunku do siebie;
- redukcja odczuwanej dysforii płciowej;
- możliwość przetestowania zmian w zakresie ekspresji płciowej i ich wpływu na samopoczucie i odczuwaną dysfориę płciową, co umożliwia znalezienie właściwego i indywidualizowanego sposobu funkcjonowania w odniesieniu do płci.

Należy jednak pamiętać, że tzw. test realnego życia, czyli wymóg, by życie w roli zgodnej z płcią odczuwaną poprzedzało włączenie hormonalnego leczenia afirmującego płeć lub zabiegów dotyczących górnej połowy ciała (rekonstrukcji klatki piersiowej/mastektomii, augmentacji piersi) nie należy do współczesnych standardów postępowania i nie powinien być warunkiem włączenia ww. oddziaływań. Wymóg ten zachowano w przypadku oddziaływań chirurgicznych dotyczących dolnej połowy ciała.

Urealnienie oczekiwań dotyczących tranzycji

Tranzycja społeczna, medyczna i prawna z reguły związana jest z poprawą i stabilizacją samopoczucia, redukcją dysforii płciowej i poprawą jakości życia. Może jednak być tak, że oczekiwania osoby, które wiąże z tranzycją nie zostaną w całości spełnione. Poniżej podano najczęstsze przykłady takich sytuacji:

- przewlekłe występujące trudności w funkcjonowaniu psychologicznym i społecznym mogą nadal się utrzymywać pomimo redukcji doświadczanej dysforii i wymagać podjęcia się dodatkowego leczenia specjalistycznego (psychoterapii, farmakoterapii);
- tranzycja społeczna w pewnych okolicznościach wspominanych wyżej może być związana ze zbyt dużym ryzykiem i odwrotnie, czasami ryzyko to może być przecenione;
- niektóre oczekiwania dotyczące efektów działania hormonów lub tempa ich wystąpienia mogą być nierealne (zobacz: rozdział poświęcony hormonalnym interwencjom afirmującym płeć), podobna uwaga dotyczy interwencji chirurgicznych.

Wskazanie kompetentnych specjalistów

Pacjenci doświadczający dysforii płciowej wymagają zróżnicowanej pomocy. Możecie Państwo potrzebować konsultacji takich specjalistów jak:

- **lekarze seksuolodzy** (prowadzenie/zarządzanie procesem tranzycji, ocena na potrzeby sądowego procesu o ustalenie płci i na potrzeby medycznych interwencji afirmujących płć, prowadzenie hormonalnego leczenia afirmującego płć (lekarze posiadający takie doświadczenie), porady dotyczące życia seksualnego i leczenie problemów z nim związanych);
- **lekarze psychiatrzy** (ocena na potrzeby sądowego procesu o ustalenie płci i na potrzeby medycznych interwencji afirmujących płć, leczenie zaburzeń psychicznych, np. depresji, prowadzenie psychoedukacji, psychoterapii wspierającej);
- **lekarze endokrynolodzy** (prowadzenie hormonalnego leczenia afirmującego płć, konsultacje i leczenie chorób wewnętrznych);
- **lekarze chirurdzy** (prowadzenie chirurgicznego leczenia afirmującego płć);
- **lekarze ginekolodzy** (ocena zdrowia związanego z żeńskim narządem rodny, przed i w trakcie prowadzonego leczenia hormonalnego lub także u osób bez prowadzonego takiego leczenia/rutynowa profilaktyka);
- **lekarze androlodzy/urolodzy** (ocena zdrowia związanego z męskim układem płciowym);
- **lekarze dermatolodzy** (mogą być pomocni w leczeniu objawów ubocznych związanych z leczeniem hormonalnym, np. trądziku, łysienia androgenowego);
- **psycholodzy** (ocena na potrzeby sądowego procesu o ustalenie płci i medycznych interwencji afirmujących płć, prowadzenie psychoedukacji, psychoterapii wspierającej);
- **psycholodzy posiadający specjalizację z psychoseksuologii lub posiadający certyfikat psychologa klinicznego** (j.w. i dodatkowo: prowadzenie/zarządzanie procesem tranzycji, porady dotyczące życia seksualnego i leczenie problemów z nim związanych);
- **psychoterapeuci** (oprócz kompetencji wynikających z zawodu podstawowego, najczęściej są nimi psychologowie i lekarze psychiatrzy/seksuolodzy, prowadzenie psychoedukacji, psychoterapii wspierającej, ale także systematycznej psychoterapii skoncentrowanej na leczeniu problemów psychicznych lub rozwiązywaniu głębiej zakorzenionych dylematów i konfliktów);
- **logopedzi, specjaliści od emisji głosu** (pomoc w adaptacji głosu do nowej ekspresji płciowej, przydatni mogą być szczególnie trans kobietom lub osobom transkobiecy, jednak skorzystać mogą także trans mężczyźni i osoby transmęskie, gdyż testosteron wpływa jedynie na jeden aspekt głosu, tj. jego wysokość (obniżenie głosu));
- **specjaliści świadczący usługi związane z urodą** (fryzjerzy, kosmetyczki, np. epilacja włosów twarzy/ciała);
- **prawnicy** (pomoc w aspektach prawnych związanych z procesem o ustalenie płci, np. przygotowanie pozwu, reprezentacja przed sądem).

Korzyści z podjęcia psychoterapii wspierającej w procesie tranzycji

Psychoterapia wspierająca polega na wsparciu instrumentalnym (porada, psychoedukacja, szukanie rozwiązań) i emocjonalnym (wysłuchanie, próba zrozumienia i uprawnienia/uznania trafności/emocji, towarzyszenie). Proces tranzycji stanowi z reguły dość duże wyzwanie dla danej osoby i jej otoczenia społecznego, dlatego należy rozważyć korzyści wynikające z takiego wsparcia. Mogą to być:

- większa jasność co do własnych celów i świadomość własnych emocji;
- lepsze zarządzanie procesem tranzycji i skuteczniejsze rozwiązywanie trudności pojawiających się w trakcie tego procesu.

Ta interwencja może być skierowana tylko do osoby w procesie tranzycji, jak i do członków jej rodziny.

Działanie hormonów

Należy mieć jasność co do poniższych kwestii:

- jakie efekty można uzyskać a jakich nie, w tym (co ważne głównie dla osób niebinarnych) jakie efekty można uzyskać w izolacji od innych efektów, a jakich nie (chodzi o wybiórcze zmiany w jednym zakresie, bez zmian w innym);
- w jakim czasie następują zmiany;
- jakie są typowe i najczęstsze efekty uboczne i jak wobec nich postępować;
- jakie są (z reguły rzadkie) powikłania (bardziej poważne następstwa przyjmowania hormonów) i jak postępować w związku z ich wystąpieniem.

Zagadnienia te omówiono szerzej w rozdziałach opisujących postępowanie hormonalne.

Opcje postępowania chirurgicznego

Najczęstsze procedury chirurgiczne oferowane dla osób dokonujących tranzycji w kierunku męskim (trans mężczyźni i osoby transmęskie):

- usunięcie piersi (mastektomia i rekonstrukcja klatki piersiowej);
- usunięcie jajników, macicy i pochwy (owariektomia, histerektomia, waginektomia);
- uformowanie nowego penisa (falloplastyka);
- chirurgiczne uwydatnienie powiększonej po leczeniu hormonalnym lechtaczki/mini-fallusa (metoidioplastyka).

Najczęstsze procedury chirurgiczne oferowane dla osób dokonujących tranzycji w kierunku kobiecym (trans kobiety i osoby transkobiece):

- powiększenie (augmentacja) piersi;
- feminizująca chirurgia twarzy;
- usunięcie jąder i prącia (orchidektomia i penektomia);
- uformowanie nowej waginy (waginoplastyka) i zewnętrznych narządów płciowych.

Zagadnienia te omówiono szerzej w rozdziale poświęconym innym interwencjom afirmującym płeć.

Wskazanie zasobów społecznościowych i organizacji mogących udzielić wsparcia

Zasoby te stanowią głównie grupy wsparcia dla osób transpłciowych i niebinarnych i ich bliskich, miejsca bezpiecznych spotkań, hostele i organizacje działające na rzecz osób transpłciowych i niebinarnych (np. Trans-Fuzja) lub szerszej – społeczności osób różnorodnych seksualnie i płciowo (np. Lambda).

Zagadnienia te omówiono w rozdziale poświęconym grupom wsparcia i organizacjom.

Omówienie aspektów prawnych związanych z tranzycją

Najczęstsze problemy i zagadnienia prawne, z którymi stykają się osoby transpłciowe i niebinarne to:

- zmiana imienia w Urzędzie Stanu Cywilnego;
- postępowanie sądowe w procesie o uzgodnienie płci.

Zagadnienia te omówiono szerzej w rozdziale dotyczącym aspektów prawnych tranzycji.

Polecana dodatkowa lektura

- Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. (red.). Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. Warszawa: PZWL 2020.
- Bouman WP, Arcelus J. (red.) The transgender handbook. A guide for transgender people, their families and the professionals. New York: Nova Science Publishers 2018.
- Bouman WP i in. Language and trans health. Int J Transgenderism 2017;18 (1):1–6.

Piśmiennictwo

- ¹ WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. <https://www.wpath.org/publications/soc> [dostęp 4 lutego 2022].
- ² Grabski B i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. Psych Pol 2021;55 (3):701–708.

Dysforia płciowa u młodzieży. Zasady i standardy postępowania – podstawowe informacje dla rodziców, opiekunów i osób nastoletnich

Marta Dora

Rozdział ma na celu zebranie najbardziej podstawowych i zarazem najistotniejszych kwestii dotyczących postępowania specjalistycznego z nastoletnią osobą doświadczającą dysforii czy niezgodności płciowej. Odnosić się będzie zarówno do osób o binarnych, jak i niebinarnych tożsamościach, doświadczających dysforii płciowej lub też nie. Zawarte poniżej zasady zostały opracowane na podstawie istniejących, międzynarodowych standardów opieki nad nastoletnimi osobami transpłciowymi i niebinarnymi¹ oraz moich doświadczeń własnych zdobytych w trakcie wieloletniej pracy z osobami transpłciowymi, ich rodzinami i bliskimi.

Rozdział został podzielony na dwie części: pierwsza skierowana jest głównie do rodziców/opiekunów prawnych, druga przede wszystkim do nastoletnich osób, które doświadczają swojej płci inaczej, niż wynikałoby z przypisania jej przy urodzeniu. Rozdział dr. Bartosza Grabskiego pt. „Dysforia i niezgodność płciowa u dorosłych. Zasady i standardy postępowania” proszę potraktować jako komplementarny do niniejszego. Mimo że dotyczy innej grupy wiekowej, w gruncie rzeczy opiera się na tych samych bazowych przesłankach: 1) tożsamość płciowa sama w sobie nie jest przedmiotem diagnozy i nie specjalista_stka o niej wyrokuje; 2) każdy pacjent/pacjentka/osoba ma indywidualne potrzeby dotyczące tego, jak chce wyglądać i funkcjonować społecznie i zadaniem specjalisty_stki jest możliwie jak najpełniejsze zindywidualizowanie procesu oceny do konkretnej osoby; 3) opieka nad osobami transpłciowymi wymaga współpracy kilku (co najmniej dwóch) specjalistów_stek mających doświadczenie w pracy klinicznej z osobami nastoletnimi; 4) przy podejmowaniu decyzji o ewentualnych interwencjach hormonalnych czy adaptacyjnych kluczowa jest zdolność pacjenta/pacjentki/osoby do wyrażenia świadomej zgody; 5) współwystępujące trudności z obszaru zdrowia psychicznego muszą zostać dobrze zdiagnozowane i zaopiekowane.

Rodzice, Opiekunowie,

- Sam fakt, że Państwa dziecko przeżywa swoją tożsamość płciową inaczej, niż wydawało się Państwu, nie wymaga konsultacji psychologicznej, seksuologicznej czy psychiatrycznej. Część młodzieży, szczególnie ta mówiąca o swojej niebinarności (czyli w dużym uproszczeniu: kiedy nie jest im bliska w opisywaniu siebie ani kategoria „chłopaka”, ani „dziewczyny”), nie czuje się z tego powodu źle i nie potrzebuje specjalistycznej pomocy. W takiej sytuacji lepiej nie nalegać na konsultację, a zapewnić dziecko, że w razie potrzeby będzie ona możliwa.
- Kiedy Państwa dziecko prosi o spotkanie ze specjalistą_ką, zastanówcie się wspólnie, do kogo udać się w pierwszej kolejności. Dostępność osób specjalizujących się w psychiatrii dziecięco-młodzieżowej jest niestety mocno ograniczona, ale też nie zawsze taka konsultacja jest potrzebna na początek. **Wyjątek:** jeżeli stan psychiczny Państwa dziecka pogarsza się, np. nasilają się stany lękowo-depresyjne, a dyskomfort i cierpienie utrudniają codzienne funkcjonowanie, dziecko się okalecza, ma myśli rezygnacyjne lub samobójcze, konieczna jest konsultacja psychiatryczna i rozważenie włączenia celowanego leczenia psychoterapeutycznego i/lub farmakologicznego wyrównującego stan psychiczny.
- Jeżeli funkcjonowanie osoby nastoletniej jest względnie stabilne, ale dysforia płciowa powoduje narastający dyskomfort, należy poszukać pomocy psychote-

rapeutycznej i/lub psychoseksuologicznej*. W większości przypadków osoby nastoletnie ostatecznie pozostają pod opieką dwóch osób: jedna prowadzi psychoterapię indywidualną (najczęściej raz w tygodniu), która ma na celu leczenie współwystępujących trudności (szczególnie jeżeli ich nasilenie wymagało wcześniejszej konsultacji psychiatrycznej), druga prowadzi ocenę psychoseksuologiczną (co kilka tygodni). **Wyjątek:** jeżeli dysforia płciowa trwa od dłuższego czasu i nie jest to dla rodziny nowa informacja, warto od razu umówić konsultację psychoseksuologiczną, na której specjalista_stka zaproponuje dalsze działania.

- Specjalistyczna pomoc psychoseksuologiczna powinna być prowadzona w oparciu o aktualne standardy międzynarodowe i zalecenia uznanych towarzystw i organizacji działających na rzecz osób transpłciowych i niebinarnych. Nie oznacza to jednak sztywnego i jednolitego sposobu postępowania z każdym pacjentem. Osoby nastoletnie różnią się pod względem wieku, subiektywnych doświadczeń, rozwoju psychoseksualnego, dojrzałości emocjonalnej i poznawczej, sytuacji rodzinnej i społecznej. Oznacza to, że ocena psychoseksuologiczna powinna być dostosowana indywidualnie do pacjenta. Trudno na początku ocenić, ile będzie trwała i jaki będzie jej wynik, natomiast jako rodzice/opiekunowie mają Państwo prawo być na bieżąco informowani o jej przebiegu.
- Specjalistka_stka na Państwa i dziecka prośbę powinien/powinna wystawić stosowne zaświadczenia. Ich treść zazwyczaj różni się w zależności od celu. Najczęściej wystawiane są zaświadczenia dla szkół bądź innych instytucji opiekuńczo-wychowawczych, ale także dla lekarzy, poradni psychologiczno-pedagogicznych czy wszelkich innych miejsc, gdzie potrzebna jest np. informacja o używanych przez osobę nastoletnią zaimkach i imieniu. Takie zaświadczenie nie musi zawierać diagnozy dysforii płciowej (nie zawsze jest obecna) i nie powinno obejmować danych wrażliwych z wywiadu psychologicznego, co naruszałoby intymność pacjenta. Wystawia się je zazwyczaj po to, żeby wesprzeć prośbę rodzica o respektowanie tożsamości jego/jej dziecka, umożliwienie mu funkcjonowania pod wybranym imieniem czy np. korzystania z toalety zgodnej z tożsamością (jeżeli osoba nastoletnia czuje taką potrzebę). Ważne: społeczne funkcjonowanie osoby nastoletniej w zgodzie ze swoją tożsamością płciową jest niezwykle istotnym elementem oceny psychoseksuologicznej, możemy wówczas sprawdzić, czy i w jaki sposób tranzycja społeczna przekłada się na dobrostan psychiczny. Dlatego wskazane jest, aby w trakcie jej trwania nie powstrzymywać młodej osoby przed mówieniem o sobie w przestrzeniach, w których przebywa (np. w szkole – jeżeli sobie tego życzy i może się to zadziać możliwie bezpiecznie) i do osób dla niej ważnych (np. dalszej rodziny i znajomych). Czasem rodzice pytają, czy nie lepiej, aby nikt nie wiedział, dopóki ocena psychoseksuologiczna nie zostanie ukończona, tymczasem przebieg społecznej tranzycji jest jednym z kluczowych jej elementów.
- Ukończenie oceny psychoseksuologicznej zazwyczaj wiąże się z wystawieniem przez specjalistę_stkę opinii, w której zawarte są informacje o przebiegu procesu i wskazaniach do dalszego postępowania. Jednym z takich wskazań może być kontakt z lekarzem specjalizującym się w hormonalnych interwencjach afirmujących odczuwaną

* W rozdziale będzie pojawiać się parasolowe sformułowanie „ocena psychoseksuologiczna”. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego² dotyczącymi oceny osób pełnoletnich wskazane jest, aby prowadzona była przez seksuologa klinicznego lub specjalistę psychoseksuologa.

płeć. W Polsce najczęściej będzie to endokrynolog/endokrynolog dziecięcy lub lekarz seksuolog posiadający doświadczenie w tym zakresie. Rekomendowane jest, aby decyzja o włączeniu medycznych interwencji afirmujących była podjęta na podstawie oceny więcej niż jednej osoby specjalizującej się w zdrowiu psychicznym.

- Hormonalne interwencje można podzielić na dwie grupy: hamujące dojrzewanie płciowe wynikające z płci przypisanej i umożliwiające dojrzewanie płciowe zgodne z odczuwaną tożsamością płciową (więcej informacji znajdziecie Państwo w rozdziale poświęconym interwencjom hormonalnym u młodzieży). Wdrażanie takich interwencji u osób poniżej 18. roku życia jest możliwe, natomiast nie każda osoba nastoletnia się do nich kwalifikuje. Ważne: jest wysoce wskazane, żeby taka decyzja została podjęta wspólnie przez osobę nastoletnią, rodziców/opiekunów oraz zespół specjalistów_tek, natomiast należy pamiętać, że w przypadku wielu osób nastoletnich doświadczających uporczywej dysforii płciowej takie interwencje mogą ratować zdrowie psychiczne i życie. Wobec powyższego decyzja o ich włączeniu nie może być ani pochopna, ani nadmiernie odsuwana w czasie bez uzasadnienia.
- Perspektywa hormonalnych interwencji to dla rodzica jeden z trudniejszych tematów. Jeżeli konkluzją oceny psychoseksuologicznej jest wskazanie do takiej formy oddziaływań, pamiętajcie Państwo o tym, że każdy specjalista/każda specjalistka wchodzący w skład zespołu ma obowiązek wyczerpująco odpowiedzieć Państwu na wszystkie pytania i wątpliwości. Rodzice/opiekunowie często mają nadzieję, że tożsamość płciowa ich dziecka to stan przejściowy, przypisują sobie „winę” za transpłciowość/niebinarność, obawiają się błędnego podjęcia decyzji o interwencjach powodujących nieodwracalne zmiany w ciele i w konsekwencji cierpienie ich dziecka. Dlatego właśnie proces oceny psychoseksuologicznej i kwalifikacji nie może być w przypadku niepełnoletniej młodzieży krótki i zawiera w sobie wiele etapów koniecznych do zminimalizowania ryzyka popełnienia błędu.
- U osób z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską doświadczających uporczywej dysforii klatki piersiowej istnieje możliwość korekty chirurgicznej wcześniej niż po ukończeniu 18. roku życia. Wymaga to, podobnie jak w przypadku interwencji hormonalnych, dokładnej oceny i współpracy kilkorga specjalistów_tek.
- Wbrew obiegu opinii istnieje także możliwość rozpoczęcia metrykalnej korekty płci przed ukończeniem 18. roku życia (więcej informacji znajdziecie Państwo w rozdziale poświęconym zagadnieniom prawnym).
- Niektóre osoby decydują się wraz z rodzicami podjąć próbę zmiany imienia, najczęściej na neutralne płciowo. Można tego dokonać w Urzędzie Stanu Cywilnego.
- Włączenie u osoby nastoletniej hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe/afirmujących tożsamość płciową lub innych oddziaływań adaptacyjnych nie powinno oznaczać zaprzestania wizyt u specjalistów_ek. Szczególnie ważna jest regularna (choć już nie tak częsta jak wcześniej) ocena psychoseksuologiczna i lekarska, uzupełnione psychoedukacją i wsparciem.

Pacjencie/Pacjentko/Osobo,

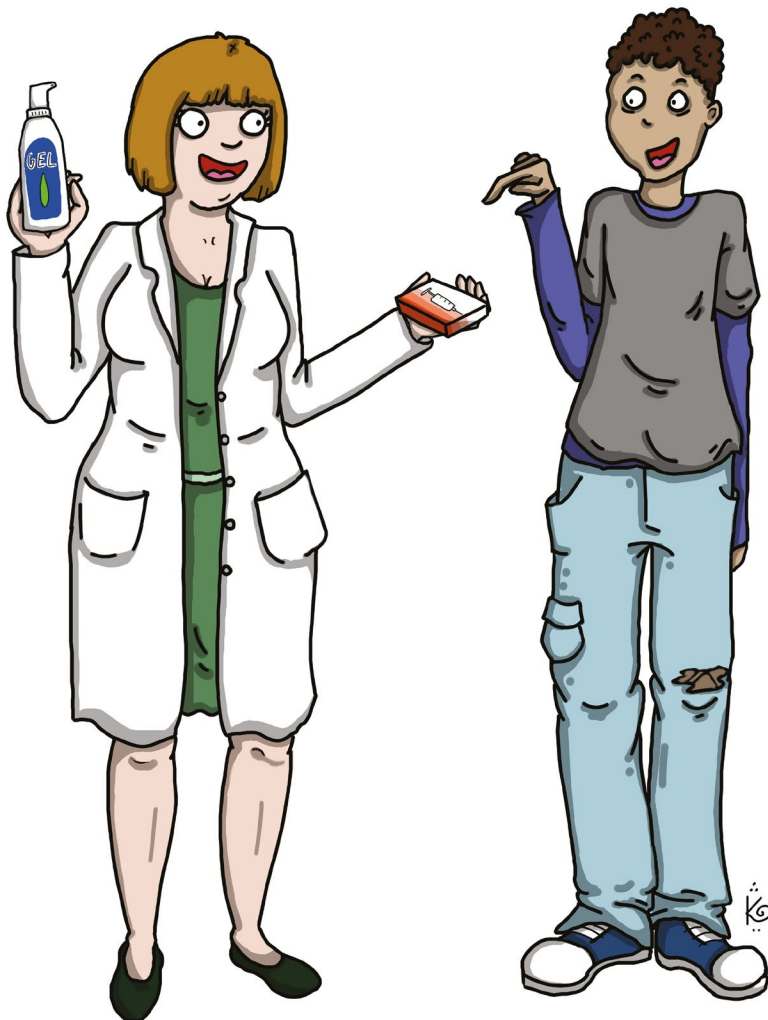
Wiele z powyższych treści to także informacje kierowane do Ciebie. Poniżej znajdziesz kilka uzupełniających wskazówek przydatnych w Twoim indywidualnym kontakcie ze specjalistami_stkami.

- Jeżeli czujesz potrzebę używania innych zaimków czy innego imienia niż te, pod którymi zapisano Cię na konsultację, powiedz o tym otwarcie. W ostatnich latach dużo się zmieniło i coraz częściej preferowane przez pacjentów formy są respektowane w gabinetach specjalistycznych. Jeżeli w Twoim przypadku będzie/jest inaczej i sprawia Ci to dyskomfort, mów o tym otwarcie. Nie musi to wynikać ze złej woli specjalisty_tki, a np. z braku doświadczenia lub niepewności, czy takie postępowanie nie wpłynie negatywnie na Twoje leczenie. Ważne: jeżeli używaś form neutralnych płciowo (np. „byłam”, „zrobiłam”), osobie, która wcześniej tego nie robiła, może zająć trochę czasu, żeby się do tego przyzwyczaić i zwracać do Ciebie w ten sam sposób.
- Jeżeli jesteś osobą niebinarną i usłyszysz, że musisz się „określić” lub „zdecydować”, wytłumacz, co oznacza dla Ciebie niebinarność. Dla wielu specjalistów i specjalistek to wciąż nowe zjawisko, mówi się o nim i pisze od stosunkowo niedawna.
- Jeżeli czujesz się psychicznie źle, myślisz o zrobieniu sobie krzywdy lub to już się zdarza, masz myśli rezygnacyjne lub samobójcze, mów o tym otwarcie. Czasem pacjenci ukrywają swój stan w obawie, że to przerwie ocenę psychoseksuologiczną i zamknie im drogę do dalszych etapów tranzycji. Stany lękowo-depresyjne, samookaleczenia czy myśli samobójcze, a nawet podjęte próby nie wykluczają Cię z procesu oceny i przygotowania do tranzycji medycznej, ale bezwzględnie muszą zostać dobrze rozpoznane i zaopiekowane w pierwszej kolejności. Ważne: nie oznacza to, że masz nie doświadczać złego samopoczucia, żeby kwalifikować się do ewentualnych interwencji hormonalnych; jeżeli towarzyszy Ci dysforia, to jej istotą jest to, że czujesz się źle. Chodzi raczej o to, żeby Twój stan był na tyle stabilny, żeby pozwalał Ci na rozmawianie o często trudnych i intymnych sprawach w możliwie bezpieczny sposób, a tym samym również specjalistce_ście – na rzetelną ocenę i przygotowanie dla Ciebie i Twoich Rodziców (Opiekunów) jak najlepszych zaleceń co do dalszego postępowania
- Ocena psychoseksuologiczna to złożony proces, który najczęściej opiera się na rozmowie i wywiadzie, czasem uzupełnionych kwestionariuszami psychologicznymi, szczególnie wtedy, kiedy ważna jest ocena Twojej emocjonalnej gotowości i poznawczej dojrzałości do podjęcia decyzji o interwencjach hormonalnych afirmujących odczuwaną płęć.
- Czasem spotkania ze specjalistą_stką będą Ci potrzebne głównie po to, żeby poukładać sobie sprawy związane z Twoją tożsamością płciową czy seksualną. Jeżeli kwestie tranzycji medycznej są dla Ciebie na ten moment nieistotne, nie czuj presji, że musisz być osobą zdecydowaną i mającą rozpoznane potrzeby co do interwencji hormonalnych. Powiedz o tym otwarcie. Czasami pacjenci boją się „przyznać”, że nie chcą takich zmian w obawie, że to podda w wątpliwość ich tożsamość i sprawi, że w oczach specjalistki_sty okażą się niewiarygodni. Pamiętaj, że tożsamość płciowa to jedno, a potrzeby dotyczące ciała i funkcjonowania społecznego to drugie. Szczególnie jeżeli jesteś osobą niebinarną, choć coraz więcej specjalistów_stek ma wiedzę i zrozumienie w tej kwestii.
- W trakcie konsultacji specjalista_tka pyta o różne obszary Twojego życia, nie tylko te dotyczące tożsamości płciowej. Ważne jest, aby miał/miała jak najpełniejszy obraz Twojej sytuacji. Czasami pacjenci złością się, słysząc pytania o rodzinę czy szkołę. Pamiętaj, że tożsamość płciowa zawsze należy do kogoś i jest jednym z elementów większej całości, na którą składają się Twoja osobowość, rodzina, środowisko, w jakim żyjesz. Aby zapewnić Ci adekwatne wsparcie, musimy wiedzieć o Tobie więcej niż to, jak przeżywaś swoją płęć.

- Jednym z poruszanych w rozmowie obszarów jest seksualność. Nastoletnie osoby doświadczające niezgodności czy dysforii płciowej to bardzo różnorodna grupa i różnią się tym, do kogo (jeżeli w ogóle) kierują zainteresowania romantyczne czy pociąg seksualny. Dysforia płciowa w różnym zakresie umożliwia im eksplorację swojego ciała zarówno samodzielnie, jak i – gdy są starsi – w relacji. Kiedyś oczekiwano od osób doświadczających dysforii, żeby były heteroseksualne względem swojej tożsamości płciowej i odczuwały wstręt do swojego ciała, uniemożliwiający im jakiekolwiek funkcjonowanie seksualne. Nie wszyscy tak mają i to nie jest podstawą do kwestionowania niczyjej tożsamości płciowej.
- Podejmowanie decyzji o kwalifikacji do włączenia hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe lub afirmujących tożsamość płciową to prawdopodobnie najtrudniejszy element oceny psychoseksuologicznej osoby nastoletniej i jest szczególnie ważne, żeby możliwie najbardziej zindywidualizować je dla konkretnego pacjenta. Dlatego specjaliście_stce trudno jest na początku, kiedy jeszcze nie zna Ciebie i Twojej sytuacji, ocenić, ile razy spotkacie się w gabinecie i osoby jakich specjalizacji i na jakim etapie dołączą do procesu oceny. Najłatwiej powiedzieć, że nie powinno to trwać ani zbyt krótko, ani zbyt długo – trudno tutaj o konkretne przełożenie tego na sytuację indywidualnej osoby, ale zdaję sobie sprawę, że taki brak konkretnych ram może być frustrujący. Pamiętaj, że wiek metrykalny jest ważnym, ale nie jedynym czynnikiem, który specjalista_tka bierze pod uwagę, oceniając Twoją gotowość do włączenia interwencji medycznych. Jeżeli masz jakiekolwiek pytania i wątpliwości dotyczące przebiegu spotkań czy ich liczby, nie wahaj się o tym porozmawiać ze specjalistką_stą.
- Jeżeli hormonalne interwencje hamujące dojrzewanie płciowe lub afirmujące tożsamość płciową zostały w Twoim przypadku już podjęte, wizyty u specjalistów_tek będą prawdopodobnie rzadsze, ale wciąż potrzebne. Przede wszystkim dlatego, że tranzycja medyczna to czas wyczekiwanych, a zarazem intensywnych zmian, często nowych coming-outów i doświadczeń, których nie da się całkowicie przewidzieć. Osoba, która już Cię zna, i do której masz zaufanie, będzie mogła zapewnić Ci wsparcie psychologiczne oraz informacyjne, jednocześnie sprawdzając, czy tranzycja przebiega bez zakłóceń.

Uwaga końcowa

Powyższe punkty nie wyczerpują wszystkich możliwych sytuacji i nie odpowiadają na każde pytanie dotyczące kontaktu ze specjalistkami_tami zaangażowanymi w ocenę psychoseksuologiczną i pomoc medyczną. Mam jednak nadzieję, że okazały się wartościowe szczególnie dla tych osób, które kontakt specjalistyczny mają dopiero przed sobą i nie są pewne, czego mogą się spodziewać. Niezależnie od tego, jaki plan oceny i leczenia zostanie dobrany do sytuacji konkretnego pacjenta – a jak pisałam wcześniej, powinny być dobrane indywidualnie – pewne elementy powinny zawsze się w nich znaleźć: otwartość, troska, szacunek i gotowość specjalisty_stki do odpowiadania na każde zadane pytanie w zrozumiałym i jednocześnie merytorycznym sposób. Tylko na tej drodze zarówno osoba nastoletnia, jak i jej rodzice/opiekunowie mogą uczestniczyć w konsultacjach jako równoprawne i współdecydujące strony.



Polecana dodatkowa literatura

- Grabarczyk P. Mamo, jestem gejem. Tato, jestem lesbijką. Rodzice osób LGBT+ wychodzą z szafy. Warszawa: How2 2020.
- Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. (red.). Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. Warszawa: PZWL 2020.
- Jacoń P, My, trans. Warszawa: Wydawnictwo RM 2021.
- Remin K. (red.). Tęcza w siedmiu odsłonach. Zasobnik Akademii Zaangażowanego Rodzica. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii 2021.

Piśmiennictwo

- ¹ WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. <https://www.wpath.org/publications/soc> [dostęp 4 lutego 2022].
- ² Grabski B i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. Psych Pol 2021;55 (3):701–708.

Hormonalne interwencje afirmujące płeć u dorosłych

Małgorzata Trofimiuk-Müldner

Hormonalne interwencje afirmujące płeć (czasami używa się też określenia terapia/leczenie hormonalne lub hormonalne terapie afirmujące płeć) – HIAP – mają na celu uzyskanie zmian fizycznych, które odpowiadają tożsamości płciowej osoby z niezgodnością płciową (czyli maskulinizacji w przypadku trans mężczyzny oraz feminizacji u trans kobiety). HIAP może posłużyć do uzyskania częściowej maskulinizacji lub feminizacji u osób o niebinarnej tożsamości płciowej. Interwencje te, zwłaszcza u osób z dysforią płciową, prowadzą też do zmniejszenia nasilenia lęku, depresji oraz do poprawy jakości życia¹.

Warunki wdrożenia hormonalnych interwencji afirmujących płeć

Przed rozpoczęciem interwencji hormonalnych dorosła osoba z niezgodnością płciową powinna spełniać następujące kryteria:

- utrwalona, dobrze udokumentowana dysforia płciowa/niezgodność płciowa;
- zdolność podjęcia w pełni świadomej decyzji i wyrażenia zgody na leczenie;
- pełnoletność;
- w przypadku współistnienia zaburzeń zdrowia psychicznego lub innych problemów zdrowotnych – powinny być one dobrze kontrolowane.^{3, 4, 5}

Jeżeli interwencje hormonalne wprowadza inny lekarz niż prowadzący diagnostykę specjalista z obszaru zdrowia psychicznego, musi mieć on możliwość zapoznania się z pisemną opinią takiego specjalisty (psychiatry, psychologa klinicznego, seksuologa) potwierdzającą gotowość osoby z niezgodnością płciową do rozpoczęcia HIAP.

HIAP uznaje się za bezpieczne, zwłaszcza jeżeli zwróci się uwagę na potencjalne skutki uboczne i zapewni się odpowiednią kontrolę czynników ryzyka powikłań interwencji.

Co należy zrobić przed rozpoczęciem hormonalnych interwencji afirmujących płeć?^{2, 3, 4, 5}

Lekarz wprowadzający interwencje hormonalne u osoby dorosłej powinien spytać o:

- aktualne i przebyte choroby (zwłaszcza takie, na których przebieg może wpłynąć interwencja hormonalna: nowotwory, choroby serca i naczyń, choroba zakrzepowo-zatorowa, choroby wątroby, obturacyjny bezdech senny, niektóre choroby krwi);
- używki (zwłaszcza palenie tytoniu);
- zakażenia przenoszone drogą płciową (HPV, HIV);
- przebyte szczepienia ochronne;
- stosowane leki i suplementy diety;
- choroby występujące w rodzinie.

Powinien także przeprowadzić badanie fizykalne (obejmuje ono między innymi: pomiar wysokości i masy ciała, pomiar ciśnienia tętniczego krwi i tętna, badanie płuc, serca i jamy brzusznej poprzez osłuchanie i badanie dotykiem, a jeżeli osoba badana wyrazi na to zgodę – także badanie palpacyjne piersi).

Przed rozpoczęciem HIAP konieczne jest wykonanie pewnych badań. Zalecane badania laboratoryjne obejmują:

- badania ogólne: lipidogram (m.in. cholesterol), morfologię krwi, glukozę na czczo, próby wątrobowe (ALT, AST, GGTP, bilirubina), sód, potas, kreatyninę;

- badania hormonalne: LH, FSH, estradiol, testosteron, prolaktynę (w przypadku trans mężczyzn badania te najlepiej wykonać do 5. dnia od rozpoczęcia miesiączki).

U trans mężczyzn wskazane jest także badanie ginekologiczne z badaniem USG narządu rodnego, cytologia szyjki macicy oraz USG piersi; a w przypadku trans kobiet – badanie urologiczne. Głównym celem tych badań jest profilaktyka chorób nowotworowych. Wykonanie ich nie jest jednak niezbędne do rozpoczęcia hormonalnej interwencji afirmującej płeć. Odstępuje się od nich zwłaszcza, gdy badania te budzą u osoby z niezgodnością płciową duży dyskomfort, obawę przed nieodpowiednim potraktowaniem przez konsultującego lekarza lub gdyby mogły nasilić objawy dysforii. Można je też wykonać w okresie późniejszym, w dowolnym czasie po zainicjowaniu HIAP (choć na przykład badanie wziernikiem ginekologicznym może być bardziej bolesne u osoby stosującej długotrwale testosteron z uwagi na atrofię nabłonka pochwy).

Przed wdrożeniem HIAP lekarz powinien z Państwem omówić następujące tematy:

- oczekiwane efekty terapii hormonalnej oraz skutki uboczne (zarówno łagodne efekty niepożądane, jak i potencjalne poważne powikłania interwencji);
- koszty leczenia, w tym refundację leków w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (listy leków refundowanych ogłaszane są obecnie w odstępach dwumiesięcznych, warunki refundacji mogą się zmieniać); leki stosowane w HIAP nie są zarejestrowane do prowadzenia interwencji maskulinizujących lub feminizujących u osób z niezgodnością płciową (nawet jeżeli są ujęte na liście refundacyjnej) – lekarz zlecający ich stosowanie w tym celu może poprosić dodatkowo o podpisanie formularza zgody na zastosowanie leku poza wskazaniami ujętymi w tzw. charakterystyce produktu leczniczego (czyli opisie leku, obejmującym także wskazania/choroby w jakich dany lek może być stosowany);
- zmianę stylu życia (ukierunkowaną na eliminację czynników ryzyka chorób serca i naczyń – np. zaprzestanie palenia, utrzymanie prawidłowej masy ciała);
- profilaktykę zakażeń przenoszonych drogą płciową (szczepienie przeciw HPV, profilaktykę zakażenia HIV, w tym profilaktykę przedekspozycyjną (PrEP)); HIAP nie zabezpiecza przed tymi chorobami;
- wpływ leczenia hormonalnego na płodność i możliwości jej zachowania;
- antykoncepcję.

Część tych zagadnień może zostać poruszona też wcześniej przez specjalistę z zakresu zdrowia psychicznego na etapie diagnostyki, psychoedukacji i wsparcia psychologicznego. Jeżeli chcą Państwo zachować możliwość posiadania biologicznego potomstwa – optymalnym rozwiązaniem jest zabezpieczenie komórek płciowych (krioprezerwacja czyli zamrożenie nasienia; krioprezerwacja komórek jajowych). Do procedur tych najlepiej przystąpić przed rozpoczęciem HIAP, ponieważ interwencje hormonalne mogą wpłynąć na jakość komórek rozrodczych. Nie bez znaczenia jest fakt, że podjęcie procedur zabezpieczających płodność w późniejszym okresie będzie wymagało czasowego, zazwyczaj kilkumiesięcznego zaprzestania stosowania HIAP. W chwili obecnej procedury umożliwiające zachowanie płodności nie są refundowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z drugiej strony – **HIAP nie gwarantuje zabezpieczenia przed niechcianą ciążą.** Uniknięcie niepożądanego, nieplanowanego ciąży jest także ważne z uwagi na uszkadzające płód działanie testosteronu stosowanego u trans mężczyzn oraz osób niebinarnych oczekujących efektów maskulinizujących. Jeżeli osoba w trakcie HIAP angażuje się w aktywności seksualne mogące prowadzić do ciąży – powinna się przed nią odpowiednio zabezpieczyć (i/lub zadbać o należyte zabezpieczenie partnera/partnerki). W przypadku trans

mężczyzn skuteczne powinny być wszystkie formy antykoncepcji, w tym np. dwuskładnikowa pigułka antykoncepcyjna zawierająca estrogeny, choć preferowane zazwyczaj są metody antykoncepcji oparte o same progestageny (leki/zwiazki o działaniu zbliżonym do progesteronu), np. tzw. *minipill*. Można też rozważyć domaciczne systemy terapeutyczne (IUD, spirale domaciczne) wydzielające miejscowo progestageny.

Warto pamiętać, że w większości choroby, które mogą występować u osoby z niezgodnością płciową, nie są bezwzględnym przeciwwskazaniem do interwencji hormonalnych. Wymagają one natomiast optymalnego leczenia, mogą też wiązać się z rozpoczynaniem HIAP od mniejszych dawek leków hormonalnych lub wyboru alternatywnych leków.

Interwencje hormonalne u trans mężczyzn oraz osób niebinarnych oczekujących maskulinizacji

HIAP u trans mężczyzn polega na stosowaniu testosteronu. W tabeli wymienione są dostępne obecnie w Polsce preparaty. W chwili obecnej w Polsce nie są dostępne doustne preparaty testosteronu. Jeżeli główny problem stanowi dysforia związana z miesiączkami lub gdy występują krwawienia w trakcie stosowania testosteronu – można zastosować progestageny, np. medroksyprogesteron podawany doustnie (PROVERA) lub domięśniowo (DEPO-PROVERA) lub linestrenol (Orgametril) stosowany doustnie.

Preparaty testosteronu stosowane w afimatywnej terapii hormonalnej transpłciowych mężczyzn i osób niebinarnych oczekujących maskulinizacji (dostępne w Polsce)³

Preparat	Droga podania	Nazwa handlowa preparatu dostępnego w Polsce	Dawka
Heptanian/enantan testosteronu	Zastrzyki domięśniowe	Testosteronum Prolongatum Jelfa (1 ml amp,* zawiera 100 mg testosteronu, 1 op. zawiera 5 ampulek)	100-200 mg co 1-2 tygodnie (ew. 50-100 mg podskórnie co 7 dni)
Mieszanka estrów testosteronu	Zastrzyki domięśniowe	Omnadren® 250 (1 ml amp. zawiera 250 mg testosteronu, 1 op. - zawiera 5 ampulek)	250 mg co 1-4 tygodnie (najczęściej co 2-4 tygodnie)
Undecylan testosteronu	Zastrzyki domięśniowe	Nebido® (4 ml amp. zawiera 1000 mg testosteronu, 1 opakowanie zawiera 1 ampulkę)	1000 mg co 10-12 tygodni
Testosteron – żel**	Przezskórna	Androtop® (obecnie dostępny w postaci pojemnika z pompką dozującą, opakowanie zawiera 88 g żelu – co odpowiada około 60 dawkom) 1 gram żelu zawiera 16,2 mg testosteronu. 1 naciśnięcie pompki dozującej (1 dawka) = 1,25 g żelu, co odpowiada 20,25 mg testosteronu.	2-4 dawki żelu dziennie żel należy stosować na czystą, suchą skórę barków i ramion, rano. Zostawić do wyschnięcia przed ubraniem się.
		Testavon® 20mg/g (opakowanie wielkości 85,5 g) 1 g żelu zawiera 20 mg testosteronu. 1 naciśnięcie pompki dozującej (1 dawka) = 1,15 g żelu (1,25 ml żelu), co odpowiada 23 mg testosteronu.	1-3 naciśnięcia pompki dozującej dziennie Żel należy nakładać rano, na czystą, suchą skórę ramion i barków, rozprowadzać za pomocą aplikatora dołączonego do opakowania i zostawić do wyschnięcia przed ubraniem się (co zajmuje zazwyczaj 3-5 minut).
		TESTIM (w opakowaniu znajduje się 30 tubelek zawierających 5 g żelu) 1 g żelu odpowiada 10 mg testosteronu; 1 tubka żelu to 50 mg testosteronu.	1 tubka żelu 1x dziennie, najlepiej rano Można zwiększyć do 2 tubelek dziennie (podawanych jednoczasowo).

* amp. – ampulka

** Należy zachować środki ostrożności mające zapobiec przeniesieniu testosteronu w żelu na inną osobę. W tym celu należy: wymyć ręce wodą z mydłem po nałożeniu żelu; miejsce nałożenia żelu po jego wyschnięciu przykryć ubraniem. Należy zachować dłuższy odstęp pomiędzy aplikacją żelu a bliskim kontaktem oraz wziąć prysznic przed kontaktami intymnymi. Pomiedzy nałożeniem żelu a kąpielą lub prysznicem powinno minąć co najmniej 6 godzin (od czasu do czasu ten odstęp może być krótszy – pomiędzy 1 a 6 godzin).

Kiedy i jakich efektów stosowania testosteronu należy się spodziewać?

Efekty leczenia maskulinizującego stosowanego w standardowych dawkach^{3,6}

Efekt	Początek działania (od momentu rozpoczęcia stosowania)	Czas osiągnięcia maksymalnego efektu
Łojotok/trądzik*	1-6 miesięcy	1-2 lata
Owłosienie typu męskiego na twarzy i ciele	6-12 miesięcy	4-5 lat
Łysienie typu męskiego**	6-12 miesięcy	-
Zwiększenie masy mięśniowej/siły mięśni	6-12 miesięcy	2-5 lat
Redystrybucja tkanki tłuszczowej	1-6 miesięcy	2-5 lat
Brak miesiączki	1-6 miesięcy	-
Powiększenie łechtaczki	1-6 miesięcy	1-2 lata
Atrofia pochwy***	1-6 miesięcy	1-2 lata
Zmiana tembru (obniżenie) głosu	6-12 miesięcy	1-2 lata
Zwiększenie libido	1-12 miesięcy	-

- * W trakcie terapii może wystąpić trądzik o różnym nasileniu, pojawia się on najczęściej w pierwszych sześciu miesiącach stosowania testosteronu. W leczeniu trądziku można się posłużyć standardowymi metodami: stosowanymi zewnątrznie żelami i kremami zawierającymi antybiotyki i inne leki o działaniu przeciwtrądzikowym, antybiotyki doustnie lub izotretynoinę. Niektóre leki (żele, kremy przeciwtrądzikowe) są dostępne bez recepty, ich wybór może doradzić np. farmaceuta, lekarz rodzinny, endokrynolog. Silniej działające preparaty zewnętrzne (w tym zawierające antybiotyki) przepisuje zazwyczaj lekarz – dermatolog lub lekarz innej specjalizacji. Leczenie ciężkich postaci trądziku (antybiotykoterapia, izotretynoina) prowadzone jest pod nadzorem dermatologa.
- ** W przypadku łysienia o nieakceptowalnym nasileniu można m.in. zastosować minoksydyl 5% miejscowo (wcierka) na skórę głowy (dostępny w aptekach bez recepty), ewentualnie finasteryd w dawce 1 mg dziennie (lek może przepisać dermatolog, endokrynolog, seksuolog lub lekarz innej specjalizacji).
- *** Inaczej – zanik nabłonka śluzówki pochwy, mogący objawiać się między innymi suchością pochwy, uczuciem podrażnienia okolic intymnych, bólem podczas stosunku z penetracją pochwy, plamieniem lub krwawieniem po takim stosunku.

Badania kontrolne w trakcie maskulinizującej HIAP

W pierwszym roku interwencji hormonalnych wizyty kontrolne odbywają się zazwyczaj co 3 miesiące, następnie jeden/dwa razy w roku. W trakcie wizyt kontrolnych ocenia się efekty interwencji hormonalnych i ich ewentualne działania uboczne. Na wizytach kontrolnych potrzebne są zazwyczaj wyniki badań laboratoryjnych, głównie testosteronu i morfologii. Co pewien czas wykonuje się szersze badania laboratoryjne, przede wszystkim te, które ułatwiają ocenę ryzyka wystąpienia chorób serca i naczyń (zawału serca lub udaru), np. lipidogram, wskazana jest też okresowa kontrola stężenia glukozy we krwi.

W trakcie prowadzenia HIAP należy także wykonywać badania przesiewowe w kierunku nowotworów według ogólnie przyjętych zasad: cytologia szyjki macicy; mamografia/USG piersi – jeżeli nie przeprowadzano plastyki piersi – lub badanie palpacyjne okolicy zabrodawkowej i dołów pachowych (może to zrobić lekarz prowadzący HIAP) – jeżeli plastykę klatki piersiowej wykonano, kolonoskopia po 50. roku życia.

Najważniejsze skutki uboczne HIAP u trans mężczyzn:

- Poliglobulia (czerwienica lub nadkrwistość wtórna)

Stosowanie testosteronu powoduje wzrost ilości czerwonych krwinek (erytrocytów) we krwi, wzrost stężenia hemoglobiny i hematokrytu (czyli odsetka elementów komórkowych we krwi). Jest to wynikiem zaniku miesiączek, ale też bezpośredniego wpływu testosteronu na produkcję erytrocytów w szpiku. Jeżeli hematokryt pod wpływem stosowania testosteronu wzrasta powyżej 50% – taki stan nazywa się nadkrwistością wtórną lub poliglobulią. Stwierdza się ją u około 10% trans mężczyzn. Nadkrwistość może sprzyjać występowaniu zatorów/zakrzepów (poprzez zwiększenie gęstości krwi). Jeżeli się pojawi – wymaga zmodyfikowania dawkowania testosteronu lub zmiany na inny preparat oraz zwiększenia ilości wypijanych płynów.

- Choroby serca i naczyń

Stosowanie testosteronu powoduje między innymi niekorzystne zmiany w składzie lipidów krwi: wzrost stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL i triglicerydów. Zmiany te są jednym z czynników zwiększających ryzyko wystąpienia chorób serca i naczyń (np. zawału serca). Niektóre (ale nie wszystkie) badania wskazują na wzrost ryzyka zawału serca u trans mężczyzn, zarówno w porównaniu z cis kobietami, jaki i cis mężczyznami⁷. Stąd konieczne jest wyeliminowanie/kontrola tzw. modyfikowalnych czynników ryzyka (palenie, otyłość, wysoki cholesterol itd.) poprzez zmianę stylu życia, a gdy jest to konieczne, stosowanie leków obniżających cholesterol lub ciśnienie tętnicze krwi.

- Nowotwory

Długoterminowe obserwacje nie wskazują na wzrost umieralności z powodu nowotworów (w tym nowotworów potencjalnie hormonozależnych) wśród trans mężczyzn⁸. Należy jednak zadbać o regularne wykonywanie badań przesiewowych.

Afirmatywna terapia hormonalna trans kobiet oraz osób niebinarnych oczekujących feminizacji

HIAP u trans kobiet ma na celu uzyskanie cech żeńskich, czyli feminizacji (powiększenie piersi, zmiana kształtu ciała) poprzez podawanie estrogenów. Leki o działaniu antyandrogennym (octan cyproteronu, spironolakton, agoniści GnRH) dodatkowo zmniejszają nasilenie cech męskich (takich jak owłosienie ciała czy łysienie). Estrogeny można podawać w różnych formach – ich wybór zależy od preferencji otrzymującej estrogeny osoby, jej wieku czy współistniejących chorób oraz dostępności leków. Preferowane są estrogeny w formie preparatów przezskórnych oraz tabletek (te drugie u osób przed 40. rokiem życia, bez dodatkowych obciążeń zdrowotnych). Preparaty domięśniowe, niezarejestrowane w Polsce, wiążą się z dużą zmiennością stężenia estradiolu we krwi (może kilkakrotnie przekraczać te stwierdzane u cis kobiet) – co teoretycznie może zwiększać ryzyko powikłań związanych z leczeniem. Dostępne w Polsce tabletki zawierające estradiol nie są dostosowane do podawania podjęzykowego, stąd takie ich stosowanie nie zwiększa

wchłaniania estradiolu. Nie powinno zalecać się syntetycznych pochodnych estrogenów (np. etynyloestradiolu – częstego składnika tabletek antykoncepcyjnych), ponieważ silniej niż estradiol działają na krzepliwość krwi i znacznie zwiększają ryzyko powikłań takich jak choroba zakrzepowo-zatorowa.

Podobne czynniki wpływają na wybór preparatów o działaniu antyandrogennym. W Europie najczęściej stosuje się octan cyproteronu, z uwagi na dostępność i koszty terapii. W ostatnich latach coraz częściej stosuje się niskie dawki tego leku i ogranicza się czas jego stosowania. Główną przyczyną tej tendencji jest przypisywane octanowi cyproteronu zwiększone ryzyko wystąpienia oponiaka (nowotworu opon mózgowych), zależne m.in. od łącznej dawki leku, którą się zażyło. Warto jednak pamiętać, że nawet u osób przyjmujących octan cyproteronu jest to bardzo rzadki nowotwór (dotyczy 1 do 10 na 10000 osób leczonych za jego pomocą)⁹. Spironolakton nie obniża stężeń testosteronu równie silnie co octan cyproteronu, natomiast feminizujące efekty jego działania są bardzo podobne¹⁰. Spironolakton nie podwyższa stężenia prolaktyny (co jest jednym z działań ubocznych octanu cyproteronu) i ma korzystniejszy wpływ na cholesterol. Stosowanie analogów GnRH jest ograniczone ze względu na bardzo wysokie koszty leczenia. Stosowanie innych leków antyandrogennych (finasterydu, dutasterydu, flutamidu, bikalutamidu) z różnych względów nie jest wskazane.

Kontrowersyjnym zagadnieniem jest dodatkowe stosowanie progesteronu i progestagenów (syntetycznych hormonów o działaniu zbliżonym do progesteronu). Głównym oczekiwanym efektem jest poprawa rozwoju piersi – nie zostało to potwierdzone (ale też dane są bardzo skąpe). Działanie podobne do progesteronu wykazuje octan cyproteronu, więc tendencja do zmniejszania dawek tego leku może wiązać się z częstszym stosowaniem progesteronu u trans kobiet. Nadal jednak progesteron nie stanowi rutynowego elementu feminizujących HIAP. Istnieją pewne obawy, czy progestageny nie zwiększą dodatkowo ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej u stosującej je trans kobiety (progesteron mikronizowany może być bezpieczniejszy), ale brakuje na to dowodów w postaci dobrze przeprowadzonych badań.

Preparaty stosowane w afirmatywnej terapii hormonalnej transpłciowych kobiet i osób niebinarnych oczekujących feminizacji^{3, 11}

Preparat	Droga podania	Preparaty dostępne w Polsce	Dawka
Estradiol	Doustna	Estrofem® – tabletki 2 mg, opakowania po 28 tbl. Estrofem® mite – tabletki 1 mg, opakowania po 28 tbl.	2,0-6,0 mg/dobę
Estradiol – system transdermalny (plastry)	Przezsłkórna	Systen® 50 (dostarcza 0,05 mg estradiolu/dobę), 6 plastrów w opakowaniu, zmieniane co 3-4 dni Climara-50 (dostarcza 0,05 mg estradiolu/dobę), 4 plastry w opakowaniu; zmieniane co 7 dni	0,025 – 0,2 mg/dobę
Estradiol żel 0,1% (1 g żelu = 1 mg estradiolu)	Przezsłkórna	Divigel® 0,1% w saszetkach 0,5 g i 1 g (28 saszetek w opakowaniu) Estreva® 1 dawka =0,5 g żelu =0,5 mg estradiolu; opakowanie zawiera 50 g żelu (100 dawek)	0,5-1,5 mg/dobę
Estradiol aerazol	Przezsłkórna	Lenzetto® 1 dawka to 1,53 mg estradiolu (opakowanie zawiera 56 dawek)	1-2 dawki/dobę (1,5-3 mg)
Walerian estradiolu Cypionian estradiolu	Zastrzyki domięśniowe	Niedostępne w Polsce (możliwość sprowadzenia z zagranicy)	2-10 mg/1x w tygodniu 5-30 mg/co 2 tygodnie
Octan cyproteronu	Doustna	Androcur® tabletki 50 mg (opakowania 20 i 50 tabletkowe)	10- (50) mg/dziennie
Spironolakton	Doustna	Spironol® 100 (100 mg), opakowania po 20 tbl. Finospir 100 mg, opakowania po 30 tbl. Ismian 100 mg, opakowania po 20 i 30 tbl. Verospiron® 100 mg – opakowania po 30 kaps.	100-300 mg/dziennie
Agoniści GnRH (goserelina)	Implanty podskórne	Reseligo 3,6 mg Xanderla 3,6 mg Zoladex® 3,6 mg	1 implant co 28 dni
		Reseligo 10,8 mg Xanderla LA Zoladex® LA	1 implant co 12 tygodni
Agoniści GnRH (octan leuporeliny)	Podskórna	ELIGARD® 7,5 mg	Zastrzyk 1x w miesiącu
		ELIGARD® 22,5 mg	Zastrzyk co 3 miesiące
		Leuprostin 3,6 mg	Implant 1x w miesiącu
		Leuprostin® 5 mg	Implant co 3 miesiące
		LIBREXA 11,25 mg	Implant co 3 miesiące
Agonisci GnRH (tryptorelina)	Podskórna	Decapeptyl Depot Diphereline® SR 3,75 mg	Zastrzyk co 28 dni
		Diphereline® SR 11,25 mg	Zastrzyk co 3 miesiące

Kiedy i jakich efektów feminizujących HIAP należy się spodziewać?

Efekty HIAP u transpłciowych kobiet przedstawiono w poniższej tabeli^{3, 12}. Nie wszystkie cechy męskie (wysokość głosu, owłosienie typu męskiego, kształt twarzy) udaje się wyeliminować w pełni za pomocą HIAP, stąd mogą być potrzebne dodatkowe interwencje: trening głosowy, usuwanie owłosienia za pomocą laseroterapii lub elektrolizy, feminizujące operacje twarzy itp.

Efekt	Początek działania (od momentu rozpoczęcia leczenia)	Czas osiągnięcia maksymalnego efektu
Redystrybucja tkanki tłuszczowej	3-6 miesięcy	2-3 lata
Obniżenie masy mięśniowej i siły mięśni	3-6 miesięcy	1-2 lata
Ścieńczenie skóry, zmniejszenie łojotoku	3-6 miesięcy	Nieznany
Obniżenie libido	1-3 miesiące	3-6 miesięcy
Zmniejszenie częstości/ustąpienie spontanicznych erekcji	1-3 miesiące	3-6 miesięcy
Powiększenie piersi*	3-6 miesięcy	2-3 lata
Zmniejszenie objętości jąder	3-6 miesięcy	2-3 lata
Zmniejszenie spermatogenezy, pogorszenie jakości nasienia	Nieznany	>3 lat
Zmniejszenie objętości prostaty	Nieznany	>3 lat
Zmniejszenie/zahamowanie łysienia typu męskiego	Zmienne	
Zmniejszenie owłosienia typu męskiego**	6-12 miesięcy	>3 lat
Zmiana tembru głosu	Nie występuje	

* Za pomocą HIAP osiąga się satysfakcjonujące powiększenie piersi u 20-50% trans kobiet; w celu osiągnięcia pożądanego efektu może być konieczna interwencja chirurgiczna.

** Słabsze efekty w zakresie owłosienia na twarzy

Badania kontrolne w trakcie feminizujących HIAP

Podobnie jak w przypadku osób w trakcie maskulinizującej HIAP w pierwszym roku od włączenia interwencji hormonalnych wizyty kontrolne powinny odbywać się co około 3 miesiące, a w kolejnych latach co 6-12 miesięcy. Lekarz ocenia efekty terapii oraz potencjalne działania uboczne. W trakcie feminizującego HIAP kontroluje się stężenia testosteronu, estradiolu i prolaktyny we krwi; jeżeli w terapii stosuje się spironolakton – konieczne jest także sprawdzanie poziomu elektrolitów (sodu i potasu). Okresowo wykonuje się inne badania laboratoryjne (np. morfologię, enzymy wątrobowe czy glukozę na czczo). Trans kobiety powinny także wykonywać profilaktyczne badania przesiewowe w kierunku nowotworów (raka piersi, raka jelita grubego), według standardowych wskazań. U starszych trans kobiet (po 60. r.ż.) oraz u tych z czynnikami ryzyka osteoporozy i związanych z nią złamań (np. stosowanie sterydów) wykonuje się densytometrię (czyli rodzaj badania rentgenowskiego oceniającego mineralną gęstość kości).

Najważniejsze skutki uboczne feminizujących HIAP:

- Choroba zakrzepowo zatorowa i udary
Stosowanie estrogenów może wiązać się ze zmianami w składzie krwi sprzyjającymi zwiększonej krzepliwości. To z kolei zwiększa ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej (np. zatoru płucnego) i udaru¹³. Najmniejszy wzrost takiego ryzyka przypisywany jest preparatom przezskórnym (plastry, żele, aerozole), i te preparaty należy wybierać u trans kobiet i otrzymujących terapię feminizującą osób niebinarnych ze zwiększonym ryzykiem zakrzepicy czy udaru (starszych, z nadwagą lub otyłością, z nadciśnieniem tętniczym)¹⁴. Preparaty przezskórne należy wybierać także u osób z wywiadem rodzinnym w kierunku dziedzicznych chorób predysponujących do choroby zakrzepowo-zatorowej (czyli dziedzicznych trombofilii) oraz u osób po przebytych epizodach choroby zakrzepowo-zatorowej i ze stwierdzoną trombofilią (w tym ostatnim przypadku łącznie z lekami obniżającymi krzepliwość krwi).

- Nowotwory
HIAP stosowane u trans kobiet zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi. Nadal jest jednak ono znacznie niższe niż u cis kobiet. Natomiast w trakcie HIAP znacznie maleje ryzyko wystąpienia raka prostaty. Zwiększona liczba zgonów z powodu raka płuc (badania holenderskie)⁸ związana jest z czynnikami niezależnymi od HIAP, takimi jak np. palenie, ale też ograniczony dostęp do opieki medycznej czy unikanie z różnych względów wizyt lekarskich. O ryzyku oponiaka u osób stosujących octan cypoteronu wspomniano wcześniej.

Jak interpretować wyniki badań laboratoryjnych u osób transpłciowych

Interpretując wyniki badań (badania ogólne, badania hormonalne), należy posługiwać się normami dla płci zgodnej z tożsamością płciową danej osoby (czyli normami dla cis mężczyzn w trakcie terapii maskulinizującej oraz normami dla cis kobiet w trakcie interwencji feminizujących). Wyjątek dotyczy takich badań, jak stężenie troponin (markerów uszkodzenia mięśnia serca). Ich stężenie zależy od masy serca (większej u osób, którym przypisano płeć męską przy urodzeniu), stąd, jeżeli laboratorium posługuje się różnymi wartościami referencyjnymi zależnie od płci pacjenta,

w tym przypadku należy zastosować normy troponin dla płci przypisanej przy urodzeniu. Podobnie stężenie PSA u trans kobiet interpretuje się według norm dla płci przypisanej przy urodzeniu¹⁵.

HIAP osób niebinarnych

Oczekiwania osób niebinarnych w stosunku do HIAP mogą być odmienne niż osiągnięcie typowej maskulinizacji lub feminizacji. Dotychczas nie opracowano standardów HIAP dla osób niebinarnych z takimi oczekiwaniami. Sposób interwencji medycznych u osób o niebinarnej tożsamości płciowej powinien być ustalony w oparciu o to, jakie cechy budowy ciała i wyglądu, procesy fizjologiczne (np. miesiączka) czy funkcje seksualne są przyczyną dysforii. Często w HIAP osób niebinarnych stosuje się małe dawki hormonów, czasem korzystniejsze są interwencje niewymagające podawania hormonów czy innych leków (np. interwencje chirurgiczne). Jeżeli w porozumieniu z osobą niebinarną zostanie podjęta decyzja o interwencji hormonalnej – należy mieć świadomość, że nie zawsze zamierzony efekt udaje się uzyskać bez wystąpienia cech niepożądanych (np. nasilenia owłosienia przy podawaniu testosteronu w celu obniżenia wysokości głosu).

Polecana dodatkowa lektura

- Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. (red.). Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. Warszawa: PZWL 2020.
- T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev* 2019;40 (1):97-117.

Piśmiennictwo

- ¹ Ruppin U, Pfäfflin F. Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder. *Archiv Sex Behav* 2015;44 (5):1321-1329.
- ² Coleman E i wsp. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism* 2012;13 (4):165-232.
- ³ Hembree WC i wsp. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102 (11):3869-3903.
- ⁴ T'Sjoen G i wsp. European Society for Sexual Medicine Position Statement 'Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction'. *J Sex Med* 2020;17 (4):570-584.
- ⁵ Grabski B i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. *Psych Pol* 2021;55 (3):701-708.
- ⁶ Defreyne J, T'Sjoen G. Transmasculine Hormone Therapy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48 (2): 357-375.
- ⁷ Alzahrani T i wsp. Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2019;12 (4):e005597.
- ⁸ de Blok C i wsp. Mortality Trends over Five Decades in Adult Transgender People Receiving Hormone Treatment: A Report from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria. *Lancet. Diabetes Endocrinol* 2021; 9 (10):663-670.
- ⁹ <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/cyproterone-containing-medicinal-products>. [dostęp 4 lutego 2022].
- ¹⁰ Angus L i wsp. Cyproterone Acetate or Spironolactone in Lowering Testosterone Concentrations for Transgender Individuals Receiving Oestradiol Therapy. *Endocr Connect* 2019;8 (7):935-940.
- ¹¹ Glintborg D i wsp. Management of Endocrine Disease: Optimal Feminizing Hormone Treatment in Transgender People. *Eur J Endocrinol* 2021;185 (2):R49-63.
- ¹² Hamidi O, Davidge-Pitts C. Transfeminine Hormone Therapy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48 (2):341-355.
- ¹³ Getahun D i wsp. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med* 2018;169 (4):205-213.
- ¹⁴ Scarabin P-Y. Progestogens and venous thromboembolism in menopausal women: an updated oral versus transdermal estrogen meta-analysis. *Climacteric* 2018;21 (4):341-345.
- ¹⁵ Cheung i wsp. Approach to Interpreting Common Laboratory Pathology Tests in Transgender Individuals. *J Clin Endocrinol Metab* 2020;106 (3):893-901.

Hormonalne interwencje afirmujące płeć u młodzieży

Aneta Gawlik

Treść niniejszego rozdziału odnosi się do osób małoletnich, u których potwierdzono niezgodność płci/dysfориę płciową w oparciu o aktualnie obowiązujące kryteria diagnostyczne i wyrażają one potrzebę tranzycji medycznej.

Do kogo powinniście Państwo zgłosić się w celu uzyskania profesjonalnej pomocy w zakresie HIAP?

Kwalifikacje specjalistów biorących udział we włączeniu i prowadzeniu hormonalnej interwencji afirmującej z zastosowaniem blokerów dojrzewania oraz terapii feminizującej (estrogenów) lub maskulinizującej (testosteronu) powinny **opierać się na wiedzy i doświadczeniu** w zakresie wskazań do jej prowadzenia, jej wpływu na stan psychosomatyczny oraz pojawienie się możliwych działań niepożądanych. W systemie opieki zdrowotnej w Polsce kryteria te spełniają specjaliści z obszaru **endokrynologii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, położnictwa i ginekologii oraz seksuologii**. Optymalne byłoby prowadzenie HIAP pod nadzorem współpracującego **zespołu wielospecjalistycznego** wykwalifikowanego w równoległym prowadzeniu interwencji hormonalnej, wsparciu i opiece psychologicznej czy interwencji chirurgicznej.

Poza kwalifikacją endokrynologiczną **musi zostać przeprowadzona kwalifikacja przez zespół specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego i seksualnego**, najlepiej z dodatkowym wykształceniem i/lub doświadczeniem z zakresu psychiatrii i psychologii wieku rozwojowego.

Zastosowanie „blokerów” procesu dojrzewania – czyli jak wyglądać powinien i czego możecie się Państwo spodziewać po ETAPIE 1 HIAP (interwencji odwracalnej)?^{1, 2, 3, 4}

Zastosowanie blokerów w celu **hamowania postępu dojrzewania należy do jednych z pierwszych interwencji farmakologicznych** u osób małoletnich z niezgodnością płci. Przy braku przeciwwskazań włączenie blokerów powinno mieć miejsce na początku dojrzewania płciowego. W przypadku małoletniego z przypisaną żeńską płcią metrykalną za moment ten uznaje się osiągnięcie co najmniej drugiego stopnia rozwoju gruczołów piersiowych (tzw. stadium „pączka”, czyli stwierdzenia obecności wyczuwalnej i często tkliwej tkanki gruczołowej), a w przypadku młodocianych z męską płcią metrykalną stwierdzenie objętości jąder powyżej 4 ml w badaniu z użyciem orchidometru (specjalny przyrząd do oceny objętości w badaniu palpacyjnym). Wśród dzieci z rozpoznaną dysfориą płciową przed okresem dojrzewania duży odsetek nie potwierdza niezgodności płciowej po jego rozpoczęciu. To tłumaczy, dlaczego **nie powinno rozpoczynać się terapii blokującej dojrzewanie przed jego wystąpieniem**.

Poza pojawieniem cech dojrzewania płciowego nie ma jednoznacznego kryterium wieku metrykalnego jako wskazania do rozpoczęcia blokującej interwencji farmakologicznej. W każdej sytuacji **podejście powinno być zindywidualizowane**. W związku z tym, że fizjologiczny początek pokwitania w przypadku żeńskiego biologicznego wymiaru płci przypada między 8 a 13 rokiem, a w przypadku męskiego biologicznego wymiaru płci rok później, między 9-14 rokiem życia, wiek osób młodocianych rozpoczynających terapię nie może być z góry określony. **Pojawienie się pierwszych symptomów dojrzewania**

niezgodnych z odczuwaniem/identyfikacją płciową jest jednym z istotnych czynników odpowiedzialnych za wystąpienie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, takich jak objawy depresyjne i lękowe, zachowania autoagresywne, w tym samookaleczenia, problemy z jedzeniem czy nadużywanie substancji. Ponadto może też wpływać ono niekorzystnie na funkcjonowanie rozwijającej się osobowości.

Należy pamiętać, że w okresie adolescencji ujawnić może się też szereg zaburzeń zdrowia psychicznego niezwiązanych lub tylko częściowo związanych z doświadczaną dysforią płciową, wymagających kompleksowej oceny i leczenia przez zespół doświadczonych specjalistów (psychiatrów młodzieżowych, psychoterapeutów pracujących z młodzieżą). Wystąpienie pierwszych symptomów dojrzewania i narastająca z tego powodu dysforia utwierdza w diagnozie niezgodności płci⁵. Należy podkreślić, że współistniejące problemy psychologiczne (i psychiatryczne) nie powinny być rozpatrywane w kategoriach bezwzględnej przeszkody do rozpoczęcia interwencji farmakologicznej z zastosowaniem blokerów dojrzewania, a jedynie stanowić o konieczności zaplanowania odpowiedniego podejścia ze strony specjalisty z dziedziny seksuologii i/lub zdrowia psychicznego. Natomiast, co ważne, **osoba młodociana powinna być w pełni zdolna do zrozumienia zasad i konsekwencji stosowania blokerów dojrzewania oraz wyrazić na takie postępowanie świadomą zgodę**. Oczywiście bezwzględnie w decyzjach i całym procesie interwencji powinna mieć zapewnione wsparcie osób najbliższych i **opiekunów prawnych, których świadoma zgoda jest konieczna do rozpoczęcia i kontynuowania każdej formy HIAP przed 18. rokiem życia**.

Przez zastosowanie blokerów dojrzewania „zyskujemy” czas na diagnostykę, mając również nadzieję na poprawę zdrowia psychicznego pacjenta młodocianego^{6,7}. W przypadku zahamowania postępu rozwoju gruczołów piersiowych nie tylko zmniejszamy ryzyko pojawienia się czy nasilenia dysforii, ale i konieczności przeprowadzenia interwencji chirurgicznej w przyszłości. Przed włączeniem leku blokującego lekarz w trakcie badania fizykalnego ocenia stopień dojrzewania płciowego według specjalnie do tego przygotowanej skali Tannera. W sytuacjach wątpliwych może rozważyć wykonanie podstawowych badań hormonalnych z jednorazowego pobrania krwi – gonadotropin (LH) oraz hormonów płciowych (estradiol/testosteron).

Dla zablokowania własnej osi hormonalnej w pierwszej kolejności z uwagi na skuteczność, pełną odwracalność działania oraz wieloletnie doświadczenie z tymi lekami w hamowaniu dojrzewania u dzieci z przedwczesnym prawdziwym dojrzewaniem rekomenduje się zastosowanie długodziałających analogów GnRH (ang. gonadotropin-releasing hormone, hormon uwalniający gonadotropinę). Dodatkowo ich stosowanie pozwala na rozpoczęcie i stopniowe zwiększanie dawek hormonów płciowych stosowanych w celu uzyskania efektu maskulinizacji i estrogenizacji. W ten sposób unikamy konieczności stosowania „ponadfizjologicznych” dawek hormonów płciowych. Preparaty analogów oraz ich nazwy handlowe zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Analogi GnRH z dostępnymi preparatami (*) oraz potencjalne efekty uboczne ich stosowania

Analogi GnRH	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Leuprorelina (Lucrin Depot®)	3,75 mg i.m.*/s.c.**/miesiąc	Efekty uboczne: uderzenia gorąca; zmęczenie; ból głowy; wahania nastroju; zwolnienie tempa wzrastania; wzrost% tkanki tłuszczowej, zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała obniża się; obniżenie gęstości mineralnej kości (BMD).
	11,25 mg i.m./s.c./12 tygodni	
Tryptorelina (Diphereline SR 3,75®, Diphereline SR 11,25®)	3,75 mg i.m./s.c./miesiąc	
	11,25 mg i.m./s.c./12 tygodni	
Goserelina (Reseligo®, Xanderla®, Xanderla LA®, Zoladex®, Zoladex LA®)	3,6 mg s.c./miesiąc (w formie implantów s.c.)	
	10,8 mg s.c./12 tygodni (w formie implantów s.c.)	

* i.m – domięśniowe

** s.c. – podskórne

Ujemną stroną ich stosowania jest 100% odpłatność (nie są refundowane przy interwencji blokującej u osób z niezgodnością płci) oraz konieczność podawania preparatu domięśniowo co 28 dni. W przypadku osób z męskimi narządami płciowymi opisywane jest również ryzyko zbyt małej ilości dostępnej tkanki prącia, która jest potrzebna do wytworzenia pochwy (waginoplastyki). Niemniej dostępne są również inne techniki rekonstrukcyjne.

Alternatywnie, głównie mając na uwadze dostępność i aspekt ekonomiczny, u osób nastoletnich z męskimi narządami płciowymi można zastosować progestageny (medroksyprogesteron) lub antyandrogeny (spironolakton, octan cyproteronu), natomiast u osoby małoletniej z żeńskimi narządami płciowymi: doustne środki antykoncepcyjne stosowane w sposób ciągły lub medroksyprogesteron depot (tabela 2).

Tabela 2. Alternatywne „blokery” dojrzewania z dostępnymi preparatami (®) oraz potencjalne efekty uboczne ich stosowania

Progestageny	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Linestrenol (Orgametril®)	5-10 mg p.o.*/dzień	Efekty uboczne: ■ trądzik; ■ bóle głowy, uderzenia gorąca, zmęczenie ■ zaburzenia lipidowe: obniżenie stężenia HDL-cholesterolu, wzrost stężenia LDL-cholesterolu.
Medroksyprogesteron (Provera®)	5-10 mg p.o./dzień	
Antyandrogeny	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Octan cyproteronu (Androcur®)	25-50 mg p.o./dzień (z uwagi na ryzyko onkologiczne wskazane stosowanie najmniejszych skutecznych dawek – ½ proponowanych powyżej)	Efekty uboczne: ■ zmęczenie; ■ zaburzenia lipidowe: obniżenie stężenia HDL-cholesterolu; ■ wzrost stężenia prolaktyny (PRL).
Spironolakton (Spironol®, Verospiron®, Finospir®, Ismian®)	100-300 mg p.o./dzień	Efekty uboczne: ■ działanie moczopędne; ■ spadek ciśnienia tętniczego.

* p.o. – doustnie

Potencjalne ryzyko wystąpienia działań niepożądanych terapii blokującej dojrzewanie niezgodne z płcią odczuwaną przedstawione zostało w tabelach 1 i 2.

Ogólne zasady stosowania hormonalnej interwencji afirmującej płęć HIAP, czyli jak wyglądać powinien i czego możecie się Państwo spodziewać po ETAPIE 2 HIAP (interwencji nieodwracalnej)?

Mając na uwadze **nieodwracalność stosowanej interwencji feminizującej** (estrogenów wywołujących pojawienie się żeńskich cech fenotypowych) **czy maskulinizującej** (testosteronu wywołującego męskie cechy fenotypowe), przed jej włączeniem lekarz prowadzący powinien rozważyć wszystkie argumenty „za i przeciw”. **Przed włączeniem postępowania medycznego z zastosowaniem estrogenów lub testosteronu powinny być spełnione wszystkie założenia wymagane przed włączeniem interwencji blokującej dojrzewanie: potwierdzenie niezgodności płciowej, wyrażenie świadomej zgody przez osobę małoletnią i jej opiekunów, poinformowanie o działaniach niepożądanych, w tym przedyskutowanie wpływu na funkcję gonad i rozważenie zastosowania technik w celu prezerwacji płodności oraz konieczność dalszej opieki wielospecjalistycznej w celu monitorowania jej efektów i skutków ubocznych.** Według większości zaleceń międzynarodowych **sugerowany wiek rozpoczęcia interwencji afirmującej to 16 lat, choć podejście w tej kwestii powinno być zindywidualizowane i uwzględniające również wiek włączenia blokerów dojrzewania.**

Podobnie jak w przypadku analogów GnRH, również większość preparatów stosowanych do HIAP feminizującej czy maskulinizującej nie podlega refundacji – brak rejestracji dla niezgodności płci i osób poniżej 18. roku życia.

Jakie są zasady stosowania hormonalnej – feminizującej interwencji afirmującej płeć (HIAP-f)¹

Inicjacja HIAP-f powinna być prowadzona **przy zastosowaniu naturalnych estrogenów** z zachowaniem zasady **stopniowego zwiększania dawki**. Podstawą każdej interwencji/terapii inicjującej estrogenoterapię powinny być **naturalne estrogeny**. Celem naśladowania fizjologii zaleca się stopniowe zwiększanie dawki 17 β -estradiolu podawanego w formie doustnej lub transdermalnej czyli przezskórnej. Nie ma jednoznacznych dowodów przemawiających za wyższością jednej drogi podania nad drugą, chociaż brak wstępnego obciążenia wątroby (brak tzw. efektu „pierwszego przejścia przez wątrobę”) oraz bardziej stabilne dobowe stężenia estradiolu w surowicy krwi mogą przemawiać na korzyść formy transdermalnej. Proponowane schematy farmakologicznej indukcji dojrzewania wzorowane są na tych stosowanych w hipogonadyzmie żeńskim. Dawki preparatów zwiększa się co sześć miesięcy.

Przy wykorzystaniu **formy plastrowej** proponuje się stopniowe modyfikowanie dawki: początkowa 6,25-12,5 μ g/24 godziny, po 6 miesiącach wzrost do 25 μ g/24 godziny, następnie 37,5 μ g/24 godziny. Dawka dla osoby dorosłej to 50-200 μ g/24 godziny. Jeżeli terapia rozpoczynana jest po osiągnięciu dojrzałości płciowej (stadium Tannera M4-5) to od razu stosuje się dawkowanie jak dla osoby dorosłej. Plastry zmienia się co 3,5 doby. Możliwość samodzielnego dostosowania małych dawek (możliwość cięcia plastrów celem uzyskania najmniejszych dawek, chociaż niezalecane przez producenta) jest dodatkowym atutem tej formy estrogenoterapii⁸.

W przypadku **formy doustnej** również proponuje się stopniowe (co 6 miesięcy) zwiększanie dawki w schemacie: 5 -10- 15- 20 μ g/kg masy ciała/dobę, z dawką docelową dla osoby dorosłej: 2-6 mg. Jeżeli terapia rozpoczynana jest po osiągnięciu dojrzałości płciowej (stadium Tannera M4-5) można zastosować skrócony schemat 1 mg/dobę przez okres 6 miesięcy, a następnie 2 mg/dobę. Przykładowe preparaty do terapii przezskórnej i doustnej zaprezentowano w tabeli 3.

W trakcie włączania oraz kontynuowania interwencji feminizujących u transpłciowych dziewcząt wskazane jest utrzymanie agonistów GnRH przynajmniej do momentu osiągnięcia docelowej dawki estrogenów dla osób dorosłych (optymalnie do momentu gonadektomii). W przypadku decyzji o odstawieniu analogu GnRH należy rozważyć dołączenie preparatu o działaniu antyandrogennym: spironolaktonu w dawce 100-200 mg/dobę (kontrolując stężenie kreatyniny oraz elektrolitów) lub octanu cyproteronu w możliwie najniższej dawce (10-25 mg) z uwagi na działania uboczne (m.in. sugerowany związek z ryzykiem powstawania oponiaków przy długotrwałym stosowaniu).

Tabela 3. Preparaty (°) stosowane najczęściej do feminizującej (estrogeny) i maskulinizującej (testosteron) HIAP, ich dawkowanie i potencjalne działania niepożądane

17beta-Estadiol	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Estrofem® (tabletki)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych tj. 2-6 mg p.o./dzień	Efekty uboczne: ■ bolesność piersi, ■ chwiejność emocjonalna, ■ wzmożony apetyt, ■ wzrost stężenia HDL-cholesterolu, ■ wzrost ryzyka zakrzepowo- zatorowego
Systen® 50 (plastry)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych tj. 25-200 µg/przezskórnice/ zmiana 2 razy/tydzień	
Divigel® (żel)	Brak możliwości stopniowego zwiększania dawki, raczej nie stosowana do zainicjowania HIAP-f	
Testosteron	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Estry testosteronu (Testosteronum Prolongatum Jelfa, Omnadren®)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych tj. 100-200 mg Testosteronum Prolongatum Jelfa im./s.c./2 tygodnie Omnadren 250 – do stosowania u osób dorosłych (1x im/2 tygodnie), nie jest preparatem pierwszego wyboru do zainicjowania HIAP-m	Efekty uboczne: ■ trądzik; ■ łysienie; ■ wzrost masy ciała; ■ wzrost ciśnienia skurczowego; ■ obniżenie stężenia HDL-cholesterolu; ■ wzrost hemoglobiny i hematokrytu
Żel (Androtop®, Testavan®, Testim®)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych 50- 100 mg/przezskórnice/dzień	
17beta-Estradiol	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Estrofem® (tabletki)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych tj. 2-6 mg p.o./dzień	Efekty uboczne: ■ bolesność piersi; ■ chwiejność emocjonalna; ■ wzmożony apetyt; ■ wzrost stężenia HDL-cholesterolu; ■ wzrost ryzyka zakrzepowo- zatorowego.
Systen 50® (plastry)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych tj. 25-200 µg/przezskórnice/ zmiana 2 razy/tydzień	
Divigel® (żel)	Brak możliwości stopniowego zwiększania dawki, raczej niestosowana do zainicjowania HIAP-f	
Testosteron	Dawkowanie	Bezpieczeństwo
Estry testosteronu (Testosteronum Prolongatum Jelfa, Omnadren®)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych tj. 100-200 mg Testosteronum Prolongatum Jelfa im./s.c./2 tygodnie Omnadren 250 – do stosowania u osób dorosłych (1x i.m./2 tygodnie), nie jest preparatem pierwszego wyboru do zainicjowania HIAP-m	Efekty uboczne: ■ trądzik; ■ łysienie; ■ wzrost masy ciała; ■ wzrost ciśnienia skurczowego; ■ obniżenie stężenia HDL-cholesterolu; ■ wzrost hemoglobiny i hematokrytu.
Żel (Androtop®, Testavan®, Testim®)	Stopniowo zwiększać do dawki dla dorosłych 50- 100 mg/przezskórnice/dzień	

Jakie są zasady stosowania hormonalnej maskulinizującej interwencji afirmującej płeć (HIAP-m)?

Inicjacja HIAP-m powinna być prowadzona przy zastosowaniu estrów testosteronu z zachowaniem zasady stopniowego zwiększania dawki. Najczęściej stosowanymi preparatami do indukcji dojrzewania płciowego są estry testosteronu **podawane domięśniowo (i.m.)**. Celem naśladowania fizjologii oraz monitorowania działań niepożądanych zaleca się stopniowe zwiększanie dawki testosteronu co 6 miesięcy. Proponowane schematy farmakologicznej indukcji dojrzewania wzorowane są między innymi na tych stosowanych w hipogonadyzmie męskim, ale dawkowanie jest różne, co tłumaczyć można przede wszystkim zróżnicowaną wrażliwością na zastosowaną interwencję hormonalną. W każdym przypadku dawkę hormonu należy dobierać i modyfikować indywidualnie, uwzględniając cel interwencji, jej dotychczasowy efekt (przy tych samych dawkach uzyskać można różne stężenia testosteronu we krwi oraz różną skuteczność interwencji) oraz potencjalne działania niepożądane.

Za rekomendacjami towarzystw endokrynologicznych¹ proponuje się dawkę początkową 25 mg/m² powierzchni ciała/i.m. co 2 tygodnie, następnie 50, 75, 100 mg/m²/i.m. co 2 tygodnie, dochodząc do dawki podtrzymującej dla osoby dorosłej 100-200 mg i.m. co 2 tygodnie. Jeżeli terapia rozpoczyna się po osiągnięciu dojrzałości płciowej (stadium Tannera G4-5) proponuje się skrócony schemat: 75 mg/m²/i.m. co 2 tygodnie przez 6 miesięcy, następnie 125 mg/m²/i.m. co 2 tygodnie.

Inne schematy również proponują domięśniowy (i.m.) ester testosteronu, np. Testosteronum Prolongatum Jelfa, rozpoczynając od dawki 50 mg i.m. co 4 tygodnie przez 6-12 miesięcy i stopniowe zwiększanie o 50 mg co 6-12 miesięcy. Po dojściu do dawki 100-150 mg/miesiąc, zaleca się następnie zwiększenie częstości podawania preparatów co 2 tygodnie z dawką dla dorosłych 100-200 mg/2 tygodnie⁹. Z kolei preparat Omnadren® (mieszanina estrów testosteronu) nie jest wykorzystywany do inicjowania dojrzewania, ale stosowany u osób dorosłych domięśniowo w dawce 250 mg co 2 tygodnie.

Doustne preparaty testosteronu (p.o.) są rzadziej polecane do rozpoczęcia procesu maskulinizacji (aktualnie również brak preparatu doustnego na polskim rynku), choć w przypadku braku tolerancji formy domięśniowej można zaproponować schemat undecanian/undecylan testosteronu doustnie (40 mg undecylanu testosteronu = 25,3 mg testosteronu) 40 mg co drugi dzień przez 3 miesiące, następnie 40 mg/dz. przez 6-12 miesięcy z obserwacją klinicznych efektów (wzrost, postęp wirylizacji), stopniowo zwiększając do 80, 120 mg/dz. przez 18-24 miesiące, następnie ze zmianą preparatu na postać transdermalną/przezskórną¹⁰.

Formę transdermalną (Androtop® saszetki a 50 mg, Androtop® pompka 1 doza=20,25 mg, Testim® tubka=50 mg, zastosowanie na noc) można zastosować/zamienić, kiedy dawka preparatu domięśniowego osiągnęła ~50% dawki dla dorosłych. Przykładowe preparaty do terapii maskulinizującej prezentuje tabela 3.

Stosowanie agonistów GnRH należy utrzymać przynajmniej do osiągnięcia docelowej dawki testosteronu, terapię można prowadzić do czasu przeprowadzenia gonadektomii. W przypadku wystąpienia krwawień z dróg rodnych w trakcie terapii testosteronem, zwłaszcza po zaprzestaniu podawania analogi GnRH, można rozważyć dołączenie progestagenów.

Sugerowany schemat monitorowania hormonalnej interwencji blokującej, feminizującej i maskulinizującej zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Sugerowany schemat monitorowania hormonalnej interwencji blokującej, feminizującej i maskulinizującej

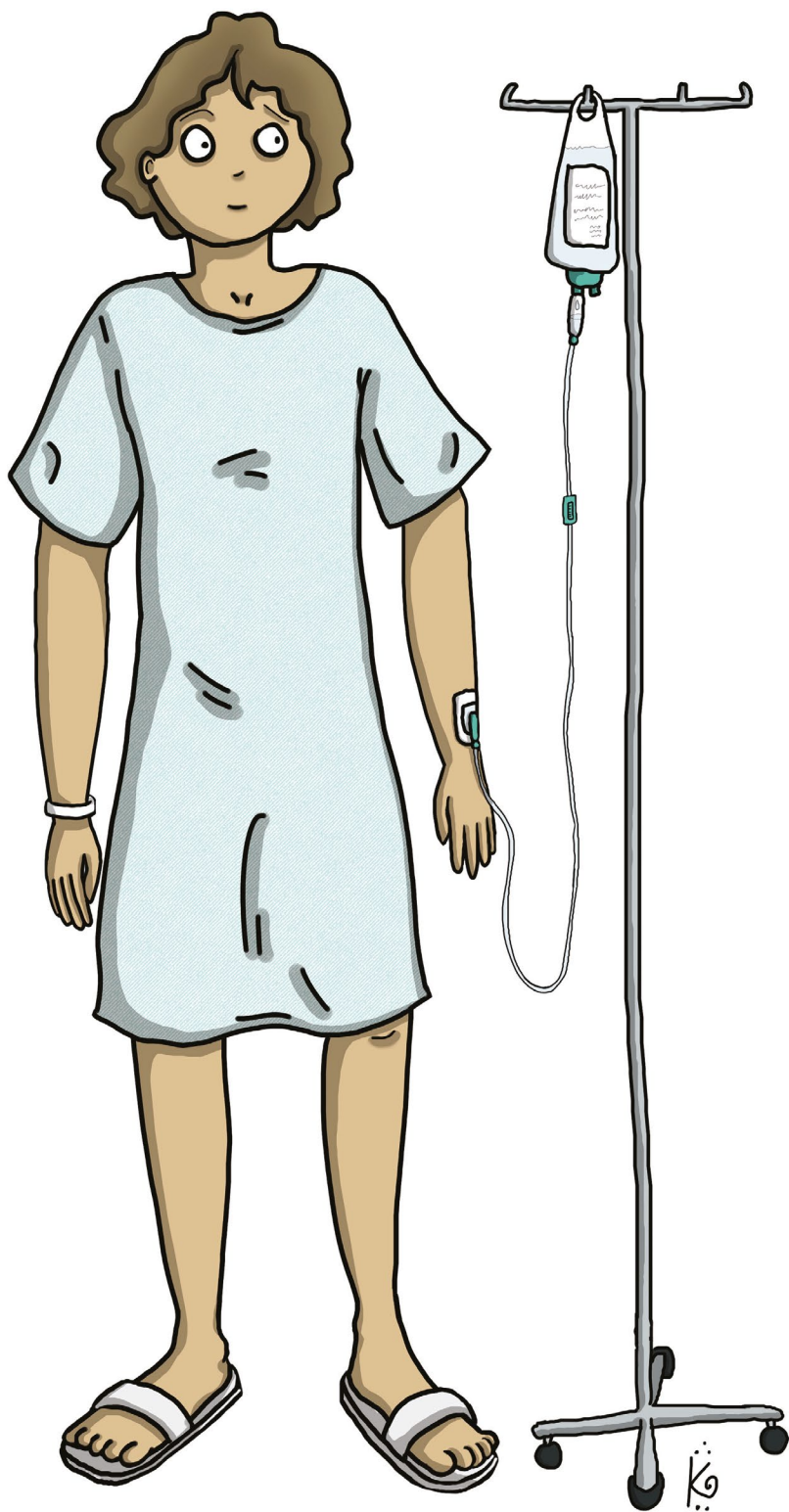
Monitorowanie efektów interwencji hormonalnej (parametry kliniczne i laboratoryjne)
Co 3-6 miesięcy ▪ wywiad w kierunku skuteczności i działań niepożądanych; ▪ pomiar antropometryczny: wysokość ciała, masa ciała, wysokość na siedząco, wskazane: skład masy ciała, obwody talia/biodra; ▪ ciśnienie krwi ▪ stadium dojrzałości płciowej w skali Tannera: • w trakcie interwencji hamującej oraz HIAP-m: zanik tkanki gruczołowej piersi, ustanie miesiączki; • w trakcie interwencji hamującej oraz HIAP-f: zatrzymanie maskulinizacji, zmniejszenie objętości jąder. Co 6-12 miesięcy ▪ przy interwencji hamującej badania laboratoryjne: LH, FSH, Estradiol (E2)/Testosteron (T), 25OHD; ▪ przy interwencji maskulinizującej (HIAP-m): Hb, Ht, lipidogram, T, 25OHD, wskazane transaminazy; ▪ przy interwencji feminizującej (HIAP-f): PRL, E2, 25OHD, wskazane: lipidogram, transaminazy. Co 1-2 lata ▪ pomiar gęstości mineralnej kości (badanie metodą DXA); ▪ ocena wieku kostnego RTG lewego nadgarstka (przy występujących wskazaniach klinicznych). UWAGA: Opieka psychologa, psychoterapeuty, psychiatry, seksuologa, badanie ginekologiczne.

Polecana dodatkowa lektura

- Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. (red.). Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. Warszawa: PZWL 2020.
- Grabski i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. Psych Pol 2021;55 (3):701–708.

Piśmiennictwo

- ¹ Hembree WC i wsp. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2017;102 (11):3869–3903.
- ² Coleman E i wsp. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. Int J Transgenderism 2012;13 (4):165–232.
- ³ Martinerie L i wsp. Management of Endocrine Disease: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. Eur J Endocrinol 2018;179 (5):R219–R237.
- ⁴ T'Sjoen G i wsp. European Society for Sexual Medicine Position Statement 'Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction'. J Sex Med 2020;17 (4):570–584.
- ⁵ Claahsen-van der Grinten H i wsp. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. Eur J Pediatr 2021;180 (5):1349–1357.
- ⁶ van der Miesen AIR i wsp. Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. J Adolesc Health 2020;66 (6):699–704.
- ⁷ Becker-Hebly I i wsp. Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021 (11):1755–1767.
- ⁸ Donaldson M i wsp.; on behalf of the European Society for Paediatric Endocrinology Turner Syndrome Working Group. Optimal Pubertal Induction in Girls with Turner Syndrome Using Either Oral or Transdermal Estradiol: A Proposed Modern Strategy. Horm Res Paediatr 2019;91 (3):153–163.
- ⁹ Dunkel L, Quinton R. Transition in endocrinology: induction of puberty. Eur J Endocrinol. 2014;170 (6):R229–39.
- ¹⁰ Zacharin M. Puberty. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2019;33 (3):101301.



Inne interwencje afirmujące płeć

Miłosz Dziędziak

Proces korekty płci może obejmować (poza hormonalnymi interwencjami afirmującymi płęć) szereg interwencji chirurgicznych i niechirurgicznych. Ich rodzaj i zakres uzależniony jest głównie od decyzji danej osoby, ale niektóre mogą zostać wdrożone dopiero po spełnieniu pewnych warunków, np. diagnostycznych lub prawnych.

Poniżej prezentowany jest przegląd wybranych interwencji afirmujących płęć, w podziale na zabiegi feminizujące i maskulinizujące.

Zamysłem rozdziału było przede wszystkim wstępne i orientacyjne przybliżenie czytelnikowi tego ważnego tematu, prowadzące do bardziej swobodnego podejmowania rozmów ze specjalistami. Należy pamiętać, że każda interwencja medyczna ma swoje ograniczenia i wymaga szczegółowego omówienia ze specjalistą wprowadzającym daną interwencję. Informacje zamieszczone w rozdziale w żaden sposób nie mogą zastąpić konsultacji z doświadczonym chirurgiem. Nie wolno zapomnieć, że zabiegi afirmujące płęć, zwłaszcza chirurgiczne, obarczone są ryzykiem wystąpienia groźnych dla zdrowia i życia powikłań. Nierozzerwalnie wiążą się z jakąś formą trudności, w tym z bólem lub okresem rekonwalescencji. Niektóre, np. falloplastyka, wymagają wielu etapów, co może wydłużyć proces pełnej rekonstrukcji narządów do ponad roku. Zdarza się, że w przypadku niektórych zabiegów pojawia się również konieczność wprowadzenia poprawek.

W treści rozdziału pojawia się terminologia anatomiczna opisująca narządy płciowe, która może u czytelnika wywoływać dysforię. Tylko taki dobór słownictwa pozwala zapewnić zrozumiałość tekstu.

Zabiegi feminizujące

Korekta narządów płciowych

Część osób decyduje się jedynie na wykonanie zabiegu obustronnej orchidektomii (usunięcia jąder) w celu wyeliminowania głównego źródła produkcji testosteronu. Część wybiera pełną chirurgiczną rekonstrukcję narządów płciowych z penektomią, uretroplastyką, klitoroplastyką, labioplastyką i waginoplastyką, co stanowi przeciwny koniec zakresu wykonywanych operacji. Celem pełnej rekonstrukcji narządów płciowych jest wytworzenie naturalnie wyglądającego sromu, pochwy (waginy) o szerokości i głębokości umożliwiającej odbycie stosunku z penetracją i erogennej łechtaczki¹.

- **Orchidektomia**
Polega na usunięciu jąder. Wykonywana jest osobno lub w połączeniu z innymi zabiegami².
- **Penektomia**
Polega na usunięciu prącia. Zwykle wykonuje się ją w połączeniu z innymi zabiegami².
- **Uretroplastyka**
Polega na uformowaniu cewki moczowej i umieszczeniu jej ujścia 2-3 cm poniżej łechtaczki².
- **Klitoroplastyka**
Polega na wytworzeniu łechtaczki z zachowaną wrażliwością erogenną. W tym celu używa się unaczynionego i unerwionego odcinka grzbietowego żołądździ prącia².

- **Labioplastyka**

Polega na ukształtowaniu warg sromowych większych ze skóry moszny. Obie struktury mają podobny kolor, budowę i własności erogenne. Zwykle wykonuje się ją w połączeniu z innymi zabiegami¹.

- **Wulwoplastyka**

Podczas wulwoplastyki (plastyki sromu) tworzone są wargi sromowe większe i mniejsze oraz napletek łechtaczki. Wargi sromowe mniejsze modeluje się z tkanek cewki moczowej lub skóry trzonu prącia. Skórę prącia wykorzystuje się również do utworzenia napletka łechtaczki u osób obrzezanych pozbawionych napletka prącia. Wulwoplastyka jest opcją skierowaną do osób, które zainteresowane są posiadaniem sromu i łechtaczki, ale nie mają potrzeby współżycia z możliwością penetracji i/lub chcą uniknąć konieczności pogłębiania pochwy¹.

- **Waginoplastyka**

Polega na utworzeniu waginy o szerokości i głębokości umożliwiającej współżycie z możliwością penetracji. Najczęściej stosowaną metodą jest tzw. „inwersja prącia”. Skóra prącia jest gładka, elastyczna, w dużej mierze nieowłosiona i zawiera minimalną ilość tkanki łącznej, dzięki czemu idealnie nadaje się do wytworzenia jamy pochwy. Unaczynione płaty skóry prącia w małym stopniu podatne są na kurczenie, co zmniejsza prawdopodobieństwo zwężenia pochwy i zamknięcia jej ujścia. W przeciwieństwie do innej metody, w której wykorzystuje się fragment jelita grubego, ta metoda nie wymaga ingerencji w jamę brzuszną, co obarczone jest dużym ryzykiem wystąpienia powikłań. Wadą tej metody jest to, że utworzona w ten sposób pochwa wymaga po operacji dużo większego poszerzania (dylacji) niż w przypadku pochwy utworzonej z jelita grubego. Wykonanie zabiegu może utrudniać również mały rozmiar prącia. Na szczęście do utworzenia pochwy o odpowiednich wymiarach można wykorzystać skórę moszny lub tkanki cewki moczowej. Użycie fragmentu jelita grubego stwarza natomiast potencjalne ryzyko nieprzyjemnego zapachu pochodzącego z wydzieliny, która może powstawać w pochwie. W przypadku osób, które nie odbywają stosunków seksualnych pochwowych (waginalnych), zaleca się stosowanie dylacji do końca życia. Źródłami satysfakcji seksualnej mogą być: unerwione fragmenty żołądździ użyte do wytworzenia łechtaczki, fragmenty skóry użyte do wytworzenia pochwy, a także stymulacja pozostawionej prostaty. Ponieważ utworzona pochwa nie produkuje wydzieliny w momencie podniecenia, dla zachowania komfortu i odczuwania przyjemności ze współżycia zachęca się do stosowania nawilżających lubrykantów².

Korekta twarzy

- **Zabiegi feminizacji twarzy (FFS – Facial Feminisation Surgery)**

Zabiegi te mają na celu nadanie bardziej kobiecego wyglądu twardym i miękkim strukturom twarzy. To zazwyczaj seria kilku zabiegów, ale należy pamiętać, że zakres interwencji jest kwestią bardzo indywidualną. Zmiany w obrębie twarzy mogą obejmować: kształt nosa (rynoplastyka), policzków, żuchwy, podbródka (mentoplastyka, geniooplastyka³), uszu (otoplastyka), ust (skracanie, podnoszenie górnej wargi, powiększenie ust), czoła i górnej okolicy oczodołów (plastyka czoła, repozycjonowanie brwi)⁴, powiek (blefaroplastyka), odbudowę linii włosów, jak również redukcję chrząstki tarczowatej krtani (jabłka Adama, chondroplastyka krtani). W chirurgii twarzy, gdy konieczna jest modyfikacja twardych struktur kostnych, stosuje się zabieg osteotomii. Zabieg ten polega

na łamaniu lub cięciu elementów kostnych, usunięciu nadmiaru tkanek i odpowiednim uformowaniu, dopasowaniu i zespoleniu odłamów kości w nowym położeniu. Zdarza się oczywiście, że nie ma konieczności ingerowania w twarde struktury kostne, a pożądany efekt uzyskiwany jest poprzez wymodelowanie tkanek miękkich – np. usunięcie nadmiaru skóry i tkanek podskórnych, naciągnięcie skóry, zmianę kształtu chrząstek lub plastykę mięśni. Mniej inwazyjnymi metodami wykorzystywanymi podczas korygowania rysów twarzy są zabiegi: liposukcji, lipofillingu lub wprowadzenia substancji wypełniających, np. na bazie kwasu hialuronowego, w wybrane partie twarzy, celem ich wymodelowania lub uzupełnienia ubytków skórnych. Liposukcja polega na odsysaniu nadmiaru tkanki tłuszczowej, a lipofilling na wypełnieniu wybranych miejsc tkanką tłuszczową pozyskiwaną np. z pośladków. W celu korekcji linii włosów stosuje się np. przeszczep mieszków włosowych lub płata skóry głowy⁵.

Korekta klatki piersiowej

- **Mammoplastyka augmentacyjna**

Polega na wszczepieniu implantów powiększających piersi. Istnieje wiele metod cięć chirurgicznych, rodzajów implantów i sposobów ich ułożenia, które pozwalają na uzyskanie satysfakcjonujących efektów. Przed przeprowadzeniem zabiegu, zaleca się co najmniej 12-miesięczny okres stosowania feminizującej terapii hormonalnej, ponieważ wpływa ona na wzrost piersi. Niektóre osoby, zadowolone z efektów terapii hormonalnej, całkowicie rezygnują z przystąpienia do operacji. Jako metodę uzupełniającą stosuje się zabieg lipofillingu, czyli przeszczepu własnej tkanki tłuszczowej. Jeśli potrzebne jest tylko niewielkie powiększenie piersi, często jest to jedyny zabieg stosowany w tym celu⁶.

Zabiegi uzupełniające

- **Usunięcie owłosienia**

Usunięcie owłosienia możliwe jest dzięki zabiegom depilacji laserowej lub elektrolizy¹.

Porównanie zabiegów elektrolizy i depilacji laserowej¹

Elektroliza	Depilacja laserowa
MECHANIZM DZIAŁANIA	
■ prąd elektryczny przesyłany jest przez niewielką igłę lub sondę do każdego mieszk włosowego, trwale go niszcząc.	■ energia świetlna lasera absorbowana jest przez melaninę w łodydze włosa, uszkadzając mieszek włosowy, powodując zmniejszenie liczby odrastających włosów; ■ w zależności od koloru włosów i rodzaju skóry stosowane są różne lasery.
ZALETY	
■ mieszki włosowe mogą ulec trwałemu zniszczeniu; ■ jest to skuteczna metoda w przypadku jasnych włosów.	■ daje szybsze efekty, wymaga mniejszej liczby zabiegów; ■ zabieg obejmuje dużą powierzchnię ciała; ■ zabieg jest mniej bolesny; ■ zwiększenie skuteczności dzięki goleniu przed zabiegiem; ■ zabieg bardzo skuteczny w przypadku ciemnych włosów na jasnej skórze; ■ bardzo dobre efekty przed wdrożeniem feminizującej terapii hormonalnej (duża skuteczność w przypadku ciemnych i mocnych włosów).
WADY	
■ długi czas oczekiwania na efekty; ■ każdy mieszek włosowy wymaga indywidualnego traktowania; ■ sesje trwają kilka godzin i muszą być powtarzane średnio co 1-2 tygodnie przez okres minimum jednego roku w celu uzyskania satysfakcjonującego efektu; ■ wyniki są bardzo zmienne i zależne od operatora urządzenia; ■ zabieg jest bolesny, wymaga znieczulenia.	■ mieszek włosowy nie ulega trwałemu zniszczeniu; ■ zabieg nieskuteczny w przypadku jasnych włosów; ■ należy bezwzględnie unikać ekspozycji na słońce przez minimum 6 tygodni przed i po zabiegu, w przeciwnym razie istnieje ryzyko depigmentacji.

Modelowanie sylwetki

Wymodelowanie sylwetki możliwe jest na przykład dzięki zabiegom: implantacji pośladków, lipofillingu lub liposukcji. Lipofilling polega na przeszczepie tkanki tłuszczowej pobranej np. z pośladków. Materiał wypełniający jest w pełni naturalny, dzięki czemu łatwo się przyswaja. Przeszczep tłuszczu wykorzystywany jest jako metoda modelowania klatki piersiowej, pośladków, dłoni i okolic intymnych. Zabieg liposukcji polega na odessaniu nadmiaru tłuszczu z wybranego fragmentu ciała².

Korekta głosu

Podniesienie tonu głosu umożliwiają techniki operacyjne, np. endoskopowe skrócenie wibrujących strun głosowych lub zabieg zwiększenia ich napięcia. Pomocna jest również terapia głosu, np. we współpracy z logopedą lub foniatrą, który uczy, w jaki sposób można modelować głos⁷.

Zabiegi maskulinizujące

Korekta narządów płciowych

Duża część osób decyduje się na wykonanie zabiegu histerektomii (usunięcia macicy) lub panhisterektomii (usunięcia macicy wraz z przydatkami) w celu wyeliminowania głównego źródła produkcji estrogenów i trwałego ustania miesiączki. Część osób, które czują się niekomfortowo z wydzielinami z pochwy, decyduje się na waginektomię. Niewiele osób decyduje się na pełną rekonstrukcję narządów płciowych: utworzenie moszny wraz z protezą jąder oraz prącia umożliwiającego oddawanie moczu na stojąco, zdolnego do uzyskania erekcji (za pomocą wszczepionej protezy) i wielkości umożliwiającej penetrację, związane jest to np. z lękiem przed niewystarczającymi efektami zabiegu (wrażliwość erogenną ma jedynie łechtaczka, która zostaje włączona do podstawy prącia), jak również brakiem wystarczających środków finansowych^{1, 2}.

- **Histerektomia (panhisterektomia, owariektomia)**

Histerektomia polega na usunięciu macicy, panhisterektomia na jej usunięciu wraz z jajowodami i jajnikami (przydatkami), owariektomia na usunięciu samych jajników lub jajnika. Zaleca się wykonanie operacji techniką przezpochwową lub laparoskopową. Metody te pozostawiają mniejsze blizny i niosą za sobą mniejsze ryzyko powikłań, zapewniają szybszy powrót do zdrowia i większą satysfakcję niż zabieg wykonany przez powłoki brzuszne^{1, 2}.

- **Waginektomia**

Polega na usunięciu pochwy. Wykonuje się ją metodą przezpochwową lub laparoskopową. Zabieg niesie za sobą spore ryzyko wystąpienia powikłań. Błona śluzowa położona bliżej ujścia pochwy usuwana jest często bezpośrednio, przezpochwowo. Ta położona dalej ujścia pochwy, ze względu na ryzyko urazu jelit, niszczona jest często metodą ablacji (np. za pomocą energii elektrycznej). Po całkowitym usunięciu błony śluzowej, pozostałe sklepienie pochwy jest zszywane i zamykane z wielką starannością tak, aby nie uszkodzić głębiej położonych tkanek^{1, 2}.

- **Metoidioplastyka**

Polega na wytworzeniu małego prącia przy wykorzystaniu przerośniętej pod wpływem terapii hormonalnej łechtaczki. W połączeniu z rekonstrukcją cewki moczowej, zabieg umożliwia oddawanie moczu na stojąco (wydłużenie cewki jest opcjonalne). Uzyskuje się prącie o średniej długości 5,7 cm, co nie gwarantuje możliwości współżycia z penetracją ani korzystania z protezy wydłużającej. Nie ma też gwarancji, że każdy zabieg umożliwi oddawanie moczu na stojąco, komplikacje występują jednak rzadko. Zabieg metoidioplastyki jest mniej skomplikowany niż zabieg falloplastyki i wiąże się z krótszym czasem rekonwalescencji i mniejszą liczbą powikłań. Łechtaczka i prącie mają podobną budowę, u większości osób odczucia erogenne i zdolność do orgazmu zostają zachowane^{1, 2}.

- **Falloplastyka**

Polega zwykle na wytworzeniu prącia przy wykorzystaniu tkanek własnych. Najczęściej używa się w tym celu płata skóry z przedramienia. Skóra w tym miejscu jest

cienka i giętka, dlatego świetnie nadaje się do przeszczepu. Nerwy czuciowe płąta łączy się z nerwami biodrowo-pachwinowymi i grzbietowymi łechtaczki, dzięki czemu uzyskuje się prącie wrażliwe na dotyk. Łechtaczkę umieszcza się pod prąciem, co umożliwia dodatkową stymulację podczas stosunku i osiągnięcie orgazmu. W celu zwiększenia efektu estetycznego rekonstruuje się żołądź prącia, a później odpowiednio tatuuje. Największą wadą zabiegu jest pozostawienie widocznej blizny na przedramieniu. Alternatywnie przeszczepia się płat skóry z podbrzusza, uda lub płat skórno-mięśniowy z mięśnia najszerzego grzbietu^{1,2}.

- **Uretroplastyka**

Polega na rekonstrukcji cewki moczowej i umieszczeniu jej ujścia w głowie łechtaczki, co umożliwia oddawanie moczu na stojąco. W tym celu wykorzystuje się np. pozbawioną owłosienia tkankę warg sromowych mniejszych lub błonę śluzową pochwy. Zwykle uretroplastykę wykonuje się w połączeniu z innymi zabiegami^{1,2}.

- **Skrotoplastyka**

Polega na rekonstrukcji moszny z użyciem tkanek warg sromowych większych. Obie struktury mają podobny kolor, budowę i własności erogenne. Niektóre osoby decydują się na późniejsze umieszczenie silikonowych protez jąder wewnątrz moszny^{1,2}.

- **Protezowanie prącia**

Jest to zabieg uzupełniający do falloplastyki, polega na protezowaniu prącia za pomocą urządzenia umożliwiającego uzyskanie erekcji i współżycie z penetracją. Wszczepienie protezy odbywa się minimum pół roku, a zwykle rok od przeprowadzenia zabiegu falloplastyki, gdy nerwy czuciowe prącia są już zregenerowane, co pozwala na bezpieczne użytkowanie protezy. Preferowane są protezy hydrauliczne przed sztywnymi i półsztywnymi, ponieważ rzadziej ulegają uszkodzeniu. Proteza hydrauliczna składa się z trzech części: cylindra (lub dwóch), zastępującego ciała jamiste, umieszczanego w prąciu, zbiornika z płynem wypełniającym cylinder, gdy konieczne jest zwiększenie jego objętości oraz pompki odpowiedzialnej za przepływ płynu ze zbiornika do cylindra, którą umieszcza się w worku mosznowym. Operacja obarczona jest dużym ryzykiem powikłań w postaci nawracających infekcji lub awarii mechanicznych urządzenia^{1,2}.

Korekta klatki piersiowej

- **Rekonstrukcja klatki piersiowej (mastektomia)**

Jest to zabieg usunięcia piersi. Wdrożenie maskulinizującej terapii hormonalnej nie jest obligatoryjną podstawą do przeprowadzenia operacji. Wybór metody uzależniony jest od różnych czynników, w tym: objętości piersi, rozmiaru, umiejscowienia i kondycji brodawek sutkowych, stopnia nadmiaru i elastyczności skóry. Najbardziej popularną metodą korekty klatki piersiowej jest zabieg mastektomii z tzw. „podwójnym cięciem” (*double incision mastectomy*), który polega na wykonaniu dwóch długich poziomych nacięć. Wskazany jest przede wszystkim dla osób o średnich i dużych piersiach. Podczas zabiegu usuwany jest nadmiar tkanki tłuszczowej i skóry, pomniejszone otoczki wraz z brodawkami sutkowymi zostają ponownie umocowane na klatce piersiowej (u mężczyzn sutki zwykle są mniejsze i szerzej rozstawione). W wyniku zabiegu czucie w brodawkach sutkowych zostaje całkowicie utracone. Niektóre osoby

decydują się na całkowite ich usunięcie. Istnieje ryzyko, że pomimo usunięcia nadmiaru skóry część tkanki zostanie po bokach klatki piersiowej, aby temu zapobiec stosuje się specjalny rodzaj szwów w pobliżu nacięć. W przypadku osób o elastycznej skórze i mniejszych piersiach (w granicach miseczki „A”) stosuje się mastektomię z tzw. „cięciem półkolistym” (*circumareolar incision, keyhole method*). Zabieg polega na wykonaniu nacięcia wzdłuż dolnej połowy otoczki, co pozostawia niewielkie blizny. Otoczka brodawek sutkowych może pozostać niezmieniona, wtedy czucie w nich zostaje zwykle zachowane. W przypadku osób o nieco większych piersiach (w granicach miseczki „B”) i elastycznej skórze stosuje się mastektomię z tzw. „cięciem okołotoczkowym” (*periareolar incision*). Zabieg polega na wykonaniu jednego nacięcia wokół otoczki brodawki sutkowej i drugiego nacięcia koncentrycznego o nieco większej średnicy, co również pozostawia niewielkie blizny. Dzięki tej procedurze zazwyczaj zostaje zachowane częściowe czucie w brodawkach sutkowych. Czasem dodatkowo wykonuje się również zabieg liposukcji⁶.

Korekta twarzy

- Zabiegi maskulinizacji twarzy

Zabiegi te są znacznie mniej powszechne niż zabiegi feminizacji twarzy. Zmiany w obrębie twarzy obejmują: czoło (wydłużenie i powiększenie), podbródek, nos (rynoplastyka), szyję, policzki i żuchwę (powiększenie)¹.

Zabiegi uzupełniające

- Modelowanie sylwetki

Wymodelowanie sylwetki możliwe jest na przykład dzięki zabiegom liposukcji lub lipofillingu. Liposukcja polega na odessaniu nadmiaru tłuszczu z wybranego fragmentu ciała, np. brzucha, klatki piersiowej lub pośladków. Zabieg lipofillingu polega na przeszczepie tkanki tłuszczowej pobranej np. z pośladków. Materiał wypełniający jest w pełni naturalny, dzięki czemu łatwo się przyswaja. Przeszczep tłuszczu wykorzystywany jest jako metoda modelowania np. klatki piersiowej, pośladków i okolic intymnych².

- Korekta głosu

Chirurgiczny zabieg obniżający ton głosu wykonywany jest rzadko ze względu na zadowalające efekty maskulinizującej terapii hormonalnej⁸.

Polecana dodatkowa lektura

- Schechter LS. (red.). Gender confirmation surgery. Cham: Springer International Publishing 2020.

Piśmiennictwo

- ¹ Hadj-Moussa M i wsp. Feminizing Genital Gender-Confirmation Surgery. Sex Med Rev 2018;6 (3):457–468.
- ² Schechter LS. (red.). Gender confirmation surgery. Cham: Springer International Publishing 2020.
- ³ Deschamps-Braly J. Feminization of the Chin: Genioplasty Using Osteotomies. Facial Plast Surg Clin North Am 2019;27 (2):243–250.
- ⁴ Altman K. Forehead reduction and orbital contouring in facial feminisation surgery for transgender females. Br J Oral Maxillofac Surg 2018;56 (3):192–197.
- ⁵ Berli JU i wsp. Facial gender confirmation surgery-review of the literature and recommendations for Version 8 of the WPATH Standards of Care. Int J Transgenderism 2017;18 (3):264–270.
- ⁶ Claes EY i wsp. Chest Surgery for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. Clin Plast Surg 2018;45 (3):369–380.
- ⁷ Nolan IT i in. The Role of Voice Therapy and Phonosurgery in Transgender Vocal Feminization. J Craniofac Surg 2019;30 (5):1368–1375.
- ⁸ Irwig MS i wsp. Effects of testosterone on the transgender male voice. Andrology. 2017;5 (1):107–112.

Jak mogą pomóc członkowie rodziny, bliscy i społeczność?

Julia Kata, Emilia Wiśniewska

Macie Państwo przed sobą rozdział, w którym chcemy Państwu przybliżyć kwestie wsparcia ze strony bliskich i układania relacji po coming outcie, w trakcie tranzycji i w okresie, gdy osoba trans funkcjonuje już społecznie w zgodzie ze swoją tożsamością płciową. Postaramy się też przybliżyć bliskim osób trans i enby, jakiego wsparcia mogą same udzielić, a także co powinny wziąć pod uwagę, aby zadbać również o siebie i odnaleźć się w nowej sytuacji po coming outcie ważnej dla nich osoby. Najpierw jednak chcemy postawić pytanie: czy transpłciowość bądź niebinarność zmienia coś w życiu rodzinnym i różnych relacjach samych osób trans i enby oraz ich bliskich? I czy musi coś zmieniać?

Osoba trans czy enby, która dokonuje coming outu, to dalej ta sama osoba, którą znaliśmy wcześniej, kochałyśmy, lubiłyśmy z nią spędzać czas. Ale wraz z coming outem ta sama osoba może wreszcie zacząć żyć otwarcie, może opowiedzieć swoim bliskim o trudnościach, z jakimi się mierzy i wspólnie z nimi przeżywać radość z funkcjonowania w zgodzie ze swoją tożsamością i z postępow w tranzycji, co może zmienić dynamikę relacji. Osoba trans/enby dokonuje coming outu, by nie musieć dłużej żyć z obawą, że otoczenie „czegoś” się domyśli. Po coming outcie osoba może być w dalszym ciągu niepewna reakcji otoczenia – także wówczas, gdy w pierwszej odpowiedzi na swój coming out otrzymuje zapewnienie o akceptacji i o tym, że to nie wpływa negatywnie na jej relacje. Transfobia i enbyfobia są postawami tak rozpowszechnionymi, że nierzadko outująca się osoba jest wręcz zdziwiona pozytywnymi reakcjami i, przyzwyczajona do reakcji negatywnych czy wręcz agresywnych, wykazuje się w stosunku do otoczenia podejrzliwością, niepozbawioną niestety podstaw.

Otoczenie z kolei w pierwszej chwili może nie wiedzieć, jak właściwie zareagować na coming out osoby trans/enby. Dla większości osób jest to nowa sytuacja, czasami bardzo zaskakująca. Akceptacja transpłciowości i niebinarności nie jest powszechną postawą, co sprawia, że lęk przed niezrozumieniem i odrzuceniem przez otoczenie, w tym także przez najbliższe osoby, przesłaniać może myśl o udanym życiu w zgodzie ze sobą i równoczesnym podtrzymywaniu i rozwijaniu ważnych relacji. Jednak autentyczna i pełna akceptacja wymaga zrozumienia. Oznacza to, że osoba, której Państwo mówicie o sobie, może potrzebować czasu na zrozumienie Państwa doświadczenia jako osoby transpłciowej i niebinarnej, potrzeb dotyczących tego, jak ma się do Państwa zwracać i zachowywać się w sytuacjach z pozoru mało znaczących, które nagle okazują się być istotne (na przykład: czy osobie niebinarnej dać w szkole prezent na dzień chłopaka, dzień dziewczyn, a może po prostu w dzień widoczności osób niebinarnych, chociaż wypada w wakacje?). Dobrą drogą do zrozumienia jest rozmowa i duże znaczenie ma tutaj Państwa otwartość w komunikowaniu swoich potrzeb – chociaż wiemy, że bywa to trudne, zwłaszcza dla osób, które dopiero rozpoczynają funkcjonowanie w zgodzie ze swoją tożsamością i samo przedstawienie się wybranym imieniem może od nich wymagać dużo odwagi. Uczciwie musimy w tym miejscu napisać, że nie ma przepisu na „idealny” coming out, nie ma najlepszego momentu. Przed samym coming outem trudno też przewidzieć, jaki będzie on miał przebieg i jak będzie się dalej rozwijać relacja między osobą outującą się i osobą, która o jej transpłciowości czy niebinarności się dowiaduje.

Rodzina i bliscy to osoby, od których można szczególnie oczekiwać i potrzebować akceptacji. Bliskie relacje wymagają czasu na ich zbudowanie i koniec takiej relacji bądź jej ochłodzenie odczuwamy jako poważne zaburzenie ustalonego porządku, które odczuć możemy w codziennym życiu. Gdy się to dzieje, wpływa to też na naszą gotowość do obdarzania zaufaniem innych ludzi.

Transpłciowość swoich dzieci akceptuje zaledwie 25,6% matek i tylko 15,2% ojców. To dane wskazujące na to, że przeważającą postawą jest brak akceptacji, który może przybierać zarówno formę odrzucenia swojego dziecka w sposób agresywny i wrogi, jak i ignorowania rzeczywistości – zwracania się do osoby trans z użyciem deadname'u i niewłaściwych zaimków, wciskania w sztywne ramy płci przypisanej (np. poprzez narzucanie określonego ubioru, mającego odpowiadać płci przypisanej) i wstydliwego ukrywania transpłciowości dziecka przed otoczeniem. Wszystkie te postawy ze strony bliskich dla osoby trans mogą być bardzo bolesne i mają realne przełożenie na jej dobrostan psychiczny, osiągnięcia edukacyjne i zawodowe, i wreszcie – na możliwości bycia sobą, przeżywania swojej płci i ewentualnego przeprowadzenia korekty płci. Pokazuje to, jak ważna jest dla osoby transpłciowej akceptacja ze strony otoczenia, a zwłaszcza ze strony osób, z którymi łączy ją więź emocjonalna czy relacje rodzinne (co nie musi iść ze sobą w parze).

Rodzinę w naszym społeczeństwie traktuje się jak wartość nadrzędną. Normy społeczne czy oczekiwania samych członków rodziny nie są jednak ważniejsze od Państwa szczęścia, poczucia bezpieczeństwa i życia. Czasem, w sytuacji powtarzającej się przemocy fizycznej i psychicznej, zagrożenia bezpieczeństwa czy nieszanowania przez własną rodzinę autonomii osoby trans/enby, lepiej jest postawić swojej rodzinie bardzo wyraźnie zarysowane granice, a nawet ograniczyć bądź zerwać kontakt. Nie musicie Państwo doświadczać ze strony członków swojej rodziny fizycznej przemocy, by nie chcieć utrzymywać z nimi kontaktu. Przemoc psychiczna, emocjonalna i ekonomiczna może być równie destrukcyjna, chociaż nie pozostawia śladów na ciele. Zerwanie kontaktu z rodziną (czy poszczególnymi jej członkami) nie jest łatwe i często samo zerwanie okazuje się być długim procesem, a nie jednorazowym komunikatem. Warto przy podejmowaniu takiej decyzji zadbać o siebie i rozważyć, co będzie dla Państwa najlepsze. Jak w wielu trudnych sytuacjach, warto wziąć pod uwagę skorzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej bądź psychoterapeutycznej, a także zadbać o wsparcie ze strony bliskich, akceptujących osób. Zerwanie kontaktu z rodziną może być sytuacją, w której trudno sobie wyobrazić swoje udane i zdrowe relacje i wsparcie bliskich osób, które Państwa akceptują, może być ważne dla zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa w relacjach.

Rodzina z wyboru

W życiu osób transpłciowych ważna jest tzw. rodzina z wyboru. Często określenie to odnosi się w Polsce do związków jednopłciowych (w tym wychowujących dzieci), ale jego sens może być szerszy i dotyczyć osób, które Państwo wpuszczacie do swojego życia, bo im ufacie, rozumieją Wasze doświadczenie albo je podzielają, bo również są osobami LGB-TQIAP*. Budowanie wokół siebie takich rodzin z wyboru przez osoby LGB-TQIAP często jest odpowiedzią na odrzucenie przez rodzinę, w której się wychowywały.

Osoby, które są blisko w Państwa życiu od lat to także osoby, które dobrze Państwa znają – a w związku z tym wiedzą, jakie macie Państwo potrzeby, jakie stawiacie Państwo sobie cele w życiu i – co bardzo ważne – jak reagujecie Państwo na trudne czy kryzysowe

* Skrót obejmujący lesbijki, gejów, osoby bi (biseksualne i biromantyczne), osoby transpłciowe (tutaj w parasolowym rozumieniu, a więc także osoby niebinarne), osoby queer, osoby interpłciowe, osoby aseksualne i aromantyczne oraz osoby panseksualne i panromantyczne. Jest to rozwinięta wersja skrótowca LGBT.

sytuacje. Możecie Państwo spodziewać się, że dzieląc się z nimi Waszymi problemami, otrzymacie wsparcie, rady czy praktyczne informacje (np. o dostępnych formach wsparcia profesjonalnego), które będą uwzględniały Państwa perspektywę i sytuację.

Ważne też, abyście Państwo pamiętali, że rozpoczęcie życia w zgodzie ze swoją tożsamością płciową może Państwu otwierać drogę do poznania nowych osób, które staną się dla Państwa ważne. Osoby, dla których Państwa transpłciowość od samego początku Waszej znajomości będzie czymś akceptowanym i niepodlegającym dyskusji mogą stać się dla Państwa ważnymi ludźmi w Państwa życiu. Jeżeli macie Państwo różne doświadczenia z wcześniejszymi coming outami, to spotkanie kogoś, kto po prostu przyjmie Państwa takimi, jakimi Państwo jesteście, może być dla Państwa wzmacniające i pomocne w budowaniu samoakceptacji i poczucia, że Państwa tożsamość niczego nie ujmuje Państwa wartości jako osób zasługujących na szacunek, akceptację i otaczanie się osobami, które Państwu ten szacunek i akceptację okazują.

Relacje romantyczne i/lub seksualne

Nie możemy nie wspomnieć w tym miejscu o relacjach romantycznych i seksualnych. Jeżeli odczuwacie Państwo potrzebę budowania takich relacji, to ważne, aby także one były oparte na respektowaniu Państwa tożsamości. Wielu osobom transpłciowym trudno jest wyobrazić sobie, że mogą zostać w pełni zaakceptowane w relacji romantycznej czy seksualnej. Chociaż coraz częściej możemy się natknąć na prezentowanie udanych relacji jedнопłciowych (w mediach, kulturze popularnej, życiu publicznym), to w większości są to relacje osób cisplciowych i niełatwo przełożyć je na sytuację osób transpłciowych. Sprawia to, że osobom trans i enby może być trudno określić, jak miałyby wyglądać ich relacje w tych sferach życia.

Jeżeli macie Państwo takie doświadczenia, to warto, byście rozważyli Państwo skorzystanie z profesjonalnego wsparcia psychologa_żki czy seksuologa_żki. Istotne jest to również dlatego, że praca nad własnymi traumami, trudnościami i ograniczeniami (jeżeli ich w sobie nie akceptujemy) w sferze seksualnej i romantycznej jest dobrym wstępem do budowania w przyszłości relacji, które będą bardziej satysfakcjonujące, udane i zdrowe. Jeżeli doświadczacie Państwo dysforii płciowej w sposób wpływający na Państwa życie seksualne, to ważne, abyście ze strony Waszych osób partnerskich mogli liczyć na zrozumienie i uszanowanie Państwa granic. Dysforia w łóżku nie przekreśla szans na satysfakcjonujący seks. Nie musicie Państwo starać się na siłę zignorować czy unieważnić swoją dysfориę, byle tylko zadowolić Waszą osobę partnerską.

Wiele_lu specjalistek_stów łączy w swoim przygotowaniu zawodowym i pracy dwie specjalności – psychologiczną i seksuologiczną. Możecie Państwo spodziewać się, że taka_ki specjalistka_sta będzie w stanie w pracy z Państwem przyglądać się różnym obszarom, w których doświadczacie Państwo trudności i udzielać Państwu pomocy psychologicznej i seksuologicznej. Skorzystanie z takiego wsparcia jest ważne, ponieważ w relacji dobrej dla wszystkich zaangażowanych w nią osób żadna z nich nie powinna pełnić roli terapeut_uki.

Rola transpłciowej i niebinarnej społeczności

Posiadanie znajomych osób trans i enby w swoim najbliższym otoczeniu może być źródłem nieocenionego wsparcia. Możecie Państwo mieć nadzieję na dużo lepsze zrozumie-

nie ze strony osób, które dzielą Państwa doświadczenia. Może też być Państwu łatwiej otworzyć się przed swoimi znajomymi i przyjaciółmi, którzy podobnie jak Państwo są osobami trans. Nie bez znaczenia jest też fakt, że na pewnym etapie swojego życia wiele osób trans potrzebuje *role models* – osób, które podzielią się z Państwem swoimi doświadczeniami z czasu, gdy były w podobnym miejscu w życiu do tego, w jakim Państwo jesteście obecnie, a także poprzez samą swoją obecność będą dla Państwa przypomnieniem, że także Państwo macie możliwość, by wieść udane życie w zgodzie ze swoją tożsamością płciową.

Ważną rolę pełnią tutaj popkultura i media społecznościowe. Dostarczają nam one treści, których rozumienie możecie Państwo podzielać z innymi osobami z transpłciowej i niebinarnej społeczności. Co więcej, możecie Państwo coraz częściej natrafić w mediach społecznościowych na historie swojego życia, którymi osoby trans i enby chcą dzielić się z innymi. Osoby transpłciowe i niebinarne stały się twórcami wartościowych i rzetelnych informacji na temat swojej tożsamości. Mogą one okazać się dla Państwa bardziej przystępne niż teksty rzetelne, lecz pisane językiem naukowym czy wymagające umiejętności odczytywania i interpretowania danych z badań.

Wsparcie ze strony swojej społeczności możecie Państwo otrzymać także poprzez udział w spotkaniach grup wsparcia, takich jak te prowadzone przez Fundację Trans-Fuzja. W formule obowiązującej grupy prowadzone pod szyldem Trans-Fuzji zwyczajowo spotkacie Państwo na spotkaniach dwie osoby prowadzące – osobę z profesjonalnym przygotowaniem psychologicznym oraz osobę transpłciową, która Państwa sytuację może lepiej zrozumieć dzięki własnym doświadczeniom. Nie mniej ważne od roli osób prowadzących jest tutaj także wsparcie wzajemne osób uczestniczących w spotkaniach. Transpłciowa i niebinarna społeczność jest bardzo różnorodna. W związku z tym w trakcie spotkań możecie Państwo poznać osoby w różnym wieku, pochodzące zarówno z dużych miast, jak i wsi, skąd dojeżdżają na spotkania, mające różne zainteresowania, sytuację rodzinną i perspektywy życiowe, a także różne potrzeby związane ze swoją transycją. Z praktyki funkcjonowania naszych grup możemy jednak Państwa zapewnić, że te różnice nie stanowią nieprzekraczalnej przeszkody w wymianie doświadczeń życiowych, praktycznych informacji dotyczących transycji, coming outu czy radzenia sobie z dyskryminacją. Dla wielu osób spotkania grup wsparcia są pierwszym miejscem, w którym mogą poznać inne osoby niebinarne i transpłciowe. W warunkach pandemii Trans-Fuzja uruchomiła także spotkania online i ze względu na ich dostępność dla osób spoza miast, w których wcześniej odbywały się spotkania, grupy online zostaną utrzymane także po pandemii COVID-19. Udział w grupach nie wymaga spełnienia żadnych specjalnych warunków. Podobne grupy wsparcia organizują bądź współorganizują z Trans-Fuzją także inne organizacje LGBT-TQIAP – m.in. Stowarzyszenie na Rzecz Osób LGBT Tolerado, Stowarzyszenie Tęczówka i Krakowskie Centrum Równości DOM EQ. Część spotkań grupy wsparcia w Krakowie dedykowana jest zarówno dla osób trans i enby, jak też ich bliskich.

Warto też wspomnieć o grupach samopomocowych i sieciach wsparcia wzajemnego. Nie mają one charakteru tak ustrukturyzowanego jak grupy opisane powyżej i zgodnie z definicją zrzeszają same osoby transpłciowe i niebinarne (niekoniecznie z udziałem osoby z profesjonalnym przygotowaniem do pracy wsparciowej, choć przypominamy, że osoby trans czy enby też mogą być np. psycholożkami_gami), jednak również mogą być dla Państwa źródłem wsparcia. Niekoniecznie grupy takie muszą spotykać się regularnie, często funkcjonują raczej na zasadzie podtrzymywania relacji wykraczających poza kontakt wsparciowy i nabierają bardziej wsparciowego charakteru w momencie, gdy należące

do nich osoby znajdują się w trudnej sytuacji. Takie grupy samopomocowe i sieci wsparcia mogą funkcjonować zarówno w formie online, jak i offline, a zazwyczaj łączą te dwie formy działania.

Dla bliskich osób transpłciowych i niebinarnych

Skoro czytacie Państwo niniejszą publikację, to zapewne szukacie Państwo informacji o tym, jak odpowiedzieć na coming out bliskiej Wam osoby trans/enby. Być może jesteście Państwo w momencie, gdy nic z tego nie rozumiecie i macie poczucie, że Was ta sytuacja przerasta. Możliwe też, że w naszej publikacji chcecie Państwo znaleźć cię nadziei, że „to tylko faza” i Państwa dziecko czy inna bliska Wam osoba „się rozmyśli”. W tej kwestii chcemy Państwu powiedzieć jasno: tożsamość płciowa to nie ulotny stan. Osoba, która Państwu powiedziała o sobie, prawdopodobnie już od dłuższego czasu zdaje sobie sprawę ze swojej tożsamości albo ma za sobą długie poszukiwania odpowiedzi na to, kim jest.

Będąc rodzicem, opiekunem, siostrą, najlepszym przyjacielem, osobą partnerską czy babcią osoby trans/enby należycie Państwo do grona jej bliskich. Nawet w rodzinie bliskość nie jest czymś danym z góry, lecz buduje się ją przez lata i wymaga nieustannej pracy nad jej podtrzymywaniem i rozwijaniem. Osoby, które łączą „więzy krwi”, mogą być sobie bardzo obce – ale obok „więzów krwi” bądź bez nich ludzi może ze sobą łączyć wzajemny szacunek, empatia, zainteresowanie drugą osobą i chęć uczestniczenia w jej życiu.

Macie Państwo prawo mieć obawy, możecie Państwo czegoś nie wiedzieć i nie mieć pojęcia, jak się zachować tak, by to nie sprawiło bólu osobie trans/enby. Wiedza o transpłciowości i niebinarności nie jest dana na tacy, a w sytuacji, gdy osobą enby/trans jest ktoś Państwu bliski, nie jest to sytuacja dla Państwa neutralna i możecie Państwo przeżywać różne, również trudne emocje, takie jak żal, smutek, złość, poczucie straty czy szukanie w sobie winy.

Fakt, że osoba trans/enby podzieliła się z Państwem informacją o swojej tożsamości, świadczy o tym, że Wam ufa i spodziewa się, że dobrze przyjmiecie jej coming out. Od tego momentu to od niej i od Państwa zależy, jak dalek będą rozwijać się relacje między Wami. W tej sytuacji to osoba trans/enby jest przedstawicielką społeczności marginalizowanej i wykluczanej, w związku z tym Państwo możecie odnaleźć się w roli sojuszników_czek. Mianem tym określamy osoby, które choć same nie należą do określonej marginalizowanej grupy, to wspierają ją, walczą o jej prawa oraz działają na rzecz budowania postaw akceptacji dla tej grupy w społeczeństwie (przy czym nie musi być to wąsko rozumiany aktywizm, ale też np. reagowanie na trans- czy enbyfobiczne zachowania i wypowiedzi w swoim otoczeniu). Nie oznacza to jednak, że w takiej sytuacji nie możecie mieć Państwo swoich potrzeb związanych z relacją z osobą trans/enby, dotyczących komunikacji, rozłożenia uwagi i okazania wsparcia także Państwu, gdy tego potrzebujecie.

Udana relacja między dwiema osobami wymaga tego, aby obie osoby mogły się w takiej relacji realizować i mieć poczucie, że ta relacja im służy. Nie musi ona być i niemal nigdy nie jest idealna. Może w niej dochodzić do nieporozumień, problemów w komunikacji, rozbieżności potrzeb i oczekiwań i nawet szczere chęci po obu stronach nie gwarantują, że do takich sytuacji nie dojdzie. W istotnym dla nas tutaj kontekście oznacza to, że nie musicie Państwo wszystkiego od razu wiedzieć i macie Państwo prawo popełniać błędy. Ważne jest natomiast to, jak Państwo przyjmiecie informację o tym, że jakieś Państwa zachowanie czy wypowiedź sprawia, że osoba trans/enby czuje się źle bądź wpływa to na odczuwaną przez nią dysfориę płciową (jeżeli Państwa bliska osoba dysfориę płcio-

wą w ogóle odczuwa, bo – przypominamy – nie jest to doświadczenie wszystkich osób transpłciowych i niebinarnych). Równie ważne jak wiedza o transpłciowości i niebinarności są tutaj empatia, wycucie i otwartość w komunikacji. Wiedza, jaką Państwo możecie sobie przyswoić z myślą o budowaniu i rozwijaniu Waszej relacji z osobą trans, jest ważna i potrzebna, natomiast to zwrócenie uwagi na emocje i praca nad nimi i ich wyrażaniem jest tutaj kluczem do wzajemnego zrozumienia i dobrego sojusznictwa.

Dla rodziców i opiekunów

Być może macie Państwo już za sobą wiele pracy nad zrozumieniem i zaakceptowaniem swojego transpłciowego dziecka. Być może dopiero dowiedzieliście się o jego transpłciowości i jeszcze nie wiecie, jak macie się w tej sytuacji odnaleźć. A może po prostu zauważacie, że w życiu Waszego dziecka dzieje się coś ważnego i przypuszczacie, że zastanawia się nad swoją tożsamością płciową, ale jeszcze o tym nie rozmawialiście. Będąc rodzicem czy opiekunem osoby transpłciowej, możecie Państwo czuć różne emocje i możecie przy tym zastanawiać się, czy są one adekwatne i uprawnione. Państwa emocje same w sobie nie są słuszne bądź nie, natomiast zasługują na ich dostrzeżenie i danie sobie prawa do ich przeżywania.

Jedną z takich emocji jest żaloba po coming outcie. Sformułowanie to może brzmieć dla Państwa niepokojąco – to, co w istocie się za nim kryje, to przeżycie coming outu Waszego transpłciowego dziecka jako zamykającego okres w Państwa relacji z nim, gdy nie byliście Państwo świadomi jego transpłciowości. Coming out dziecka może być dla Państwa szokiem – przecież znacie swoje dziecko bardzo dobrze, widzieliście, jak dorasta, obserwowaliście je na co dzień. Jak to się stało, że niczego nie zauważyliście? Czy osoba, którą Państwo kochacie, jest tą samą osobą? Płeć to jedna z tych cech człowieka, które są dla większości ludzi najbardziej „przezroczyste” (może nam wydawać się, że w ogóle nie zwracamy na nią uwagi) i wydają się przy tym oczywiste. Dowiedzenie się, że Państwa dziecko jest innej płci, niż Państwo przez lata uważaliście, może sprawiać, że macie Państwo poczucie drastycznego zerwania z całą dotychczasową historią Waszej relacji. Wspomnienia zabaw z dzieciństwa (uważanych często za odpowiednie dla chłopców bądź dziewczynek), wychowywania Waszego dziecka w zgodzie z normami płci przypisanej i to, jak Państwo wyobrażaliście sobie jego dorosłe życie, może wydawać się Państwu kompletnie zdezaktualizowane. To prawda, że wraz z rozpoczęciem życia w zgodzie ze swoją tożsamością Państwa dziecko zmieni wiele w swoim życiu i wiele Waszych wspólnych wspomnień będzie mu się kojarzyło z życiem w ukryciu. Pamiętajcie przy tym Państwo, że to wciąż ta sama osoba, rozpoczynająca nowy rozdział w swoim życiu, ale też dajcie sobie Państwo czas i przestrzeń na przeżycie tej „żałoby”.

W tej sytuacji nie musicie Państwo być sami. Osobom transpłciowym przed coming outem często wydaje się, że są jedyne na świecie – podobnie Państwo możecie doświadczać poczucia osamotnienia ze swoim doświadczeniem bycia rodzicem czy opiekunem osoby transpłciowej. W takim momencie pomocne może być spotkanie innych osób, które Państwa doświadczenie dzielają. Kontakt z innymi rodzicami i opiekunami osób transpłciowych może Państwu pomóc ułożyć sobie wszystko w głowie i poradzić sobie z wieloma obawami. Możecie Państwo mieć nadzieję, że spotkacie się ze zrozumieniem Waszej sytuacji ze strony innych rodziców i opiekunów osób transpłciowych. Jeżeli nawet wydaje Wam się, że nowa sytuacja Państwa przerasta i trudno Wam utożsamić się z rodzicami i opiekunami, którzy z pełnym przekonaniem mówią o tym, że akceptują swoje dziecko, to pamiętajcie Państwo, że być może oni też byli kiedyś w miejscu, w którym Wy jesteście i też nie mieli gotowych odpowiedzi i rozwiązań.

Włączenie się w społeczność rodziców i opiekunów osób trans może otworzyć Państwu drogę nie tylko do zrozumienia swojego dziecka, ale też zrozumienia i przyjęcia emocji, jakie Państwu przy tym towarzyszą. Społeczność ta coraz bardziej się rozwija i warto, byście Państwo rozważyli dołączenie do grup wsparcia czy grup tworzonych na portalach społecznościowych. Pomocne może być też wsparcie profesjonalne, np. konsultacje psychologiczne, jakie prowadzą organizacje pozarządowe LGBTQIAP, w tym Fundacja Trans-Fuzja.

Wciąż pokutuje opinia, jakoby bycie osobą trans/enby oznaczać musiało same nieszczęścia i trudności w życiu. Z niepokojem myśli o tym wielu rodziców i opiekunów, którzy obawiają się o to, jak potoczy się życie ich dziecka. Tymczasem transpłciowe biografie są bardzo różne. Także wtedy, kiedy naznaczone są doświadczeniem dyskryminacji, wykluczenia czy przemocy nie oznacza to, że osoba trans/enby nie może wieść udanego, spełnionego życia. Zamiast pisać w głowie czarne scenariusze, porozmawiajcie Państwo z bliską Wam osobą trans/enby o tym, jak chce, by wyglądało jej życie, o jej planach życiowych, priorytetach, marzeniach i trudnościach. Może się okazać, że będziecie Państwo mieć swoją rolę w towarzyszeniu bliskiej Wam osobie trans/enby w jej kształtowaniu swojego życia tak, jak chce tego dla siebie. Jako rodzice czy opiekunowie prawni, zapewne myśleliście Państwo nieraz o tym, jak będzie wyglądała przyszłość Państwa dziecka. Wielu rodziców i opiekunów podąża przy tym za gotowymi scenariuszami na udane życie, czy też raczej scenariuszami, które przyjęło się za takie uważać ze względu na społeczne oczekiwania – rodzina, dzieci, dobra praca, własny dom... To ideał, który dla wielu osób jest trudny do zrealizowania, a dla wielu ludzi po prostu nie jest ich pomysłem na życie.

Dowiedzenie się przez Państwa o transpłciowości Państwa dziecka to moment, kiedy Państwa pomysły na jego życie mogą wydawać się Państwu niemożliwe do zrealizowania – „chciałam, aby moje dziecko założyło rodzinę, ale to przecież nie będzie możliwe”, „posłałem dziecko na studia, a ono zajmuje się jakimiś głupotami”. Transpłciowość czy niebinarność to nie brzemię. Jej jego tożsamość płciowa nie oznacza, że nie znajdzie w swoim życiu kochających ją go osób. Warto natomiast, byście Państwo pamiętali, że Państwa dzieci – zarówno trans-, jak i cisplciowe – mogą mieć własne plany życiowe, być może bardzo odległe od tych, które Państwo byście dla nich pisali. I zarówno wówczas, gdy Państwa dzieci dorastają, wchodzą w dorosłe życie, jak i wtedy, gdy się usamodzielniają, warto, byście Państwo pamiętali o ich autonomii i szanowali ich zdanie i decyzje. Nawet jeśli podchodzicie Państwo do Waszego transpłciowego dziecka ze zrozumieniem i akceptacją, to trudno może być Państwu zrozumieć, z czym w swoim życiu się mierzy. Wiedźcie Państwo, że Wasze dziecko, które musiało znaleźć w sobie siłę, by żyć w zgodzie ze swoją tożsamością, jest w stanie podejmować dotyczące go decyzje ze świadomością ich następstw i własnych możliwości, a tym samym podjąć decyzje dla siebie najlepsze. Państwo zaś możecie swojemu dziecku (także dorosłemu) w tym towarzyszyć i je wspierać.

Częstą trudnością w relacjach między osobami trans/enby i ich bliskimi jest to, że po coming outcie osoba trans/enby oczekuje, że bardzo szybko przestawicie się Państwo na zwracanie się do niej wybranym imieniem i właściwymi zaimkami. Nie ma w tym nic zaskakującego – pomyślcie Państwo o tym, że widzicie osobę, która właśnie zostawia za sobą lata udawania kogoś, kim nie jest i zaczyna bardziej swoje życie. Z drugiej strony, dla Państwa może to być wyzwaniem, oto bowiem w Państwa życiu pojawia się ważna sprawa, dotycząca osoby Państwu bliskiej, a zatem i Państwa, która zmusza Państwa do zmiany sposobu myślenia, zwracania uwagi na kwestie, o których istnieniu nie mieliście Państwo wcześniej pojęcia i przejścia przyspieszonego kursu wiedzy o transpłciowości i niebinarności. Możecie Państwo mieć wrażenie, że wiecie już wystarczająco dużo, a tymczasem Państwa dziecko, przyjaciel czy inna

bliska osoba przynosi Państwu do przeczytania kolejne broszurki Trans-Fuzji, zasypuje linkami do mediów społecznościowych, które do tej pory kojarzyły się Państwu z głupimi (albo niebezpiecznymi) łańcuskami-wyzwaniami dla nastolatków i zaczyna opowiadać o nowych znajomych, również transpłciowych czy niebinarnych. To zrozumiałe, że możecie Państwo odczuwać przeciążenie ilością informacji i czuć się zagubieni.

Jak już wspominaliśmy, wiedza o transpłciowości i niebinarności nie jest powszechnie dostępna. Poszukując rzetelnych informacji, możecie Państwo trafić na treści zdezaktualizowane bądź takie, w których wybrzmiewają transfobiczne i enbyfobiczne uprzedzenia, uzasadniane względami medycznymi, religijnymi, światopoglądowymi czy „zdrowym rozsądkiem” i wstydem przed innymi ludźmi. Wiedza, której Państwo szukacie, ma nie tylko pomóc Państwu w układaniu relacji z bliską Wam osobą trans/enby. Ważne jest także, byście znaleźli Państwo odpowiedź na swoje pytania (zwłaszcza te, których obawiacie się zadać samej osobie trans/enby) i byście mogli Państwo poradzić sobie z Waszymi obawami, niepewnością, a także częstym poczuciem, że za transpłciowością/niebinarnością Państwa dziecka stoją Państwa błędy wychowawcze (tu od razu chcemy wyjaśnić, że nie musicie Państwo doszukiwać się w sobie winy, tak jak i osoba trans/enby nie wybiera sobie swojej tożsamości płciowej, lecz ją odkrywa).

Chcemy, byście mieli Państwo świadomość, jak ważne dla osób transpłciowych będących Państwa dziećmi jest to, jak odpowiecie na ich coming out i jak będziecie następnie pracować nad Waszą relacją. Jesteście Państwo osobami, które mają do odegrania ważną rolę. Wsparcie z Waszej strony zapewnia Waszemu transpłciowemu dziecku możliwość lepszego radzenia sobie w życiu. Może być potężnym wzmocnieniem, pomocnym w radzeniu sobie z dyskryminacją, wykluczeniem i przemocą. Świadomość, że jesteście Państwo po stronie swojego transpłciowego dziecka, może być dla niego źródłem dużej ulgi i dodać mu pewności siebie w podejmowaniu kroków związanych z życiem w zgodzie ze sobą. Brak tego wsparcia może z kolei utrudniać mu budowanie w sobie poczucia, że ma możliwość kreowania własnego życia – „skoro moi rodzice mnie nie akceptują, to czego mogę spodziewać się od obcych ludzi?”. Państwa wsparcie ma nie tylko wymiar emocjonalny. W związku z kształtem procedury prawnego uzgodnienia płci w Polsce i koniecznością pozywania własnych rodziców, Państwa postawa może wpłynąć na przebieg sprawy w sądzie (przy czym raczej na czas jej trwania, a nie na sam wyrok). W przypadku Państwa niepełnoletnich dzieci to od Państwa zależy, czy będą mogły rozpocząć medyczną korektę płci, czy będą musiały czekać z tym do dorosłości, co może realnie przekładać się na dobrostan psychiczny osoby transpłciowej. Wreszcie, w przypadku osób trans, które jeszcze nie osiągnęły samodzielności życiowej, akceptacja lub odrzucenie przez rodziców wpływa bardzo mocno na to, jak będzie wyglądało ich wejście w dorosłe życie – czy będą mogły czuć się bezpiecznie pod względem bytowym, czy też będą musiały wcześniej niż ich rówieśnicy_czki zatroszczyć się o swoje utrzymanie i zapewnienie sobie dachu nad głową, bądź zmierzyć się z kryzysem bezdomności.

Dla transpłciowych rodziców

Jeżeli jesteście Państwo osobami transpłciowymi wychowującymi dziecko, to mamy dla Państwa ważną informację: nie jesteście Państwo jedyni na świecie i Wasze odczucia z tą sytuacją związane nie są odosobnione. Obawą, z którą mierzy się wiele dorosłych osób transpłciowych, jest to, jak na coming out i tranżycję zareagują ich własne dzieci. Wiele osób trans posiadających dzieci przez lata nie decyduje się powiedzieć otwarcie o swojej tożsamości, odkładając

to do momentu osiągnięcia przez ich dzieci pełnoletności i samodzielności. Stoi za tym obawa o dobro dziecka – lęk przed tym, że spotka się z szykanami w szkole z racji transpłciowości swojego rodzica, niepewność, czy dziecko (choćby jako dorastająca czy już dorosła osoba) będzie w stanie odnaleźć się w nowej sytuacji i jak wpłynie na jego życie transpłciowość rodzica. Często jest też lęk przed odrzuceniem przez własne dziecko, a także obawa o konflikt o dziecko z byłym/łą partnerem/rką, pomimo tego, że transpłciowość nie jest podstawą do odebrania praw rodzicielskich.

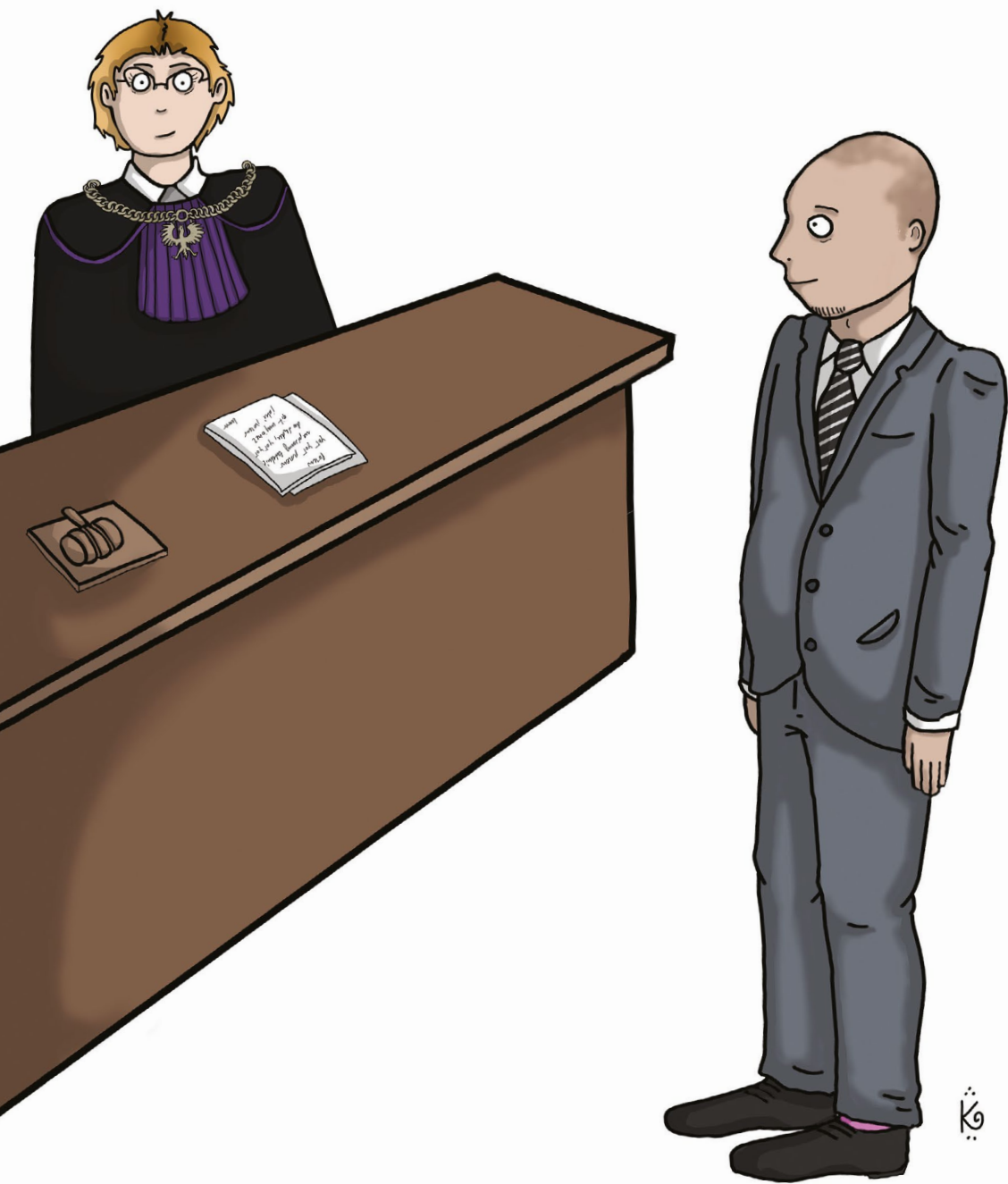
Czy obawy te są zasadne? Mogą narastać latami i z perspektywy niewyoutowanej osoby trans mającej dzieci może wydawać się, że jej coming out i rozpoczęcie tranzycji nieuchronnie coś w życiu rodzinnym i relacji z dzieckiem zepsuje. Jeżeli to obawa, z którą właśnie Państwo się mierzycie, chcemy Państwu w tym miejscu powiedzieć, że przede wszystkim dowodzi ona Państwa poczucia odpowiedzialności i troski o Wasze dziecko. Niekoniecznie natomiast jest zapowiedzią tego, jak przyszłość po coming outcie miałaby faktycznie wyglądać. W relacji rodzic – dziecko na każdym jej etapie ważne jest, aby obie osoby nie musiały odkładać swojego życia na później, nawet jeśli rodzicielstwo oznacza konieczność przeznaczenia wielkiej części swojego życia na wychowanie, opiekę i budowanie relacji z dzieckiem. Nie jest to nawet kwestia balansowania między dobrem własnym a dziecka, lecz raczej uwzględnienia jednego i drugiego. Nie musicie Państwo zakładać, że swoim coming outem uczynicie swojemu dziecku coś złego. Jeżeli macie Państwo takie obawy, to raczej świadczą one o tym, że macie Państwo świadomość swojej uprzywilejowanej pozycji i Waszej odpowiedzialności za Wasze dziecko, niż odzwierciedlają to, co na pewno miałyby się wydarzyć po Państwa coming outcie. Znamy też wiele pozytywnych historii, które mogą rzucić nowe światło na Państwa sytuację, m.in. biografia Anny Grodzkiej. Często coming out otwiera w relacji między transpłciowym rodzicem a dzieckiem nową płaszczyznę szczerości, bliskości i zaufania. Osoby trans outujące się przed swoimi dziećmi spodziewają się, że dla dzieci będzie to obciążeniem, tymczasem w odpowiedzi otrzymują akceptację i wsparcie. Pamiętajcie też Państwo, że podobnie jak w sytuacji comingoutu osoby trans czy niebinarnej przed swoimi rodzicami, także tutaj może się okazać, że Państwa dziecko już dużo wcześniej miało przypuszczenia bądź domyślało się, jaką ważną informację o sobie staracie się Państwo zachować tylko dla siebie. Warto w tej sytuacji pamiętać, że nie musicie Państwo mieć gotowych odpowiedzi na pytania o to, jak ułożyć relację z dzieckiem po coming outcie. Chociaż to Państwo jesteście rodzicami (a więc w domyśle osobami z większym doświadczeniem życiowym, a w przypadku gdy Państwa dziecko nie jest pełnoletnie bądź dopiero wchodzi w dorosłość – także z większą decyzyjnością i na silniejszej pozycji), to Państwo także możecie potrzebować w tej sytuacji wsparcia, np. konsultacji psychologicznych w Fundacji Trans-Fuzja.

Polecana dodatkowa lektura

- Edyta B, Ewelina S. Ale po co ty sobie to robisz? Pakiet wiedzy startowej dla rodziców dzieci transpłciowych. Warszawa: Trans-Fuzja, Fundacja na rzecz Osób Transpłciowych 2019.
- Grodzka A. Mam na imię Ania. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B. 2013.
- Jąderek I, Dynarski W, Kłonskowska AM. Rodzina przede wszystkim – trans rodzicielstwo w Polsce. Warszawa: Trans-Fuzja, Fundacja na rzecz Osób Transpłciowych 2019.
- Jacoń P. My, Trans. Warszawa: Wydawnictwo RM 2021.
- Silverman E. Janek (nie Janka). All Kids Publishing 2021.

Zagadnienia prawne związane z tranzycją. Jak przez to przejść?

Anna Mazurczak



W Polsce do dziś nie uchwalono żadnej ustawy, która regulowałaby proces prawnego uzgodnienia płci. To oznacza, że przebieg postępowań sądowych, które mają na celu ustalenie płci, został ukształtowany przez orzeczenia sądów. Kolejne sądy opierają się na orzeczeniach wydanych wcześniej – poniżej krok po kroku opisano, jak przebiega postępowanie sądowe i jak powinniście się Państwo do niego przygotować. Postępowania sądowe mają na celu ustalenie płci jako żeńskiej albo męskiej – w przepisach polskiego prawa nie ma obecnie możliwości innego oznaczenia płci w przypadku osób niebinarnych.

Postępowanie sądowe w sprawie ustalenia płci krok po kroku

Zmiana oznaczenia płci w akcie urodzenia wymaga złożenia pozwu przeciwko rodzicom osoby transpłciowej – nie wynika to z tego, że rodzice mają jakiś szczególny interes prawny w ustaleniu płci swojego dziecka, ale istota procesu cywilnego niestety sprowadza się do tego, że ktoś pozwany być musi. Jeżeli rodzice popierają powództwo, sprawa oczywiście idzie sprawniej, ale jeśli są mu przeciwni, nie stoi to na przeszkodzie ustaleniu płci. W przypadku osób małoletnich wniesienie pozwu powinno być poprzedzone wyznaczeniem kuratorki/kuratora – w pierwszym kroku znajdują się zatem informacje o tym, jak wyznaczyć kuratorkę/kuratora, kolejne kroki odnoszą się zarówno do osób małoletnich, jak i pełnoletnich.

1. W przypadku osób małoletnich – wniosek o wyznaczenie kuratora/kuratorki

Nie ma przeciwwskazań, żeby pozew o ustalenie płci wytoczyła osoba, która nie ukończyła 18. roku życia – w Polsce sądy uwzględniały już takie pozwy. Osoba małoletnia musi być jednak w postępowaniu sądowym reprezentowana przez kuratorkę albo kuratora wyznaczonego przez sąd rejonowy – wydział rodzinny, właściwy dla miejsca zamieszkania dziecka. Kuratorką lub kuratorem co do zasady może zostać adwokatka/adwokat lub radczyni prawna/radca prawny – wniosek o wyznaczenie kuratorki/kuratora powinni złożyć oboje rodzice. Warto wskazać w nim wybraną już wcześniej osobę, wykazując w uzasadnieniu, że jest to osoba, która ma już doświadczenie w sprawach o ustalenie płci dziecka lub co najmniej została do tego przeszkolona.

2. Pozew o ustalenie płci – co zawiera?

Pozew wnosicie Państwo osobiście – jeśli jesteście pełnoletni – lub przez pełnomocniczkę/pełnomocnika, a w przypadku osób małoletnich pozew wnosi wyznaczona wcześniej kuratorka lub kurator. Niżej wymieniono, co powinien zawierać pozew (wzór pozwu można także pobrać ze wskazanej niżej publikacji „Sądowa procedura uzgodnienia płci. Pytania i odpowiedzi” Fundacji Trans-Fuzja):

- nazwę i adres sądu i wydziału, do którego pozew jest kierowany – sprawy o ustalenie płci rozpoznają wydziały cywilne sądów okręgowych, jeśli w sądzie jest ich kilka, na stronie internetowej sądu zwykle widnieje informacja, który wydział jest właściwy w zależności od rodzaju sprawy czy miejsca zamieszkania pozwanych (rodziców);
- imię, nazwisko, numer PESEL i adres zamieszkania osoby składającej pozew;
- imię, nazwisko, adres zamieszkania rodziców, ewentualnie ich numery PESEL, jeżeli są znane osobie składającej pozew – jeśli jedno z rodziców nie żyje, wystarczą dane jednego rodzica; jeżeli oboje rodzice nie żyją, sąd dla nieżyjących rodziców powinien wyznaczyć kuratorkę/kuratora;

- oznaczenie rodzaju pisma – a więc każdy pozew powinien zostać tak zatytułowany („pozew”) i na wstępie powinniście Państwo w nim napisać: wnoszę o ustalenie, że powód jest osobą płci męskiej (gdy pozew jest składany przez osobę K/M) lub powódka jest osobą płci żeńskiej (gdy pozew jest składany przez osobę M/K) oraz wnoszę o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodów z przesłuchania stron i z dokumentów (w tym miejscu należy wymienić dołączaną do pozwu dokumentację medyczną);
- uzasadnienie pozwu (dalej omówiono, co powinno zawierać);
- własnoręczny podpis osoby składającej pozew lub jej pełnomocniczki/pełnomocnika lub kuratorki/kuratora w przypadku osoby małoletniej;
- wymienienie załączników (m.in. dołączanej do pozwu dokumentacji medycznej).

Dowody, o których przeprowadzenie powinniście Państwo wnosić w sprawach o ustalenie płci, to przede wszystkim dowód z dokumentacji medycznej i dowód z przesłuchania powódki/powoda. We wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie tych dowodów powinniście Państwo wyjaśnić, jakie fakty zostaną dzięki nim wykazane – a więc np. wnoszę o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii psychologicznej (i lekarskiej) dla wykazania faktu, że powód/powódka jest osobą transpłciową, a poczucie przynależności do płci męskiej/żeńskiej jest trwałe.

Nie musicie Państwo wnosić o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych – coraz częściej sądy ustalają płeć na jednej rozprawie, podczas której wysłuchują powoda/powódki i opierają się wyłącznie na dokumentacji medycznej dołączonej do pozwu. Jeżeli natomiast sąd zdecyduje się na powołanie biegłego, może ten dowód przeprowadzić z własnej inicjatywy, nie musicie Państwo tego zwiększającego koszty i wydłużającego czas postępowania oraz zasadniczo zbędnego elementu sugerować.

W uzasadnieniu powinniście Państwo opisać stan faktyczny – a więc krótką historię życia osoby składającej pozew, proces diagnostyczny i leczniczy. Warto też dodać uzasadnienie prawne, a więc powołać się na odpowiednie przepisy czy orzeczenia Sądu Najwyższego – możecie Państwo posiłkować się argumentacją prawną ze wskazanych niżej polecanych publikacji.

Do pozwu musicie Państwo dołączyć dokumentację medyczną – przede wszystkim, dokumentację, z której wynika, że osoba, która składa pozew, jest już zdiagnozowana, najlepiej zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego¹, a także dokumentację, z której wynika, że podjęto już leczenie hormonalne (podjęcie leczenia jest wymogiem rozpatrzenia pozwu, choć wydaje się możliwe uwzględnienie pozwu osoby, która nie może podjąć leczenia hormonalnego np. z powodów zdrowotnych). Do pozwu dołączacie zatem Państwo opinię psychologiczną (sporządzoną przez psychologa posiadającego certyfikat seksuologa klinicznego albo specjalistę psychologii klinicznej, ewentualnie specjalistę psychoseksuologii), zaświadczenie lekarskie od lekarza psychiatry lub lekarza seksuologa z informacją o diagnozie i – ewentualnie – zaświadczenie od endokrynologa o podjęciu leczenia hormonalnego, choć często informacja o podjęciu leczenia hormonalnego znajduje się w zaświadczeniu lekarskim od psychiatry lub seksuologa. Do pozwu powinniście Państwo ponadto dołączyć odpis aktu urodzenia (do pobrania w dowolnym urzędzie stanu cywilnego), dowód uiszczenia opłaty od pozwu (600 zł) – lub jeżeli powód/powódka ubiega się o zwolnienie od kosztów sądowych, oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania osoby fizycznej ubiegającej się o zwolnienie od kosztów sądowych w sprawach cywilnych (do pobrania na stronach internetowych sądów). Jeżeli jesteście Państwo reprezentowani przez profesjonalną pełnomocniczkę/profesjonalnego pełnomocnika, pełnomocniczka/pełnomocnik może samodzielnie poświadczyć wszystkie te dokumenty

za zgodność z oryginałem i do pozwu dołączyć ich kopię. Dodatkowo do pozwu dołączone jest wtedy pełnomocnictwo wraz z dowodem uiszczenia od niego opłaty skarbowej (17 zł). Jeżeli reprezentujecie się Państwo samodzielnie, tj. sami występujecie przed sądem w swojej sprawie – do pozwu dołączacie oryginały. Do pozwu należy także dołączyć jego odpisy dla rodziców, a więc kserokopie pozwu i wszystkich załączników.

Pozew wraz z załącznikami i odpisami możecie Państwo wysłać do sądu pocztą lub złożyć osobiście w biurze podawczym.

3. Pozew o ustalenie płci – gdzie go składać?

Pozew powinniście Państwo złożyć do sądu okręgowego właściwego dla miejsca zamieszkania rodziców – ze względu na przeciążenie sądów sprawami albo rozpowszechnienie w jakimś sądzie praktyki zawiadamiania o toczącej się sprawie prokuratora (który często wnosi o powołanie biegłego, choć nie jest to konieczne) lub powoływania biegłego (bez względu na ilość dołączonej do pozwu dokumentacji medycznej) coraz więcej osób decyduje się na zmianę właściwości sądu tzw. umową prorogacyjną. Umowa prorogacyjna to umowa, w której rodzice i powód/powódka umawiają się, który sąd będzie właściwy w sprawie o ustalenie płci prawnej – w treści umowy wskazują ten sąd. Umowa ma zatem dosłownie kilka zdań i jest zawierana w formie pisemnej, nie ma potrzeby sporządzania jej np. u notariusza. Taką umowę także dołączacie Państwo do pozwu.

4. Rozprawa/posiedzenie niejawne

O ile pozew nie ma żadnych braków formalnych, odpis pozwu jest wysyłany przez sąd do rodziców, którzy mogą – ale nie muszą – pisemnie się do niego odnieść, choć jeśli rodzice popierają powództwo, warto, żeby to zrobili. Praktyka sądów jest różna – niektóre z nich już na tym etapie, bez wyznaczania rozprawy, powołują biegłego i po sporządzeniu przez niego opinii wyznaczają rozprawę, podczas której przesłuchują powódkę/powoda i ewentualnie rodziców. Inne sądy po otrzymaniu odpowiedzi na pozew od rodziców wyznaczają rozprawę, podczas której przesłuchują strony i od razu wydają wyrok. Jeśli sąd na tej rozprawie zdecyduje o wyznaczeniu biegłego, możecie Państwo po sporządzeniu przez niego opinii wnieść o rozpoznanie sprawy na posiedzeniu niejawnym – skoro sąd przesłuchał strony, nie ma konieczności przesłuchiwania ich ponownie, a rozpoznanie sprawy na posiedzeniu niejawnym znacznie przyspieszy wydanie wyroku.

Niektóre sądy zawiadamiają o toczącym się postępowaniu prokuratorów – prokuratorzy często wnoszą o wyznaczenie biegłego, nie zawsze jednak zwalczają powództwo. Jeśli opinia biegłego jest jednoznaczna, niektórzy prokuratorzy popierają powództwo.

Sprawy o ustalenie płci przez niektóre sądy traktowane są priorytetowo i rozpoznawane w pierwszej kolejności – zdarzyło się w Polsce, że pozew został uwzględniony na pierwszej rozprawie, miesiąc po jego wpłynięciu do sądu. Rzadko, ale zdarza się, że postępowanie w Sądzie Okręgowym w Warszawie, do którego wpływa po prostu ogromna liczba spraw i który niestety nie rozpoznaje spraw o ustalenie płci w pierwszej kolejności, trwa nawet 4-5 lat. W przypadku przedłużającego się postępowania warto poprosić o interwencję Rzecznika Praw Obywatelskich.

5. Kryteria uwzględnienia pozwu

Sąd, rozstrzygając sprawę o ustalenie płci, bierze pod uwagę dwa kryteria – trwałość poczucia przynależności do określonej płci – dowodzona m.in. poprzez dołączenie do pozwu diagnozy i dokumentacji medycznej poświadczającej podjęcie terapii hormonalnej –

i niepozostawanie w związku małżeńskim. Obecnie nie ma niestety możliwości ustalenia płci w sytuacji, w której osoba zamierzająca tego dokonać pozostaje w związku małżeńskim. Nie jest natomiast przeszkodą do uwzględnienia powództwa posiadanie małoletnich dzieci.

6. Wyrok – wzmianka dodatkowa w akcie urodzenia i zmiana imienia i nazwiska

O ile żadna ze stron nie wnosi o uzasadnienie pisemne, wyrok jest prawomocny po 7 dniach od jego wydania. W ciągu kolejnych 7 dni sąd powinien wysłać odpis tego wyroku do urzędu stanu cywilnego, w którym sporządzono akt urodzenia. Zaraz po naniesieniu zmian w rejestrze stanu cywilnego nadawany jest nowy numer PESEL i możecie Państwo składać do urzędu stanu cywilnego wniosek o zmianę imienia i – ewentualnie – końcówki nazwiska, powołując się na wyrok ustalający płeć. Po dokonaniu tych zmian dokumenty tożsamości zachowują ważność jeszcze przez 4 miesiące, a więc w tym czasie powinniście Państwo złożyć wniosek o nowy dowód osobisty, prawo jazdy, paszport. Z nowym dokumentem tożsamości w ręku i odpisem wyroku możecie Państwo już dokonywać kolejnych zmian – np. zmienić dyplom ukończenia szkoły wyższej, zaktualizować dane w banku czy ośrodku zdrowia. Nie jest niestety możliwe zaktualizowanie świadectw pracy, poprzednie oznaczenie płci i imię będą też wskazane w zupełnym akcie urodzenia (informacja o wyroku sądu jest dodana do aktu urodzenia jako „wzmianka dodatkowa”).

7. Czy w sprawach o ustalenie płci niezbędna jest profesjonalna pomoc prawna?

Jeżeli postępowanie przebiega standardowo, nie ma przeciwwskazań, żebyście Państwo – o ile czujecie się na siłach, macie na to zasoby emocjonalne i psychiczne – reprezentowali się samodzielnie, choć powinniście Państwo skonsultować treść pozwu przynajmniej z organizacją pozarządową udzielającą wsparcia prawnego osobom transpłciowym (np. Fundacją Trans-Fuzja czy Kampanią Przeciw Homofobii).

Warto podjąć współpracę z adwokatką/adwokatem lub radczynią/radcą prawnym, jeśli pozew wytacza osoba małoletnia – tak, żeby we wniosku o wyznaczenie kurator-ki/kuratora wskazać już sprawdzoną, doświadczoną w tego rodzaju sprawach – lub przynajmniej przeszkoloną – osobę.

Jeżeli jednak w toku postępowania pojawiają się problemy – zwłaszcza zwalczający powództwo rodzice czy prokurator – albo nie będziecie Państwo czuli się na siłach, żeby konfrontować się samodzielnie z sędzią, który niestety niekiedy nie odnosi się do obecnych na sali stron z szacunkiem, warto rozważyć reprezentację przez profesjonalną pełnomocniczkę/pełnomocnika. Osoby poszukujące wsparcia finansowego mogą kontaktować się z Funduszem Prawo Nie Wyklucza prowadzonym przez Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza.

Polecana dodatkowa lektura

- Koziński M, Pilch P, Więckiewicz K. Sądowa procedura uzgodnienia płci. Pytania i odpowiedzi, Warszawa: Fundacja Trans-Fuzja 2021 (publikacja zawiera wzór pozwu).
- Adamczewska-Stachura M, Pilch P. Postępowania w sprawach o ustalenie płci. Przewodnik dla sędziów i pełnomocników, Warszawa: Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2020, nr 2, Zasada Równego Traktowania. Prawo i praktyka, nr 28.
- Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. (red.). Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. Warszawa: PZWL 2020.

Piśmiennictwo

- ¹ Grabski B i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. Psych Pol 2021;55 (3):701–708.

WSPARCIE DLA OSÓB TRANSPLCIOWYCH I NIEBINARNYCH I ICH BLISKICH

- Informacje o działalności wsparciowej prowadzonej przez Fundację Trans-Fuzja – o grupach wsparcia dla osób transplciowych i ich bliskich, indywidualnych konsultacjach psychologicznych i pomocy prawnej <https://www.transfuzja.org/pomoc>
- Telefon zaufania prowadzony przez Lambdę Warszawa: 22 628 52 22 (pon.-pt. 18.00-21.00)
- Informacje o wszystkich działaniach wsparciowych Stowarzyszenia Lambda Warszawa (hostel interwencyjny, telefon zaufania, indywidualne poradnictwo psychologiczne, poradnictwo prawne, grupy wsparcia i spotkaniowe, wsparcie antydyskryminacyjne) <http://lambdawarszawa.org/pomoc/?starttabid=1>
- Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę: 116 111 (całodobowy, 7 dni w tygodniu)
- Informacje o działalności wsparciowej prowadzonej przez Stowarzyszenie na rzecz osób LGBT Tolerado (Trójmiasto) – grupa wsparcia, grupa towarzyska, indywidualne konsultacje dla bliskich i rodzin osób transplciowych <https://tolerado.org/nasze-wsparcie/osoby-niebinarne/>
- Informacje o działalności wsparciowej prowadzonej przez Stowarzyszenie Tęczówka (Katowice) – grupy spotkaniowe i terapeutyczne, pomoc psychologiczna, pomoc prawna <https://teczowka.org.pl/>
- Krakowskie Centrum Równości DOM EQ – kalendarium spotkań: grupy wsparcia, spotkania towarzyskie, spotkania dyskusyjne, pokazy filmowe i wiele innych <https://znakirownosci.org.pl/dom-eq/>
- Tranzycja.pl – projekt edukacyjny: informacje o tranzycji, opracowaniaa badań społecznych, raporty dot. sytuacji społecznej osób trans i niebinarnych <https://tranzycja.pl/>
- Grupa Nieustającej Pomocy – wsparcie w tranzycji, poszukiwaniu mieszkania i pracy i udostępnieniu informacji o zrzutkach <https://www.facebook.com/grupanieustajacepomocy/> <https://www.instagram.com/grupanieustajacepomocy/>
- Kolektyw Niebinarnego Ciepła – wsparcie m.in. w pozyskaniu binderów i gaffów https://www.instagram.com/niebinarne_cieplo/
- My, Rodzice – stowarzyszenie matek, ojców i sojuszników osób LGBTQIA – informacje o wsparciu: <http://myrodzice.org/dla-rodzicow/>



Fundacja Trans-Fuzja
ul. Noakowskiego 10 lok. 66
00-666 Warszawa
KRS: 0000309669
kontakt@transfuzja.org
<https://www.transfuzja.org>

Pomóż nam pomagać! Twoje wsparcie ma znaczenie! Możesz wpłacić darowiznę na konto nr 12 1140 1977 0000 2089 3300 1001 lub przekazać nam 1% swojego podatku dla organizacji pożytku publicznego (OPP), wpisując w swoim rocznym zeznaniu podatkowym numer naszego KRS: 0000309669.

Gratuluje wszystkim autorom książki, której wydanie na pewno umocni pozycję osób transpłciowych i niebinarnych jako świadomych użytkowników usług medycznych i psychologicznych oraz w znacznym stopniu przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej oferowanej tej grupie osób w naszym kraju.

z recenzji **prof. dra hab. n. med. Dominika Rachonia**,
kierownika Zakładu Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej
Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego



safetobeme.gov.uk



ISBN 978-83-64839-16-0

