

Zuzanna Kapciak 

Uniwersytet SWPS

Paula Pustułka 

Uniwersytet SWPS



OBSZAR MEDYCZNY TRANZYJCJI PŁCIOWEJ W SŁABYM PAŃSTWIE: DOŚWIADCZENIA MŁODYCH OSÓB TRANSPŁCIOWYCH W POLSCE

Choć transpłciowość jest tematem obecnym w polskim dyskursie politycznym, nie przekłada się to na polityki wspomagające i wspierające osoby transpłciowe. W artykule omawiamy doświadczenia tranzykcji płciowej w obszarze medycznym w Polsce, traktując kontekst słabego państwa jako przestrzeń solwatacji społecznej. W świetle wyników badania jakościowego, w którym realizowano indywidualne wywiady pogłębione z młodymi osobami transpłciowymi, wskazano najważniejsze trudności w tranzykcji w państwie polskim. Wyzwania te wynikają z rozproszenia rekomendacji WPATH i WHO, które generują skomplikowany i długi proces tranzycyjny, obwarowany gatekeepingiem i brakiem dostępu do odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego. Artykuł omawia także jednostkowe strategie radzenia sobie w słabym państwie, polegające na formowaniu transpłciowych społeczności, korzystaniu z prywatnej opieki medycznej, jak i tworzeniu w pełni alternatywnych rozwiązań o charakterze DIY. Rekomendacje z badania obejmują wdrożenie systemowych rozwiązań współpracy z osobami transpłciowymi w obszarze tranzykcji medycznej.

Słowa kluczowe: słabe państwo; solwatacja społeczna; transpłciowość; tranzykcja płciowa

The Medical Field of Gender Transition in a Weak State: Experiences of young transgender people in Poland

Although transgender issues are present in the Polish political discourse, this does not translate into policies supporting transgender people. In the article, we discuss experiences of gender transition in the medical field in Poland, treating the context of a weak state as a space of social solvation. In the light of the results of a qualitative study in which individual, in-depth interviews were conducted, the article identifies the most important difficulties experienced during transition in Poland. These challenges result from the dispersion of WPATH and WHO recommendations, which generate a complicated

Zuzanna Kapciak, Instytut Nauk Społecznych SWPS, zkapciak@swps.edu.pl, ORCID 0000-0002-4660-9423; Paula Pustułka, Instytut Nauk Społecznych SWPS, ppustułka@swps.edu.pl, ORCID 0000-0001-6679-0365.

Tekst opublikowany na warunkach licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska (CC BY-NC-ND 3.0 PL).

transition process, subject to gatekeeping and a lack of access to appropriately qualified medical personnel. The article discusses individual strategies for coping in a weak state, like forming transgender communities, using private medical care, or devising fully alternative solutions like DIY. This study's recommendations entail systemic solutions for assisting transgender people through medical transition process.

Key words: gender transition; transgender; weak state; social solvation

Wprowadzenie

Transpłciowość, w tym szczególnie tranzycja płciowa i korekta płci, budzą liczne emocje i są często upolityczniane w sferze publicznej. We współczesnej Polsce transfobię dostrzeżemy chociażby w wypowiedziach polityków takich jak mówiący o *zmianie płci o wpół do szóstej* Jarosław Kaczyński czy nazywający osoby nieheteronormatywne *dewiantami* Grzegorz Braun¹. Stygmatyzujący dyskurs łączy się z dyskryminacją, której wciąż doświadczają osoby nieheteronormatywne, a szczególnie transpłciowe (Świder i Winiewski, 2017; Winiewski i Świder, 2021; CBOS, 2022; Koziara i in., 2022; Leżucha i Czerwiec, 2023). ILGA-Europe (2024) niedawno sklasyfikowało Polskę jako kraj z najgorszą sytuacją osób nieheteronormatywnych w zakresie praw człowieka wśród państw Unii Europejskiej.

Według szacunków IPSOS, młode osoby transpłciowe w Polsce stanowią mniej niż 1% populacji (Boyon, 2021). W dużym badaniu ponad 10 tys. osób należących do społeczności LGBTa, Świder i Winiewski (2017) wskazywali na około siedmioprocentowy udział osób transpłciowych w próbie w badaniach cyklicznych Kampanii Przeciw Homofobii (KPH), przy czym w ostatniej edycji badania KPH udział ten znacząco wzrósł do 23%, gromadząc wypowiedzi ponad 5 tys. osób (Świder i Winiewski, 2021). Badania te nie są reprezentatywne, ale – co ważne – pokazują głównie doświadczenia młodych osób (średnia poniżej 23 lat; Kuta, 2021). Mimo większego rozpoznania obecności osób transpłciowych w populacji, prezydenckie weto ustawy o uzgodnieniu płci z 2015 roku wyraźnie pokazuje nie tylko usztywnienie wykluczającego i marginalizującego ramowania transpłciowości w Polsce, ale też – w kontekście niniejszego artykułu – wskazuje, że słabe państwo (Migdal, 2001) ceduje na jednostki prywatną odpowiedzialność za zdrowie w prawnej próżni. W artykule stawiamy pytania badawcze koncentrujące się na relacjach między państwem a obywatel(k)ami

¹ Wypowiedzi Kaczyńskiego pochodzą ze spotkań z sympatykami Prawa i Sprawiedliwości w Grudziądzu i Włocławku (czerwiec 2022), a postulaty polityczne Grzegorza Brauna to tzw. siódemka, https://www.youtube.com/watch?v=bpdLAeWlmtc&ab_channel=JanuszJask%C3%B3%C5%82ka; (dostęp 13/12/2023).

ze społeczności osób transpłciowych, tj. *Jakie trudności w medycznym obszarze transycji płciowej wynikają ze słabości państwa?* oraz *Jakie strategie radzenia sobie podejmują badane młode osoby?*

Pisząc o doświadczeniach osób transpłciowych w Polsce u progu trzeciej dekady XXI wieku, Kłonkowska i Dynarski (2020, s. 86) wskazują, że dla wielu przedstawicieli nauk społecznych studia transgenderowe to *terra incognita*. O ile miniona dekada przyniosła szereg nowych ustaleń (zob. np. Kłonkowska, 2015; Bieńkowska, 2020; Konopka i in., 2020; Świder i Winiewski, 2017; Winiewski i Świder, 2021), pole badań nad transpłciowością wymaga wciąż dalszych wysiłków badawczo-analitycznych. Dla współczesnej polskiej socjologii znaczące są badania mapujące relacje między transpłciową jednostką a szerszym systemem zdrowia (Bieńkowska, 2020). Artykuł lokuje się w tym nurcie i koncentruje się na ukontekstowaniu doświadczeń osób transpłciowych w polskim systemie medycznym w XXI wieku. Oddajemy głos młodym osobom transpłciowym, pokazując narracyjny splot doświadczeń indywidualizacji i dyskryminacji, jak również wskazując powody jednostkowo-społecznych dynamik uwikłania w medycznym wymiarze transycji, którą jednostka przechodzi w państwie niedostarczającym wsparcia. Nasze badania wpisują się w najnowszy paradygmat badań dotyczących osób transpłciowych, stosując terminologię rekomendowaną przez środowisko (stąd: transpłciowość, nie: transseksualizm, transseksualność; zob. Kłonkowska i Dynarski, 2016), jak i traktując badanych jako osoby eksperyckie w kwestiach transpłciowości (Bieńkowska, 2020).

W pierwszej części artykułu przedstawimy tło teoretyczne dotyczące słabego państwa, solwatacji społecznej i korekty płci, a także konteksty charakterystyczne dla Polski. W drugiej części omówimy metodologię badania. W kolejnej części tekstu pokazujemy wyniki badań. Pierwsza sekcja pokazuje trudności związane z transycją w Polsce w ujęciu „kroków milowych”, a następnie, w sekcji drugiej, przedstawiamy strategie radzenia sobie z systemową niewydolnością. Artykuł kończy się podsumowaniem oraz rekomendacjami.

Transpłciowość i medyczny wymiar transycji w słabym państwie

Na potrzeby artykułu transpłciowość definiujemy jako pojęcie parasolowe, dotyczące wszystkich osób, które mają odmienną tożsamość lub/i ekspresję płciową od tej, która została im przypisana przy urodzeniu. Za Reynoldsem i Goldsteinem (2014) wskazujemy, że transycja płciowa odbywa się równolegle na różnych polach w życiu jednostki: tożsamościowym, prawnym, medycznym i społecznym. Pole tożsamościowe obejmuje proces *coming in* (Niziołek, 2016) i wszystkie odczucia zachodzące w umyśle jednostki. Pole prawne odnosi się do kwestii związanych z przepisami i procesami odbywającymi się przez

drogę sądową, takich jak zmiana płci w dokumentach tożsamości. Pole medyczne obejmuje całość zabiegów medycznych, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania jednostki, w tym między innymi: opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, hormonalną terapię zastępczą (dalej: HRT) i zabiegi afirmujące płeć. Na pole społeczne składa się funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie i jej postrzeganie.

Wymienione pola wykazują wzajemne uwikłania, ale szczególnie na polu prawnym i medycznym obserwować można relacje między jednostką a państwem. To państwo decyduje o prawnych ramach, jak i oferuje (bądź nie) systemowe wsparcie medyczne, dlatego też w artykule skupiamy się na medycznym wymiarze tranzycji i (nie)obecności polskiego państwa w tym procesie w doświadczeniu jednostek. Medyczny wymiar tranzycji przecina różne obszary, w tym uwarunkowania i praktyki związane z pacjentami, lekarzami i relacjami między nimi, zabiegami medycznymi (zarówno dotyczącymi tranzycji, jak i nie), jak również instytucjami medycznymi w szerszym kontekście ochrony zdrowia w systemie państwa (Gupta i in., 2016). Chociaż w świetle badań CBOS (2024) system opieki zdrowotnej jest przez Polaków oceniany raczej negatywnie, postulujemy, że w przypadku osób badanych jego słabość może być szczególnie dotkliwa i wielokrotniona. Świadczy o tym aż 81% młodych ludzi wyrażających o sektorze zdrowia negatywną opinię (ogół Polaków: 70%), jak również przewaga ocen negatywnych w tych kwestiach, które uznajemy za kluczowe w kontekście tranzycji płciowej (por. Kłonkowska i Dynarski, 2020). Należy tu wymienić powszechność przekonania, że leczenie w Polsce nie jest bezpłatne (74%), jak i pogląd o niedostępności w NFZ lekarzy specjalistów (84%) oraz potrzebnych badań diagnostycznych (67%). Wskaźniki przemawiają za postępującą prywatyzacją i słabością systemu opieki w polskim państwie.

Tymczasem państwo – za Migdałem – jest: „polem władzy, wyznaczonym przez groźbę użycia przemocy i jej faktyczne stosowanie; jest ukształtowane przez: (1) wizerunek spójnej, kontrolującej organizacji na terytorium, które jest reprezentacją ludzi ograniczonych przez to terytorium oraz (2) aktualne praktyki wielu jego części” (2001, s. 16). To właśnie idee i praktyki mogą nie tylko nie odtwarzać wizerunku państwa, ale także mu zaprzeczać i pokazywać, że istnieją normy i schematy działania mające inne źródło niż porządek prawny (por. Sarnowska i in. 2020). Analizujemy, czy pole tranzycji płciowej w wymiarze medycznym rzeczywiście jest emanacją słabego państwa w rozumieniu Migdała, pokazując istnienie „państwa w społeczeństwie” (2001). Posługujemy się tu pojęciem solwatacji społecznej (Sarnowska i in., 2020), które oznacza, że nawet optymalne regulacje prawne czy dobre polityki publiczne nie działają, jeśli słabe państwo (Migdal, 2001) nie jest w stanie nadzorować ich właściwego wdrożenia na niższych poziomach, zwłaszcza w tym jak działają jednostki i grupy. W praktyce wytyczne państwa ulegają solwatacji, czyli ‘rozpuszczeniu’

albo ‘rozproszeniu’, jeśli istnieją alternatywne i pozasystemowe opcje działania, na przykład oddolne i/lub przynoszące jednostkom więcej korzyści niż te, które mogłyby uzyskać działając w ramach systemu państwowego (por. Sarnowska i in., 2020, 2024). Analizując solwatację relacji uczniów i studentów z systemem edukacyjnym, Sarnowska i współpracownicy (2024) wykazały, że brak kontroli państwa, jak i jego wysłanników (np. dyrektorów szkół czy nauczycieli) nad awaryjną edukacją zdalną podczas pandemii znacząco pogłębił przekonanie młodych o słabości systemu szkolnictwa. Solwatacja, czyli rozpuszczenie się wytycznych w praktykach społecznych, sprawiła, że młodzi ludzie szukali mikroracjonalnych strategii na „ogranie” systemu poprzez, między innymi, oszukiwanie, wybiórcze podejście do programów/przedmiotów czy wręcz porzucenie edukacji na rzecz innych celów życiowych.

Przykładając tę soczewkę do rzeczywistości młodych osób transpłciowych, solwatacji ulegają informacje dotyczące medycznego aspektu tranzykcji, ale i praktyki wysłanników systemu napotykanych przez jednostki w procesie tranzykcji w ogóle. Takie ramowanie jest podyktowane, po pierwsze, brakiem dedykowanych ośrodków państwowych, które zapewniają pomoc dla osób transpłciowych w kraju, jak również brakiem rozwiązań systemowych wspierających proces tranzykcji. Po drugie, solwatacja oddziałuje szczególnie na niższe poziomy, czyli sektor zdrowia i usług medycznych. Brak wytycznych ze strony państwa polskiego powinien oznaczać adopcję wytycznych World Professional Association for Transgender Health (dalej: WPATH) i Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO), które w ogóle należałoby uznać za modelowe. WPATH zrzesza specjalistów z całego świata i sporządza rekomendacje oraz standardy opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych. Pierwsza wersja standardów powstała w roku 1979, a najbardziej aktualna pochodzi z 2022 (Coleman i in., 2022) i zawiera istotne wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia. WPATH postuluje kompleksowe podejście systemu ochrony zdrowia i jej pracowników do osób transpłciowych, tak aby zagwarantować pomoc i dostęp do procedur zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Wytyczne w największym stopniu odnoszą się do podstawowej i najbardziej typowej ścieżki korekty płci, czyli obejmują HRT, gender-affirming hormone therapy (GAHT) oraz inne zabiegi afirmujące płeć, w tym pracę nad głosem i trening wokalny, podstawową opiekę zdrowotną, depilację, zdrowie seksualne i inne (Coleman i in., 2022).

Już na tym podstawowym polu Polska negatywnie wyróżnia się – na tle Unii Europejskiej – w zakresie dostępności usług w ramach medycznej tranzykcji płciowej (Transgender Europe, 2022). Dyskurs medyczny wokół transpłciowości w Polsce odzwierciedla dominację schedy Parsonowskiego funkcjonalizmu (por. Kłonkowska i Dynarski, 2020), który promuje i reprodukuje binarny porządek płci (Connell, 2013). Z analizy Transgender Europe (2022) wynika, że spośród 14 medycznie sankcjonowanych na świecie zabiegów, w Polsce

o refundację można ubiegać się jedynie przy pięciu, to jest: przy HRT, gdzie terapię estrogenem i testosteronem sklasyfikowano osobno, a także histerektomii, mastektomii i usunięciu jajników. Paradoksalnie, w systemie naznaczonym solwatacją, czyli sytuacją gdy nadrzędne wytyczne padają na grunt społecznego i systemowego „rozpuszczenia”, wszystkie te zabiegi lokują się w kompletnie innym obszarze i są stosowane i refundowane najczęściej w ramach zapobiegania nowotworom. Tym samym, nie są skierowane bezpośrednio do osób trans. Znaczna większość procedur dotyczy transpłciowych mężczyzn, co obrazuje inherentne nierówności dostępowe na poziomie płci (por. Lagos, 2019). Część zabiegów może zostać zrefundowanych dopiero po prawnej korekcie płci, jednak do prawnej korekty bardzo często wymaga się dowodów w postaci korekty medycznej (Bieńkowska, 2013). Pola medyczne i prawne przenikają się, tworząc niekiedy sytuacje, w których transpłciowa jednostka jest zmuszona do wykonania zabiegów prywatnie. W Polsce możemy mówić o *trans healthcare lottery* (Karsay, 2017), gdyż szansę na refundację zabiegu możemy porównać do wygranej na loterii. O ile w teorii możemy mówić o refundacji, o tyle w praktyce uzyskanie jej jest niezwykle trudne i obwarowane wieloma niełatwymi do spełnienia wymogami (Bieńkowska, 2013).

Po trzecie, wraz z przechodzeniem do coraz to niższych poziomów „pół” działania, tj. konkretnych klinik, a także poszczególnych gabinetów lekarskich, dostrzeżemy, że wskazówki WPATH stają się jeszcze bardziej niewidzialne. Solwatacja sprawia, że wdrażanie wytycznych z pola prawnego do praktyki medycznej jest niekontrolowane, więc w gabinetach lekarskich powszechna jest dyskryminacja (Grzejszczak, 2015; Świder i Winiewski, 2021). Dobrze obrazuje to także prześledzenie tego, co działo się ze zmianami w klasyfikacji chorób WHO podczas wdrażania najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 w 2019 roku. W kontekście transpłciowości, ICD-11 od swojej poprzedniczki ICD-10 różni się odejściem od pojęcia „transseksualizmu” i zastąpieniem go nową kategorią „niezgodności płciowej” (Dora, 2022). Jest to zmiana przełomowa ze względu na umiejscowienie tej kategorii w rozdziale powiązanym ze zdrowiem seksualnym, a nie, jak to było dotychczas, w grupie zaburzeń i chorób psychicznych (tamże). ICD-11 zostało opublikowane pięć lat temu, a w Polsce powstał projekt mający na celu dostosowanie ICD-11 do lokalnych warunków, jak również pogłębienie praktycznych umiejętności w zakresie korzystania z klasyfikacji². Wskazuje się jednak, że polscy lekarze nadal posługują się starą klasyfikacją (Dora, 2022), bo słabe państwo (Migdal, 2001) nie wydaje się wymuszać realizacji usług w sposób, który nie uległ solwatacji.

W związku z powyższym rozproszeniem wytycznych diagnoza dysforii płciowej przez personel medyczny opiera się rozpoznaniu różnicowym (Dora,

² <https://www.cmkp.edu.pl/icd-11>, dostęp 9/12/2023

2022), czyli wykluczeniu innych chorób i zaburzeń jako przyczyn odczuwanego niedopasowania identyfikacji płciowej do płci przypisanej przy urodzeniu (por. Kłonkowska i Dynarski, 2020). Mimo istnienia ICD-11, podczas realizacji badań w użyciu nadal była przestarzała klasyfikacja ICD-10. Wizyty u specjalistów zdrowia psychicznego oznaczają też często diagnozę transpłciowości na podstawie klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, która umożliwia diagnozę dysforii. Generalna anachroniczność stosowanego podejścia oznacza, że medyczny proces transycji wymaga od pacjenta czy klienta placówki medycznej przejścia przez baterię procedur i testów (Grzejszczak, 2015; Kłonkowska, 2015), począwszy od testów psychologicznych (m.in. testów osobowości, wywiadów, testów IQ czy pamięci i wiedzy ogólnej, łamigłówek itp.), ale także tych dotyczących zdrowia fizycznego (np. badania krwi – w tym kariotypu, tomografia, USG, EKG, badania ginekologiczne).

Po czwarte, indywidualne doświadczenia medykalizacji (Bieńkowska, 2020) w obliczu utrzymywania obecnej diagnostyki transpłciowości nasilają problem gatekeepingu. Gatekeeping odnosi się do procesu kontroli przepływu informacji przez pewien filtr i wiąże się z wykorzystaniem relacji władzy (Barzilai-Nahon, 2009). Tu definiowany jest jako sytuacja, w której ktoś decyduje o dostępie do zasobu lub prawie do przynależności do danej społeczności lub tożsamości, zatem jest to drugi typ gatekeepingu wyróżnianego przez Barzilai-Nahon (2009). Podobnie jak w słabym państwie (Migdal, 2001), zjawisko to odnosi się do porządku, w którym osoba gatekeepowana musi żyć w rzeczywistości alternatywnej, skonstruowanej przez gatekeepera. Osoby transpłciowe muszą się dostosowywać do realiów, które konstruują lekarze i pracownicy ochrony zdrowia (zob. Grzejszczak, 2015) i – w kontekście medycznym – często muszą udowadniać, że są „prawdziwie” lub „wystarczająco” transpłciowe (Fraser i in., 2021). Jak wskazuje Karsay (2017), gatekeeping wśród specjalistów medycznych jest problemem w szczególności w krajach, w których jest bardzo mała liczba ekspertów zajmujących się transpłciowością. Jest też trudniejszy do zwalczenia przez osoby identyfikujące się jako niebinarne, które chciałyby podjąć się medycznej korekty płci. Zdarza się, że ich niebinarność jest szeroko nieakceptowana, a także wzbudza niepokój wśród samych osób niebinarnych w zakresie tego, czy na pewno są „wystarczająco transpłciowe” (Darwin, 2020).

W kontekście korekty płci lekarze dokonują często gatekeepingu w momencie, w którym niezbędna jest diagnoza; specjaliści mogą dowolnie zadecydować, czy ktoś jest lub nie jest wystarczająco transpłciowy, by tę diagnozę otrzymać. Do niedawna w niektórych krajach wymagano tzw. *testu realnego życia*, który polegał na funkcjonowaniu przez jakiś czas jako osoba płci odczuwalnej (Karsay, 2017; Dora, 2022). Jest to powszechnie krytykowana praktyka, gdyż

wymaga od osoby transpłciowej całkowitego coming outu, bez wcześniejszych medycznych zabiegów. Transpłciowi pacjenci mają funkcjonować jako osoby płci odczuwalnej, chociaż społeczeństwo wcale nie musi ich tak postrzegać – w szczególności, gdy jeszcze nie rozpoczęli tranzycji i ich wygląd zewnętrzny jest spójny z płcią nadaną przy urodzeniu, a nie tą odczuwaną. Test realnego życia i podobne praktyki narażają na stygmatyzację, a także wydłużają proces korekty płci.

Aby całościowo zmapować relacje między systemem a jednostką, warto podkreślić, że solwatacja jest udziałem przede wszystkim osób trans, ale jej echa znajdziemy także w dyskursie medycznym samych profesjonalistów. Z perspektywy lekarzy biorących udział w kanadyjskim badaniu Snelgrove’a i współpracowników (2012), właściwą opiekę nad osobami transpłciowymi uniemożliwiają wieloczynnikowe bariery i braki w zasobach personalnych (brak specjalistów) i wiedzowych (brak informacji dla pacjentów, jak i deficyt wiedzy personelu). Wśród barier wskazano też kwestie etyczne i tendencję systemu opieki zdrowia do patologizacji zamiast diagnozowania. Można stwierdzić, że sami profesjonaliści dostrzegają, że system uległ w którymś momencie rozproszeniu. Podobne ustalenia w USA dekadę później opublikowali Soled i in. (2022), znów wskazując na stygmę, uprzedzenia i bariery strukturalne w świadczeniu opieki nad osobami trans, choć badani specjaliści doceniali mentoring i doksztalcanie się jako sposoby na redukcję szkód w medycznym obszarze korekty płci.

O ile dostrzegalna jest rosnąca rola dedykowanych ekspertów, w tym seksuologów, w procesie tranzycyjnym w Polsce, o tyle Kłonowska i Dynarski (2020) podkreślają, że personel medyczny zasadniczo poszukuje alternatywnych, często fizjologicznych (np. uraz głowy, nowotwór) wyjaśnień potrzeb, z którymi zgłaszają się do specjalistów osoby transpłciowe. Cały proces diagnostyczny bazuje na binarnych definicjach płci, pozycjonując system ochrony zdrowia jako funkcjonalistyczną agendę cisgenderyzmu. Można suponować, że odzwierciedla on „kulturową i systemową ideologię, która zaprzecza, neguje lub patologizuje samoidentyfikowane tożsamości płciowe, które nie są zgodne z płcią przypisaną przy urodzeniu, a także wynikające z nich zachowanie, ekspresję i społeczność” (Lennon i Mistler, 2014, s. 63).

Negatywne doświadczenia z solwatacją dobrych praktyk i wytycznych są silnie obecne wśród samych osób transpłciowych, które – w badaniach międzynarodowych – donoszą o lekarzach nieprzygotowanych i przepisujących niewłaściwe leczenie (Bottorff i in., 2012; Meyer i in., 2020). Sytuacje takie miewają miejsce, nawet jeśli samo świadczenie medyczne nie odnosi się wprost do zdrowia seksualnego (Peitzmeier i in., 2017). Doświadczenia z personelem opisywane są przez pryzmat braku sprawstwa i problematycznej relacji z lekarzami, która powodować mogła nawet rezygnację z konwencjonalnej medycyny (por.

Preciado, 2021). Piszząc o „niespełnionych oczekiwaniach” Meyer i współpracownicy (2020) wymieniają takie doświadczenia osób *transgender and gender-diverse* (TGD) jak: naddatkowe badania, pytania nie na miejscu, blokowanie dostępu do usług, podejście stygmatyzujące oraz wspomniany już misgendering (por. też Grzejszczak, 2015).

W odniesieniu do wszystkich omówionych obszarów, zarządzanie tranzycją płciową w wymiarze jednostkowym obrazuje proces solwatacji społecznej (Sarnowska i in., 2020), czyli sytuacji, w której optymalnie wypracowane polityki z poziomu makrostruktur (np. globalnych agend – tu: WHO, ICD, i wskazówki WPATH) ulegają społecznemu „rozpuszczeniu”, trafiając na niższe poziomy życia społecznego. Gabinety, kliniki, lekarze i inny personel medyczny serwuje już nie oryginalną wersję sankcjonowanego ekspercko porządku, ale pewien „granulat”, który wdrażany i oferowany jest w odniesieniu do mikro i mezo poziomów zysków, praktyk, wartości i przekonań, czy też wiedzy (i niewiedzy) w danej jednostce systemu medycznego na terenie Polski (por. Grzejszczak, 2015; Kłónkowska i Dynarski, 2020). Co za tym idzie, transpłciowe jednostki – stykając się z profesjonalistami, którzy nie odzwierciedlają w swojej praktyce zapisów prawnych – działają mikroracjonalnie, aby osiągnąć swój cel (por. Sarnowska i in., 2020, 2024), nawet jeśli nie mają wsparcia na poziomie systemowym słabego państwa.

Mikrostrategią radzenia sobie ze słabym państwem jest przykładowo *passing*, czyli określenie używane przez osoby trans, które odnosi się do tranzycji społecznej i wiąże się z byciem postrzeganym jako osoba o tożsamości, z którą się identyfikujemy, a nie o tej narzuconej jednostce przez społeczeństwo (Anderson i in., 2020). Passing najczęściej odnosi się do wyglądu zewnętrznego, tj. fryzury, makijażu, sposobu ubioru, ale także do sposobu mówienia, poruszania się, gestykulacji. Osoby, które nie są postrzegane jako osoba płci nadanej przy urodzeniu, „zdają” (ang. *pass* – stąd nazwa „passing”), a osoby, którym się to nie udaje, społeczny egzamin z tożsamości „oblewają”. Skuteczny passing legitymizuje roszczenia osoby transpłciowej do swojej tożsamości (Billard, 2019), a także ułatwia funkcjonowanie na co dzień, w oderwaniu od suboptymalnie funkcjonującego słabego państwa.

Jak wykazano, osoby transpłciowe w szczególny sposób doświadczają zindywidualizowania i prywatyzacji usług medycznych, ramowanych nie poprzez ogórne regulacje, ale raczej ich indywidualne realizacje przez personel medyczny. Nie jest więc zaskakujące, że prawie co czwarta (24,4%) transpłciowa osoba respondencka w badaniu Świder i Winiewskiego (2021) zadeklarowała, że doświadczyła nierównego traktowania ze strony pracowników ochrony zdrowia w Polsce. W parze z doświadczeniami przemocy (69%), skutki dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową dostrzeżemy w najniższej samoocenie tej grupy spośród badanej populacji LGBTa i wysokim odsetku ideacji

samobójczych (ok. 75%). Nie bez znaczenia dla procesu tranzycji płciowej jest wiek osób rozpoczynających ten proces. Na ścieżkę tranzycji wkraczają osoby młode, często zaraz po ukończeniu 18-roku życia (Zhang i in., 2020; Winiewski i Świder, 2021), gdyż osiągnięcie pełnoletności oznacza legalną możliwość decydowania o własnym leczeniu. Ostatnia edycja badania KPH, w której udział wzięło ponad 5000 osób transpłciowych, potwierdza te ustalenia, gdyż średnia wieku osób trans wyniosła tylko niecałe 23 lata (Winiewski i Świder, 2021). Z najnowszych statystyk KPH wynika również, że prawie połowa (43%) osób trans spotkała się z przynajmniej jednym przejawem dyskryminacji w kontaktach z ochroną zdrowia; 20% doznało negatywnych komentarzy ze strony lekarza (tamże). Raport potwierdza też niski poziom wiedzy o transpłciowości wśród lekarzy i psychologów; 83% lekarzy i 51% osób udzielających badanym wsparcia psychologicznego nie wiedziało prawie nic lub bardzo mało na temat transpłciowości (tamże).

Choć w Polsce brakuje dedykowanych badań o wpływie zmiennej wieku na tranzycję płciową, należy założyć, że proces ten jest szczególnie trudny i obciążający właśnie dla młodych dorosłych, którzy są silniej narażeni na skutki wszelkich kryzysów, jak również są słabiej zakotwiczeni w społeczeństwie (np. z uwagi na niestabilną sytuację na rynku pracy – por. Pustułka i in., 2024). Według szacunków IPSOS 4% przedstawicieli Gen Z (ur. w roku 1997 lub później) i 2% przedstawicieli Millenialsów (ur. 1981–1996) identyfikuje się jako osoba transpłciowa lub niebinarna (Boyon, 2021). Warto także podkreślić, że młodym osobom łatwiej wejść w dorosłość, jeśli otrzymują pomoc od rodziców. W przypadku osób transpłciowych w Polsce, tylko dwie na pięć osób badanych (40%) deklarowało, że rodzice ich akceptują (Winiewski i Świder, 2021).

Podsumowując, operacjonalizacja kategorii płci w prezentowanym badaniu łączy rozpoznanie sztywnych ról płciowych jako faktu społecznego wyznaczającego doświadczenia jednostek w systemie ochrony zdrowia (Anspach, 2010), jak i zderzenie ich ze zjawiskiem indywidualizacji, która z jednej strony oznacza prywatyzację jednostkowej odpowiedzialności za jej potrzeby medyczne w słabym państwie, z drugiej zaś uwzględnia potencjał indywidualizacji jako ścieżki pozwalającej na przezwyciężenie apriorystycznego założenia binarności poprzez koncentrację na własnej płci społeczno-kulturowej (gender) i wdrażanie mikroracjonalnych strategii działania jako odpowiedzi na solwatację pożądanych wytycznych (por. Sarnowska i in., 2020; 2024).

Założenia metodologiczne i przebieg badania

Dane wykorzystane w artykule pochodzą z jakościowo-ilościowego badania poświęconego drodze do tranzycji płciowej w aspekcie medycznym we

współczesnej Polsce³. Badanie zostało zrealizowane w myśl *gender sensitive approach*, czyli podejścia zakładającego, że pewne kategorie osób „milczących” czy „uciszanych” są stale wykluczane z dyskursu publicznego, mimo uczestnictwa w życiu społecznym (Gurung i Leduc, 2009). Osoby transpłciowe są jedną z grup marginalizowanych, którym należy – między innymi poprzez badania społeczne – oddawać głos, szczególnie w sprawach ich dotyczących, takich jak transycja czy korekta płci (Mullen i Moane, 2013).

Celem badania było przesłедzenie medycznej drogi transycji płciowej, uchwycenie trudności osób transpłciowych z tym związanych, ale także oddanie przestrzeni osobom trans i pozwolenie im na swobodne opowiedzenie o swoich doświadczeniach i skomentowanie sytuacji osób trans w Polsce. W badaniu zostały zastosowane mieszane metody badawcze w celu uzyskania pełniejszego obrazu problematyki. Zastosowanie metod jakościowych i ilościowych w procedurach sekwencyjnych (Creswell, 2013) pozwoliło na uzyskanie pełniejszego obrazu sytuacji osób transpłciowych w Polsce. Osoby uczestniczące w badaniu, zarówno w części jakościowej, jak i ilościowej, pozyskano poprzez portal społecznościowy Facebook. Szczególnie pomocne były grupy tematyczne zrzeszające społeczność osób transpłciowych, między innymi: „Grupa Wsparcia dla Osób Transpłciowych”, „HRTawka” i „NieCisowianka – Grupa Wsparcia Osób Niebinarnych, Trans i Inter oraz nie-cis”.

W tym artykule jednak głównie skupimy się na analizie materiału jakościowego, gdyż to właśnie w rozmowach narratorzy najczęściej dzielili się swoimi trudnościami, jak i strategiami radzenia sobie z nimi. W badaniu jakościowym wzięło udział 12 osób: 4 kobiety, 4 mężczyzn i 4 osoby identyfikujące się jako niebinarne. Stosunek osób przyjmujących estrogen do osób przyjmujących testosteron wynosił 1:2. Siedem osób miało już doświadczenie zabiegów afirmujących płeć, pozostałe zaś były na etapie przyjmowania HRT. Kluczową charakterystyką demograficzną badanych była kategoria wieku, gdyż najmłodszy narrator miał 18 lat, a najstarszy 32. Mediana wieku wynosiła 22,5, a średnia 23,5 lat, co oznacza, że wyniki w szczególny sposób pokazują sytuację osób młodych, potencjalnie mniej zakotwiczonych w systemie społecznym oraz w państwie (por. Pustulka i in., 2024). Siedem osób narratorskich zadeklarowało zamieszkiwanie w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców, a pozostałe mieszkały w mniejszych ośrodkach, przy czym tylko jedna osoba rezydowała na wsi.

³ Materiał empiryczny wykorzystany w pracy w całości pochodzi z badania zrealizowanego przez Zuzannę Kapciak w ramach studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim. Opiekę nad pracą magisterską sprawowała prof. Krystyna Slany, której autorki serdecznie dziękują za nadzór nad etapami gromadzenia danych i wstępnej analizy. Zaawansowane analizy danych, jak również praca nad ramą koncepcyjną tekstu, zostały wykonane przez obie autorki w ramach WP1 projektu IRIMTA (NCN nr 2022/47/O/HS6/00976).

Wywiady jakościowe zostały przeprowadzone wiosną 2023. Każda z osób narratorskich zgodziła się na nagranie rozmowy, która później została stranskrybowana i zanonimizowana. Uzyskany materiał empiryczny został zakodowany za pomocą programu MAXQDA 2022. Analiza obejmowała sześć etapów: organizację i przygotowanie, ogólny przegląd danych, proces kodowania, wykorzystanie procesu kodowania do analizy, przedstawienie wyników i ich interpretację (Creswell, 2013). Osią przeprowadzonych analiz był wymiar medyczny tranzykcji płciowej w Polsce. W tym wymiarze wyróżniono cztery obszary analityczne, tj. stricte medyczny (droga tranzykcji, np. zabiegi), medyczno-ekonomiczny (np. źródła finansowania zabiegów, refundacja), medyczno-relacyjny (coming in/out, reakcje otoczenia) i medyczno-emocjonalny (odczucia i emocje badanych). W każdym z tych obszarów badani napotykali wyzwania, które rozwiązywali samodzielnie, co wyznaczyło strukturę analiz w niniejszym artykule pokazującym słabość państwa (wieloaspektowy kontekst tranzykcji) i strategię radzenia sobie (działania badanych).

Trudności w tranzykcji w państwie polskim – wyniki badania

Wyniki badania rzucają nowe światło na przebieg tranzykcji w wymiarze medycznym w Polsce, dookreślając, z jakimi trudnościami mierzą się młode osoby transpłciowe na poszczególnych etapach. Jak wcześniej wskazano, na poziomie krajowym nie obowiązują żadne przepisy, które w jakikolwiek sposób normowałyby sytuację osób transpłciowych, zatem medyczna korekta płci jest zindywidualizowana, rozproszona, i może przebiegać różnie w zależności od jednostki, jak i specjalistów oraz klinik, z którymi podejmie ona współpracę. W procesie analizy danych wyszczególniono trzy kamienie milowe w medycznym aspekcie tranzykcji. Te trzy kluczowe momenty to: otrzymanie diagnozy, rozpoczęcie HRT i wykonanie zabiegów afirmujących płeć, które omawiamy w kolejnych podsekcjach.

Start tranzykcji: diagnoza

Pierwszym krokiem w procesie tranzykcji, powtarzającym się u wszystkich badanych, są wizyty u specjalisty zdrowia psychicznego – psychologa lub psychiatry, na ogół legitymizujących się dodatkową specjalizacją seksuologiczną. Lekarze byli wybierani starannie, po analizie dostępnych online opinii innych osób ze społeczności trans. Działania te miały niwelować ryzyka, które mogą się pojawić już na tym etapie w świetle braku rekomendowanych przez państwo profesjonalistów. Celem rozpoznania pola medycznego jest przede wszystkim uniknięcie gatekeepingu i rozpoznawanie dolegliwości, które mogą utrudniać tranzykcję i niepotrzebnie wydłużać proces:

*W ogóle proces tranzycji w Polsce i tak jest mega skomplikowany, bo nie jest prawnie uregulowany, więc lekarze trochę w ch*ja lecq. Ile tych wizyt tak naprawdę jest potrzebnych? (Jaśmin, osoba niebinarna, 23 lata)⁴*

Mimo ewidentnej frustracji, badani podkreślali, że otrzymanie diagnozy jest kluczowe, stanowi bowiem pierwszy kamień milowy, który umożliwia przejście do kolejnych etapów tranzycji. W zależności od instrumentarium specjalisty może być to diagnoza transpłciowości lub dysforii płciowej. Badani mają różne podejście do tej kwestii, ale niektórzy uważają, że odejście od diagnozy znacznie zmniejszyłoby stygmatyzację osób trans, a także skróciłoby proces korekty płci. Zamiast diagnozy preferowany byłby model świadomej zgody:

Wkurza mnie to, że trzeba przechodzić tą całą diagnostykę, która trwa ileś czasu [...] i kosztuje ona miliony jak się idzie prywatnie [...] Uważam, że po prostu powinno się wprowadzić model świadomej zgody. [...] Powinno wyglądać bardziej jak: 'słuchaj, możesz się spodziewać takich i takich zmian, [...] czy się na to zgadzasz, czy ci się to podoba?' [...] Po prostu świadoma zgoda, to by było super. (Hiacynt, osoba niebinarna, 18 lat)

Rolą lekarza byłoby skupienie się na psychice pacjenta, pozwalające danej osobie na decydowanie o sobie. W typie idealnym takiego modelu nikt nie sprawdzałby, czy osoby transpłciowe „na pewno są transpłciowe” (por. Darwin, 2020; Fraser i in., 2021), a deklaracja pacjenta w tej sprawie byłaby wystarczająca. Podobne propozycje padały przy każdym innym medycznym aspekcie, co oznaczałoby, że brak diagnozy nie uniemożliwiałby dostępu do HRT. Po uprzednim sprawdzeniu, czy fizycznie nie ma ku temu przeciwwskazań i poinformowaniu, jakie będzie miało to skutki, osoba pacjencka otrzymywałaby stosowną receptę:

Bez takiego latania po lekarzach, tu taka opinia, tu taka opinia, żeby na pewno się upewnić, że tak, tego chcę na pewno [...] Co to w sumie da? Ja mogę chodzić do psychologa rok i mówić, że tak, jestem binarnym mężczyzną, 100%. Wiecie, [czy] będę polować na dzikiego zwierza, bo o to na przykład pyta jeden z wiodących specjalistów w Polsce. Czy w dzieciństwie miała pani fantazję polowania na dzikiego zwierza? W roku 2023 [pada takie pytanie] i ja mogę powiedzieć, że tak, no jasne, no ale w sumie co mi to da, poza tym, że w końcu dostanę te hormony [...] Mogłem kłamać, ale ile osób niebinarnych tak naprawdę utrzymuje, że są binarne w 100% tylko po to, żeby dostać hormony, żeby dostać skierowanie na mastektomię. Powinna naprawdę być taka po prostu świadoma zgoda. (Narcyz, osoba niebinarna, 22 lata)

Świadoma zgoda jest już powszechnie stosowana w Polsce, jednak nie w taki sposób, w jaki pragną tego osoby transpłciowe. Jest ona stałym elementem w relacji lekarz–pacjent, jednak jest obwarowana prawnie (Krajewski, 2012).

⁴ Każdy cytat opatrzono fikcyjnym pseudonimem oraz informacją o tożsamości płciowej i wieku osoby narratorskiej.

W aktualnym modelu zgoda na leczenie występuje w momencie, w którym lekarz zdecydował o danym zabiegu lub procedurze medycznej. Pytanie o zgodę pojawia się z inicjatywy lekarza, a pacjent może zgodę wyrazić lub nie. W typie idealnym, którego pragną osoby transpłciowe, zgoda wypływa od pacjenta i wystarcza, by podjąć dane działania, jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań zdrowotnych. Narracje te pokazują medykalizację transpłciowości, którą badane osoby łączą z gatekeepingiem i obowiązkiem posiadania diagnozy:

Mam taką myśl ogólnie, że cała tranzycja właśnie niesłusznie jest aż tak zmedyalizowana [...] I to jest jedyna „słuszna” droga [...] Niepotrzebnie zmedyalizowane, że musi być ta diagnoza transpłciowości, żeby zrobić to, to i tamto, i to jest tylko dla tych osób transpłciowych, ale tych konkretnych, cierpiących od dzieciństwa. (Narcyz, osoba niebinarna, 22 lata)

Proces diagnozy jest bardzo trudnym przeżyciem przede wszystkim dla osób niebinarnych. Na korektę płci najczęściej patrzy się jako na proces przejścia między jedną płcią a drugą, czyli w sposób zerojedynkowy. Osoby niebinarne najczęściej radzą sobie z tym poprzez brak coming outu jako osoba niebinarna, tylko funkcjonowanie jako osoba transpłciowa binarna – kobieta lub mężczyzna. Można to interpretować jako wątek bycia „niewystarczająco” lub „nieprawdziwie” transpłciowym (choć osoby niebinarne także wpadają pod parasol transpłciowości):

Bałom się, że jak powiem o niebinarności, to będzie to potraktowane to jako „nie wie czego chce albo waha się”. (Aster, osoba niebinarna, 24 lata)

Choć przez proces diagnozy można przejść z pomocą specjalistów w ramach NFZ, tylko część badanych korzystała z tej możliwości, najczęściej z przyczyn ekonomicznych:

Nie miałam wtedy żadnych pieniędzy, żeby iść na to prywatnie. No to starałam się o to [diagnozę] na NFZ. [...] Tylko żeby dostać termin to minęło od czerwca do lutego, więc minęło 8 miesięcy. [...] Więc pierwsza wizyta była w kwietniu. [...] No i trwało to, cały ten proces, opiniowanie, jakby same wizyty u seksuologa, u psychiatry, u psycholog i później w końcu do endokrynolog. (Nasturcja, kobieta, 21 lat)

Nasturcja porusza problematykę długiego oczekiwania. W Polsce średni czas oczekiwania na wizytę u psychologa na NFZ wynosi 97 dni, wizytę u psychiatry 115 dni⁵. Inna osoba badana także wspomina koszty, jednocześnie sugerując, że diagnoza uzyskana od lekarza w ramach NFZ miałaby być „lepszą” od tej wykonywanej prywatnie:

⁵ Dane pochodzą ze strony <https://swiatprzychodni.pl/>, na dzień 10/12/2023.

Znaczy ja jak zaczynałam tranzycję to zdecydowałam się na NFZ z dwóch powodów. Pierwszy był taki, że [...] wiązało się to dla mnie z kosztami, a drugi był taki, że ja... Bardzo, bardzo chciałam mieć pewność, że [...] podejmuję dobrą decyzję i jak dostanę taką opinię od psychologa z NFZ to będzie lepsza opinia niż gdybym ja komuś zapłaciła za opinię. Miałam takie bardzo silne poczucie, że jestem, że chcę być tym „lepszym” transem. [...] A teraz absolutnie, [...] widzę jak się zmęczyłam na tej diagnostyce. I po prostu, nigdy więcej. (Aster, osoba niebinarna, 24 lata)

W świadomości społecznej są obecne przeświadczenia, że lekarz w gabinecie prywatnym wypisuje to, o co poprosi go pacjent. Widać tu także potrzebę walidacji i potwierdzenia, że podejmowane kroki w stronę tranzycji są dobrą decyzją. Gatekeeping ze strony lekarzy jest oceniany jako zupełnie bezzasadny, bo osoby transpłciowe deklarują spędzanie dużej ilości czasu na zastanawianiu się, czy na pewno są transpłciowe. Problemami, które osoby napotykają w gabinetach lekarskich, są raczej różnorodne uprzedzenia:

Próbowałam znaleźć psychiatrę na NFZ, blisko siebie [...] bo nie bardzo jak mam jak [...] dojeżdżać, ale trafiłam na tak transfobiczną panią doktor, że skończyło się składaniem skargi do kierownika placówki. (Aster, osoba niebinarna, 24 lata)

O uprzedzeniach lekarzy związanych z otyłością opowiadał także inny badany:

No i zobaczyliśmy się na żywo i wtedy mi powiedział, że nie, bo jestem za gruby, żeby ktokolwiek mi przepisał [HRT]. (Hiacynt, osoba niebinarna, 18 lat)

Jak pokazano, już na pierwszym etapie tranzycji pojawiają się problemy wynikające z solwatacji rekomendacji WPATH i WHO, ale też z braku dostępu do zasobów oraz nieistniejącej standaryzacji procedur na poziomie krajowym.

Doświadczenia badanych z HRT

Drugim ważnym krokiem w ścieżce tranzycji jest udanie się do endokrynologa, dzięki któremu można rozpocząć HRT. Na etapie przyjmowania HRT dużo dzieje się na poziomie ciała, tj. następują zmiany maskulinizujące lub feminizujące, umożliwiające skuteczniejszy passing (por. Anderson i in., 2020). Po uzyskaniu diagnozy problemy zmieniają się i dotyczą niedostępności specjalistów-endokrynologów (zob. CBOS, 2023). Czas oczekiwania na wizytę u endokrynologa na NFZ wynosi aż 302 dni⁶. Badane osoby opisywały długie kolejki do lekarzy (także w sektorze prywatnym), jak i nieadekwatność opieki. Ta ostatnia przejawiała się ignorowaniem najnowszych wytycznych na przykład w zakresie dawek hormonów:

⁶ Dane pochodzą ze strony <https://swiatprzychodni.pl/>, na dzień 10/12/2023.

Jeżeli chodzi o taką specyficzną [wiedzę] do tych ogarniających transplciowość [lekarzy], no to na pewno kwestia tego, żeby aktualizowali tę wiedzę na bieżąco [...] Żeby jednak podążali za tymi trendami w tej medycynie. Właśnie, że leczenia osób transplciowych, żeby mieli na uwadze to, jak te dawki kontrolować, jak to im... Żeby to było jak najbardziej zdrowe, jak najzdrowsze i najbardziej efektywne dla danej osoby. (Nasturcja, kobieta, 21 lat)

Narracje wokół HRT pokazują też aspekt genderowy tranzycji medycznej. Mężczyźni przyjmujący HRT w Polsce mają dostęp do testosteronu w formie zastrzyków lub żelu. Wielu narratorów podkreślało, że preferują zastrzyki, najczęściej w pośladek. Pojawiał się tutaj wątek pomocy przy iniekcji; najczęściej udzielali jej współdomownicy badanych, ale nie zawsze. Niektóre osoby przyznawały, że chodziły do przychodni ze skierowaniem i własnym preparatem, by tam wykwalifikowany personel ich wspomógł. Kobiety przyjmują estradiol, który w Polsce jest dostępny w trzech formach: tabletek doustnych, plastrów lub żelu. Można uzyskać receptę na estradiol w formie zastrzyku, jednak tutaj pojawia się kolejna trudność – recepty nie da się zrealizować w Polsce, a jedynie za granicą. Badane najczęściej jeździły do Czech lub Słowacji. Jedna z narratorek mówi, dlaczego zastrzyki są najwygodniejsze, a także zarysowuje sytuację w Polsce:

Plastry na początku były cholernie ciężkie do zdobycia, bo były tylko w jednej aptece [...] To była partia, która była stara [...] Ona strasznie się odkleja, że nie trzyma na skórze [...] Z żelem jest też tak, że no, nie zawsze dało się ten żel dostać. [...] Z zastrzykami znowu problem jest taki, że w Polsce w ogóle nie ma. Niby można jechać po nie do Czech [...] Neofollin jest z Czech i dosłownie chyba tam można to dostać. Nie wiem jak ze Słowacją, ale no ogólnie jakby większość trans dziewczyn na pewno jeździ do Czech po Neofollin. I to jest problem, że tego w Polsce nie ma. W Czechach raczej nie ma takich problemów żeby to dostać, ale no to właśnie wiąże z tym, że trzeba jednak za tą granicę jechać. (Nasturcja, kobieta, 21 lat)

Bardzo podobnie wypowiada się inna badana, która – w świetle braku dostępu do leków w Polsce – wdraża mikrostrategię regularnych podróży po zastrzyki do krajów sąsiednich. Istotny jest tu wymiar ekonomiczny, gdyż zastrzyki są nie tylko skuteczniejsze, ale też tańsze:

Od niedawna jestem na zastrzykach [...] i czuję na przykład, że te piersi mi jakoś szybciej rosną, chyba te zastrzyki, z tego co wiem, będą skuteczniejsze. Na pewno są tańsze [...] Trzeba pamiętać, bo raz na tydzień przyjmuję [...]. Minus jest taki, że trzeba jechać po nie do Czech albo na Słowację. (Dalia, kobieta, 32 lata)

Narratorki wyrażały negatywny stosunek do braku tej formy HRT w Polsce. Wyjazd do sąsiedniego kraju, by zrealizować receptę, najczęściej wiązał się z dodatkowymi kosztami, jakim jest sama podróż, ale także kupno preparatu w odpowiedniej (dużej) ilości:

Nawet odliczając paliwo to się dużo bardziej oplaca, jeżeli chodzi o cenę, nawet jakby jedna osoba sama miała jechać w tę i z powrotem, to i tak jest dużo taniej niż polskie tabletki, które [...] są bardziej obciążeniem dla organizmu. Gorzej się wchłaniają i trzeba o nich pamiętać. (Kalina, kobieta, 32 lata)

HRT najczęściej stosuje się do końca życia. Zatem w Polsce także na tym etapie tranzykcji jednostki spotykają się z trudnościami, w których rozwiązywaniu nie pomaga państwo. Wręcz przeciwnie, brak jakichkolwiek wytycznych sprawia, że dane i wytyczne utworzone na poziomie europejskim rozmywają się, a niewydolny system lokalny powoduje, że mikrostrategie kierują uwagę badanych na poziom systemu ponad- czy pozapaństwowego.

Ostatnie etapy tranzykcji

Kolejnymi etapami tranzykcji są już zabiegi afirmujące płeć, pomagające zdobyć pożądaną passing. Wykonanie wszystkich zabiegów medycznych, którym chce się poddać dana jednostka, traktujemy jako trzeci, ostatni kamień milowy. Podobnie jak w przypadku diagnozy, nie ma tutaj żadnych standardów i poszczególne kliniki medyczne mogą wymagać różnej dokumentacji przed wykonaniem zabiegu. Tworzy to chaos i dezinformację:

Nie wiadomo do końca z czym iść na mastektomię, no bo każda klinika prosi o coś innego, więc [...] [trzeba] wszystkiego się dowiedzieć, samemu zrobić taki research, żeby później nie okazało się, że klinika dzień przed odpowie, a poprosimy jeszcze taki dokument, bo takie sytuacje już się zdarzały. (Narcyz, osoba niebinarna, 22 lata)

Osoby transmęskie mają swój własny slang, odnoszący się do zabiegów afirmujących. Są to kolejno: topka/jedynka, odnoszące się do zabiegu mastektomii, dwójka, odnosząca się do zabiegu histerektomii i trójka, odnosząca się do zabiegu falloplastyki. Nazwy pochodzą od kolejności wykonywania zabiegów. Narratorzy zabieg mastektomii kojarzyli z dużym uczuciem indywidualnej ulgi, nawet jeśli nie byli całkowicie zadowoleni z efektów i przyznawali, że system nie był sprawny, a zabieg mógł zostać wykonany lepiej:

Teraz [...] nie wiem, czy do końca bym wybrał [nazwa kliniki], mam bardzo mieszane opinie i wyniki mojej operacji też są takie, że będę musiał prawdopodobnie robić w przyszłości poprawkę. Ale wracając, było szybko i tanio. [...] Nie żałuję, że topkę wykonałem. Mam trochę za dużo skóry tam do wycięcia, ale to mogę zrobić w każdym momencie swojego życia, a przynajmniej mogę chodzić bez bindera i czuć się dobrze. (Wawrzyn, mężczyzna, 20 lat)

Jeśli zaś chodzi o histerektomię i falloplastykę, to żaden z narratorów nie miał tych zabiegów za sobą. Niektórzy przyznawali, że planują „dwójkę” w przyszłości i że to byłoby wskazane dla nich zdrowotnie. Najmniejszą popularnością cieszyła się „trójka”; badani wprost przyznawali, że albo w ogóle jeszcze o niej nie

myśleli, albo nie chcą jej wykonywać ze względu na duże koszty zabiegu i niepewność co do satysfakcji z efektów. Można to interpretować jako niski, poparty doświadczeniem, poziom zaufania do systemu opieki zdrowotnej:

Czy chcę robić cokolwiek dalej, czyli [...] tą rekonstrukcję? Nie wiem [...], właśnie nie wiadomo jak to wyjdzie. Nie wiadomo czy [...] efekty będą w jakimkolwiek sposób zadowalające. Nie wiadomo ile czasu mi zajmie rekonwalescencja po takim zabiegu i z tego co się orientuje to w Polsce to chyba można zrobić w jednym miejscu, może w dwóch. [...] Minimum, które w tym momencie musiałbym wyłożyć na samą rekonstrukcję to jest coś koło 30 000 zł. [...] No byłoby fajnie, ale jak to ma być sytuacja, gdzie wydam kupę kasy, będę się męczyć z wracaniem do siebie, a efekty będą takie sobie... No to też trochę bez sensu. (Chaber, mężczyzna, 26 lat)

W obu powyższych wypowiedziach kluczowa jest prywatyzacja opieki medycznej i wysokie nakłady finansowe, których w ich opinii wymagają zabiegi przeprowadzone w najlepszy sposób. Kwoty z nimi się wiążące często nie są w zasięgu młodych osób badanych. Nie inaczej jest w przypadku osób transżeńskich, które najczęściej decydują się na lub planują waginoplastykę, zwaną również *bottom surgery*. Dwie z narratorek dokonały już tego zabiegu, pozostałe dwie przyznały, że wykonają go, jak tylko będą mieć taką możliwość. Jedna z badanych wykonała zabieg w Polsce, a druga zdecydowała się wykonać go za granicą, ze względu na to, że koszt był zbliżony:

Sama operacja kosztowała 12 000 €, plus loty są drogie akurat do [miejsce wykonania zabiegu]. No ale to tam życie, to tak naprawdę trochę taniej jak w Polsce. (Kalina, kobieta, 32 lata)

Mówiąc o zabiegach afirmujących płeć, badani mówili o strategiach radzenia sobie z wyzwaniami ekonomicznymi. Brak refundacji niezbędnych zabiegów wymagał poszukiwań alternatywnych możliwości finansowania. Najczęściej mówiono o wsparciu ze strony najbliższych – rodziców lub osób partnerskich. Dwie badane wspomniały, że musiały wziąć kredyt na operację, a jedna osoba przyznała, że udało jej się zebrać fundusze podczas internetowej zbiórki:

Na mastektomię to zrzutkę akurat założyłem [...] Uzbierałem pieniądze w jeden dzień. (Narcyz, osoba niebinarna, 22 lata)

W słabym państwie brak zatem jasnej ścieżki tranzycji. Państwo nie zapewnia medycznej – psychicznej ani fizycznej – opieki zdrowotnej w oczekiwanym standardzie, ani też nie oferuje ekonomicznego wsparcia w postaci refundacji. W tym znaczeniu doświadczenie osób transpłciowych częściowo przypomina sytuację osób cierpiących na rzadkie choroby (i/lub rodziców małych chorych), którzy w obliczu postrzeganej niewydolności systemu prowadzą internetowy crowdfunding donacyjny. Tak jak w przypadku HRT, narracje badanych

pokazują słabość systemu, w którym brakuje odpowiednich wytycznych. Zasoby osób badanych determinują mikroracjonalną, kreowaną w sposób indywidualny ścieżkę na każdym etapie transycji.

Strategie radzenia sobie w procesie medycznej transycji

Gdy wsparcie ze strony państwa jest znikome, jednostki wypracowują indywidualne strategie radzenia sobie z procesem transycyjnym. Należy zaznaczyć, że zaprezentowane przykłady są strategiami wymienionymi i wypracowanymi przez osoby biorące udział w badaniu jakościowym, zatem nie wyczerpują katalogu możliwych podejść.

Ważnym sposobem radzenia sobie jest na pewno dołączanie do grup online skupiających osoby transpłciowe. Dzięki temu osoby te mogą konsultować między sobą wizyty lekarskie, tworzyć listy polecanych lekarzy i minimalizować ryzyko nieprzyjemnych doświadczeń. Wymieniają się przeżyciami, a osoby na późniejszych etapach pomagają tym, które dopiero zaczynają drogę medycznej transycji. Kluczowa jest tutaj obecność Internetu, zdaje się on funkcjonować jako zastępstwo dla państwa, które nie przekazuje osobom transpłciowym jako obywatel(k)om odpowiednich informacji. Agenda państwa – reprezentowana przez ulokowanych w systemie ekspertów medycznych – jest podważana. Opowiada o tym Kalina:

Jeden lekarz wie lepiej, drugi lekarz wie gorzej, jeden przepisze ci dawki, które są bardzo wysokie, a drugi przepisze ci bardzo niskie [...] gdyby nie Facebook, gdyby nie Internet, gdyby nie grupy wsparcia i to, że jakoś to wszystko razem działa, to mam wrażenie, że w tym kraju w ogóle by się nie dało zrobić tej transycji. [...] Nawet nie chodzi o to do kogo pójść, tylko w razie jakichś problemów. Na przykład ustalanie dawek u mnie na tych zastrzykach, jak przeniosłam się na zastrzyki, to tak naprawdę to było z koleżanką, która jest na nich 4 czy 5 lat, bo lekarz ustalił takie dawki, które mi robiły cykle to po prostu rollercoaster. (Kalina, kobieta, 32 lata)

Występuje schemat podobny jak opisywany w analizach Sarnowskiej i współpracowniczek (2020), gdzie jedna badana podzieliła się informacjami, które zdobyła, a pozostałe uczestniczki badania się tym zainteresowały i poprosiły o dokładne wytłumaczenie, jak dany proces przeprowadzić. To samo dzieje się wśród osób transpłciowych.

Trudności dotyczące lekarzy i doświadczeń w gabinetach lekarskich są także minimalizowane poprzez transycję organizowaną prywatnie, a nie w ramach NFZ. Mimo trudnej sytuacji materialnej, część osób trans woli udać się do specjalistów – na każdym etapie – prywatnie, gdyż wiąże się to nie tylko z krótszym czasem oczekiwania na wizytę, ale także relatywnie mniejszym stresem

i większym poczuciem bezpieczeństwa, jakie daje możliwość wybrania konkretnego lekarza. Jest to kolejny sposób radzenia sobie w słabym państwie. Jak też wspomniano, badane osoby uważają, że usługi świadczone prywatnie są wykonywane lepiej niż te w ramach funduszu. Podkreślają, że prywatni specjaliści są bardziej kompetentni w tematyce transpłciowości i lepiej prowadzą ich przez cały proces:

Często niestety specjaliści NFZowcy są to specjaliści trochę starszej szkoły. Trochę robią pod górkę [...] Wiem z doświadczeń innych osób, które znam, a idą drogą na NFZ. [...] i jedna moja znajoma, jej nikt nie powiedział, że ona nie musi sama pisać... Znaczący, jej powiedzieli, że ona ma napisać swoją biografię. Co jest o tyle głupie, że nie ma wymogu, że ta biografia musi zostać napisana samodzielnie, bez pomocy psychologa, a w tej biografii są pewne rzeczy, pod których względem ona będzie sprawdzana i które powinny być zawarte [...] To nie jest kwestia, żeby kłamać, ale można na nie nie wpaść, coś, co się uznaje za nieistotne. Prywatnie psycholog pyta po prostu o te rzeczy. (Melisa, kobieta, 20 lat)

Gabinety prywatne jawią się tutaj dwojako – z jednej strony, jako miejsce, w którym osoby mogą czuć się zaopiekowane i w którym mają pewność, że żadna istotna kwestia nie zostanie pominięta. Z drugiej zaś, jako przykład „państwa w społeczeństwie”, gdzie systemy różnych ocen funkcjonują jednocześnie. Jak wskazano wcześniej, wśród części badanych panuje przekonanie, że lekarz prywatny kieruje się zachciankami pacjenta, zatem diagnoza zdobyta w NFZ, w ramach nadrzędnego państwowego systemu, jest „lepszą”. Inni zaś doceniają istnienie „alternatywnej” dla systemu ścieżki, skoro szybciej i skuteczniej przybliży ich ona do celu.

Jeszcze innym sposobem radzenia sobie jest wytwarzanie strategii stojących w kontrze wobec systemowych, których przykładem jest DIY – *Do It Yourself*, czyli przechodzenie przez proces tranzycji bez nadzoru lekarskiego. Jest to proces pomijający diagnozowanie i wizytę u endokrynologa. Zaczyna się od uzupełnienia wiedzy własnej w zakresie medycznym: dowiedzenia się, jak powinno wyglądać HRT, jak je stosować, skąd zdobyć leki i jak powinny wyglądać właściwe wyniki badań krwi przed i w trakcie terapii. Kolejnym krokiem jest wykonanie badań krwi, a następnie pozyskanie hormonów drogą nielegalną i aplikacja ich bez nadzoru lekarskiego.

Preciado (2021) nazywa takie osoby trans pirat(k)ami lub haker(k)ami płci; są to w jego postrzeganiu osoby, które przyjmują hormony, jednak nie zabiegają o prawną korektę płci ani nie poddają się pod opiekę specjalistów zdrowia psychicznego, a także nie uznają określania siebie jako osób z zaburzeniem identyfikacji płciowej. Co ciekawe, żadna z osób badanych w prezentowanym projekcie nie uważała DIY za bunt przeciwko panującemu powszechnie systemowi, a jedynie widziała w tym podejściu alternatywę dla „legalnego” przejścia przez korektę płciową, która to jest obwarowana wieloma trudnymi do spełnienia

warunkami i kosztami. DIY jest kwestią kontrowersyjną w samych społecznościach osób transpłciowych. Jest bardzo często odradzane, mimo braku wystarczających zasobów ekonomicznych pozwalających na przejście przez korektę płci w ramach systemu. Jedna z osób narratorskich wspomina nawet o stygmatyzacji DIY:

Jest taka stygmatyzacja w community i ludzie mówią, że idziesz na łatwość albo robisz sobie krzywdę [...] Nie każdy jest na tyle uprzywilejowany, że może sobie pozwolić na tak długi proces. (Jaśmin, osoba niebinarna, 23 lata)

O DIY wspomniała jeszcze inna badana osoba, która przeszła przez całą legalną ścieżkę transycji i znajduje się pod stałą opieką lekarską, jednak zdecydowała się w pewnym momencie na DIY ze względu na utrudniony dostęp do preferowanej formy HRT. Zatem wytworzyła ona strategię, która mikroracjonalnie łączy systemowe i pozasystemowe elementy. Rozwiązanie to wdrożyła dopiero po pewnym czasie, co można łączyć z rosnącym w czasie przekonaniem o niewydolnym systemie.

Dyskusja i wnioski

Z narracji osób badanych proces transycji płciowej w wymiarze medycznym w Polsce jawi się jako długi, skomplikowany i wymagający wielu zasobów. Badani potwierdzali prywatyzację obciążeń i normalizację stygmatyzacji i dyskryminacji w ich doświadczeniach (por. też Świder i Winiewski, 2017; Winiewski i Świder, 2021; CBOS, 2022, Koziara i in., 2022; Leżucha i Czerwiec, 2023; ILGA-Europe, 2024). Interpretujemy te zjawiska jako przejawy słabości państwa (Migdal, 2001), które ani nie kontroluje przebiegu instytucjonalnego transycji w ochronie zdrowia, ani nie sprawia, że badani czują się w systemie zaopiekowani. Na poziomie szczegółowego zrozumienia solwatacji społecznej (Sarnowska i in., 2020) i korespondujących z nią mikrostrategii wyodrębniono trzy kamienie milowe, które podczas transycji organizują myślenie osób badanych o swoim zdrowiu, systemie ochrony zdrowia, opiece prywatnej oraz alternatywach w postaci korzystania z ochrony zdrowia poza krajem i strategii DIY.

Trzy omówione etapy to otrzymanie diagnozy, rozpoczęcie HRT i poddanie się zabiegom afirmującym płeć. Wyniki badania potwierdzają ustalenia wcześniejszych badaczy doświadczeń transpłciowości w Polsce (zob. np. Kłonkowska, 2015; Konopka i in., 2020; Świder i Winiewski, 2017; Winiewski i Świder, 2021; Kłonowska i Dynarski, 2020), pokazując, że osoby przechodzące przez korektę płci w Polsce otrzymują znikome bądź żadne wsparcie w ramach systemu opieki zdrowotnej. Lekarze jawią się jako wysłannicy słabego państwa, których kompetencje można – a być może wręcz należy – kwestionować (zob.

też Ostrowska, 2009; Snelgrove i in., 2012; Soled i in., 2022; Dora, 2022), gdyż wytyczne wypracowane na poziomie europejskim i światowym ulegają rozproszeniu i rozpuszczeniu w środowisku polskim. Jednostki transpłciowe muszą mierzyć się z trudnościami na każdym etapie korekty płciowej, wobec czego wytwarzają różne sposoby mierzenia się z nimi w relacji do systemu lub poza nim (tj. DIY; Preciado, 2021).

Na pierwszym etapie najważniejsze napotymane trudności wynikające ze słabości państwa to naddatkowe wydłużanie procesu tranzycji i gatekeeping (Barzilai-Nahon, 2009), które łączą się także z kwestią medykalizacji transpłciowości (Bienkowska, 2020), jak i brak dostępu do odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego (por. też Snelgrove i in., 2012; Grzejszczak, 2015). Ta ostatnia bariera reprodukuje się także w drugim etapie, gdzie ścieżkom badanych towarzyszył długi czas oczekiwania na wizyty u lekarzy-specjalistów, brak dostępu do najwygodniejszej formy HRT w przypadku kobiet (estradiol w formie zastrzyku), brak standaryzacji dotyczącej zabiegów afirmujących płeć, a także brak powszechnego dostępu do nich (por. Kłonowska i Dynarski, 2020). Na obu etapach rozproszenie opcji dotyczyło także niejasnej relacji między prywatną a państwową opieką zdrowotną oraz kosztami, które łączono z niedostępnością refundacji i brakiem przekonania o tym, która strategia jest właściwa. Wszystkie te czynniki sprawiają, że tranzycja płciowa w Polsce jest drogą długą i bardzo wyboistą.

Ze względu na liczne przeszkody w trakcie tranzycji płciowej, osoby trans stosują różnorodne strategie radzenia sobie. Badani tworzą małe społeczności, skupiające osoby transpłciowe, w których mogą swobodnie dzielić się ze sobą informacjami – najczęściej są to poleceni lekarze, ale też praktyczne rady dotyczące tego, w jaki sposób przejść przez ścieżkę tranzycji najszybciej i najefektywniej, bez przykrych doświadczeń w postaci dyskryminacji i transfobii. Nie zawsze porady te wpisują się w ramy zaleceń systemowych. Co więcej, przejście przez proces tranzycji w prywatnym sektorze medycyny wiąże się z dużym nakładem środków finansowych. Osoby transpłciowe decydują się zatem także na mikrodziałania poza systemem państwa. Przykładem jest udawanie się do innych krajów z receptą transgraniczną by wykupić HRT. Ścieżki DIY, choć relatywnie nieobecne w zgromadzonym materiale empirycznym, nakreślają największe ryzyko solwatacji społecznej w słabym państwie (por. Sarnowska i in., 2020) w obszarze tranzycji. Mogą oznaczać wykluczenie ze społeczności osób transpłciowych, jak i ryzyka zdrowotne, wynikające z braku kontaktu z lekarzem (Preciado, 2021). Słabe państwo zmusza jednak jednostki do sprywatyzowanych rozwiązań, które w skrajnych przypadkach mogą prowadzić do uszczerbku na zdrowiu.

Tekst wnosi do wiedzy socjologicznej nowe, szczegółowe ustalenia dotyczące relacji między państwem a społeczeństwem, którą ilustrują opisane

doświadczenia tranzycji w wymiarze medycznym. Zastosowana rama solwatacji społecznej (Sarnowska i in., 2020; Sarnowska i in., 2024) pokazuje mikroracjonalne strategie osób transpłciowych, które – w spotkaniu ze słabym państwem naznaczonym solwatacją – właściwie nie liczą na to, że państwo będzie działać w sposób umożliwiający im drogę przez proces tranzycji płciowej w warunkach optymalnej opieki zdrowotnej. Zgromadzone wypowiedzi osób narratorskich wskazują, między innymi, na rozmycie wytycznych (WHO, WPATH) w praktykach personelu medycznego czy niską dostępność usług. Solwatacja w słabym państwie powoduje, że osoby transpłciowe jako konieczność postrzegają próby „ogrania” systemu (np. poprzez gromadzenie wiedzy o tym, co należy mówić na kolejnych etapach diagnozy) czy też działania zupełnie poza nim (np. poprzez korzystanie z opieki zdrowotnej w państwach innych niż Polska). Pozyskana w badaniu wiedza pozwala stwierdzić, że jeśli państwo polskie nie ulegnie znacznemu wzmocnieniu, praktyki o charakterze niepożądanym (np. DIY) mogą się nasilić, niosąc za sobą większe ryzyka dla społeczności trans.

Bardzo istotne jest ponowne podkreślenie wieku badanych (18–32) i tranzycji płciowej jako przełomowego momentu samostanowienia o sobie. W słabym państwie (Migdal, 2001) młodzi ludzie są szczególnie narażeni na skumulowaną defaworyzację, gdyż we wczesnej dorosłości kumulują się zwykle wyzwania ekonomiczne, edukacyjne, zawodowe i relacyjne (por. Pustułka i in., 2024). Dla transpłciowych osób badanych dodatkowym wymiarem, w którym nie otrzymują oni wystarczającego wsparcia systemowego, są zdrowie i dobrostan (por. CBOS, 2023), co pokazują także inne badania o korelacji wieku z poprawą sytuacji osób trans (Konopka i in., 2020). Osoby transpłciowe często zmuszone są do szukania pomocy wśród zupełnie obcych osób (crowdfunding), ale także wśród najbliższych – osób partnerskich czy rodziców, mimo społecznych oczekiwań uniezależniania się i uzyskiwania autonomii w procesie stawania się dorosłym. Brak instytucjonalnego wsparcia młodych transpłciowych w aspekcie medycznym utrudnia im funkcjonowanie jako dorosłym w innych obszarach. Podkreślić należy także fakt, że osoby transpłciowe, które są akceptowane przez swoje środowisko rodzinne, są mniejszością (Winiewski i Świder, 2021), więc najczęściej nie mogą liczyć na wsparcie w obszarze medycznej tranzycji; zatem brak instytucjonalnego wsparcia uderza w nie szczególnie. W tym sensie praca wnosi także nową wiedzę socjologiczną o szerszej sytuacji młodych ludzi w Polsce, wskazując na obszar zdrowia osób transpłciowych jako soczewkę do przyjrzenia się szerszym skutkom procesów prywatyzacyjnych w doświadczeniach młodego pokolenia. Działania osób narratorskich sugerują, że nie widzą one w systemie państwa i opieki zdrowotnej sojuszników. Wypracowują zatem strategie, w ramach których obowiązki słabego państwa cedowane są na sferę mikro i mezo, tj. rodzinę, przyjaciół i społeczność trans, których zadaniami staje się udzielanie różnorodnego wsparcia, w tym wiedzy i finansowego.

Podobnie jak w innych obszarach, np. edukacji (por. Sarnowska i in., 2024), skutki tego procesu powoli stają się nieodwracalne i budują powszechność przekonania młodych ludzi o tym, że wchodzi w dorosłość bez społecznego rusztowania (tu: optymalnej opieki w systemie zdrowia), które powinno gwarantować silne państwo.

W świetle wyników rekomendowana byłaby optymalizacja wdrożeń nowych standardów dotyczących korekty płciowej i tranzycji w Polsce. Powinny one bazować na rekomendacjach stworzonych przez WHO i WPATH (por. Coleman i in., 2021), a także być współtworzone z osobami transpłciowymi, które posiadają obecnie szeroką, wspólnotową ekspertyzę w dziedzinie tranzycji. Niezbędne zdaje się włączenie w ten proces także lekarzy: porównanie wyników badań Snelgrove’a i in. (2012) oraz Soled i in. (2022) daje jasne sygnały, że profesjonaliści z sektora medycznego doceniali mentoring i doksztalcanie się jako sposoby na redukcję szkód w medycznym obszarze tranzycji. Badania społeczne z lekarzami i innymi ekspertami – w tym na przykład wywiady eksperckie czy projekty partycypacyjne – mogłyby być ważnym kierunkiem dalszych badań nad polem transpłciowości z perspektywy reprezentantów systemu (por. Ostrowska, 2009; Grzejszczak, 2015).

Rola państwa nie powinna jednak kończyć się na opracowaniu i zestandaryzowaniu kwestii związanych z korektą płciową, a raczej obejmować też pieczę nad przestrzeganiem zasad, których brak obecnie oznacza szereg ryzyk – ekonomicznych, zdrowotnych (por. Bottorff i in., 2012; Meyer i in., 2020) czy związanych z dyskryminacją i wykluczeniem – dla osób transpłciowych (por. Kłonkowska i Dynarski, 2020; Kłonkowska, 2015; Konopka i in., 2020). Tylko kompleksowe podejście może zwalczać szkodliwe społecznie przekonanie, że wsparcie państwa w tranzycji jest porównywalne z prawdopodobieństwem wygranej na loterii (Karsay, 2017). Wskazane jest wytworzenie nowych praktyk na poziomie państwa, które pozwoliłoby na „umocnienie” go w warunkach silniejszego poczucia sprawstwa wśród osób transpłciowych (por. Darwin, 2020; Fraser i in., 2021). Jak podkreślono, w procesie tworzenia polityk niezbędne jest uwzględnienie perspektywy osób transpłciowych, a wdrożenie nowych rozwiązań bez konsultacji z grupą docelową może raczej doprowadzić do większej solwatacji społecznej i szukania przez młode osoby transpłciowe alternatywnych, niekoniecznie bezpiecznych, rozwiązań.

Wypowiedzi osób badanych ze społeczności pokazują, że osoby transpłciowe są bardzo różnorodną grupą społeczną (por. Bottorff i in., 2012), która ma w swoim kręgu zarówno osoby, które przechodząc przez korektę płci zmieniają swoją rolę z męskiej na kobiecą lub z kobiecej na męską, ale ma także osoby, które buntują się przeciwko reprodukcji tych schematów lub po prostu nie chcą ich powielać (Preciado, 2021). Osoby te w różny sposób doświadczają indywidualizacji w medycznym wymiarze transpłciowości i tranzycji. Jednocześnie

wszystkie muszą się mierzyć się z niejasnymi ramami narzuconymi przez państwo polskie konstruując praktyki i mikrostrategie w obrębie medycznego aspektu transycji.

Bibliografia

- Anderson, A. D., Irwin, J. A., Brown, A. M., Grala, C. L. (2020). „Your picture looks the same as my picture”: An examination of passing in transgender communities. *Gender Issues*, 37(1), 44–60.
- Anspach, R. R. (2010). Gender and health care. W: C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, S. Timmermans (eds.). *Handbook of medical sociology* (6th ed., s. 229–248). Vanderbilt University Press.
- Barzilai-Nahon, K. (2009). Gatekeeping: A critical review. *Annual Review of Information Science and Technology*, 43(1), 1–79.
- Bieńkowska, M. (2020). Voice recovery–paradigm shift in transgender research. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica*, (72), 67–78.
- Bieńkowska, M. (2013). Transobywatelstwo po polsku. Transseksualista/tka jako obywatel. *Pogranicze. Studia Społeczne*, 22, 171–183.
- Billard, T. J. (2019). Passing and the politics of deception: Transgender bodies, cisgender aesthetics, and the policing of inconspicuous marginal identities. W: T. J. Billard, D. T. L. Sheehan (eds.). *The Palgrave handbook of deceptive communication* (s. 463–477). Palgrave Macmillan.
- Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. (2012). The gender(s) in the room. *Qualitative Health Research*, 22(4), 435–440.
- Boyon, N. (2021). *LGBT+ Pride 2021 Global Survey points to a generation gap around gender identity and sexual attraction*. Ipsos.
- CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej). (2022). Stosunek Polaków do osób homoseksualnych. <https://www.cbos.pl/> (dostęp 15.12.2023).
- CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej). (2024). Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_124_23.PDF (dostęp 09.07.2024).
- Coleman, E. i in. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23.
- Connell, R. (2013). *Socjologia płci. Płeć w ujęciu globalnym*. (O. Siara, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Creswell, J. W. (2013). *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. (J. Gilewicz, tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380.
- Dora, M. (2022). Niezgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11. *Przegląd Psychologiczny*, 65(2), 35–40.
- Fraser, G., Brady, A., Wilson, M. S. (2021). „What if I’m not trans enough? What if I’m not man enough?”: Transgender young adults’ experiences of gender-affirming

- healthcare readiness assessments in Aotearoa New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 454–467.
- Grzejszczak, R. (2015). Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce – raport z badań. W: W. Dynarski i I. Jąderek (red.). *Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce* (s. 9–74). Fundacja Trans-Fuzja.
- Gupta, S., Imborek, K., Krasowski, M. (2016). Challenges in transgender healthcare: The pathology perspective. *Laboratory Medicine*, 47(3), 180–188.
- Gurung, B. M., Leduc, B. (2009). *Guidelines for a gender sensitive participatory approach*. International Centre for Integrated Mountain Development (ICIMOD).
- ILGA-Europe. (2024). *Rainbow map*. <https://rainbowmap.ilga-europe.org/> (dostęp: 15/05/2024).
- Karsay, D. (2017). *Trans healthcare lottery: Insurance coverage for trans specific healthcare. An overview on the basis of 17 countries in Europe*. Transgender Europe.
- Kłonkowska, A. M., Dynarski, W. (2020). „Be glad that you are ill”: Medical views on transgender and its influence on self-perception among trans people in Poland. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 16(1), 84–101.
- Kłonkowska, A., Dynarski, W. (2016). Gender i inne kłopotliwe terminy, czyli jak mówić o różnorodności i (nie)normatywności płciowej i seksualnej. *Jakieś Studia Gejowskie lub Lesbijskie*. <https://jsdll.wordpress.com/2017/09/30/gender-i-inne-kłopotliwe-terminy-czyli-jak-mowic-o-roznorodnosci-i-nienormatywnosci-płciowej-i-seksualnej-anna-klonkowska-wiktor-dynarski/>.
- Kłonkowska, A. (2015). (Trans)mężczyźni, (trans)kobiety i seksualność. O społecznym konstruowaniu seksualności w odniesieniu do osób transpłciowych. *InterAlia*, 10, 121–144.
- Konopka, K., Prusik M., Szulawski M. (2020). „Two Sexes, Two Genders Only”: Measuring Attitudes toward Transgender Individuals in Poland. *Sex Roles*, 82, 600–621.
- Koziara, K., Mijas, M. E., Galbarczyk, A., Wycisk, J., Pliczko, M. P., Krzych-Miłkowska, K., Grabski, B. (2022). It gets better with age: Resilience, stigma, and mental health among lesbian, gay, bisexual, transgender and queer persons from Poland. *Frontiers in Psychology*, 13, 958601. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.958601>
- Krajewski, R. (2012). Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach pacjent – lekarz. W: Trociuk M. (red.). *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz-pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*. Biuletyn RPO – Materiały nr 76.
- Kuta, N. (2021). Co raport „Sytuacja społeczna osób LGBTA w Polsce 2019-2020” mówi o osobach trans? <https://tranzycja.pl/publikacje/raport-sytuacja-spoeczna-osob-lgbt-2020-trans-statystyki/> (dostęp: 12/07/2024).
- Lagos, D. (2019). Hearing gender: Voice-based gender classification processes and transgender health inequality. *American Sociological Review*, 84(5), 801–827.
- Lennon, E., Mistler, B. (2014). Cisgenderism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 63–64. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399623>
- Leżucha, M., Czerwec, K. (2023). Trudności osób transpłciowych w zakresie respektowania ich praw. *Spółeczeństwo. Edukacja. Język*, 17, 193–211.

- Meyer, H. M., Mocarski, R., Holt, N. R., Hope, D. A., King, R. E., Woodruff, N. (2020). Unmet expectations in health care settings: Experiences of transgender and gender diverse adults in the Central Great Plains. *Qualitative Health Research*, 30(3), 409–422.
- Migdal, J. (2001). *State in society: Studying how state societies transform and constitute one another*. Cambridge University Press.
- Mullen, G., Moane, G. (2013). A qualitative exploration of transgender identity affirmation at the personal, interpersonal, and sociocultural levels. *International Journal of Transgenderism*, 14(3), 140–154.
- Niziołek, G. (2016). Coming in: Przyczynek do badania historii homoseksualności. *Teksty Drugie. Polska pamięć*, 6.
- Ostrowska, A. (2009). Modele relacji pacjent-lekarz. W: A. Ostrowska (red.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy* (s. 229–248). Wydawnictwo IFiS PAN.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., Acevedo, K. (2017). Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Culture, health & sexuality*, 19(1), 64–75.
- Preciado, P. (2021). *Testoćpun. Seks, narkotyki i biopolityka w dobie farmakopornografii*. (S. Królak tłum.). Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Pustulka, P., Kajta, J., Kwiatkowska, A., Sarnowska, J., Radzińska, J. (2024). Settling into uncertainty and risk amidst the COVID-19 pandemic and the war in Ukraine. *European Societies*, 26(1), 149–171.
- Reynolds, H. M., Goldstein, Z. G. (2014). Social transition. W: L. Erickson-Schroth (ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (s. 124–154). Oxford University Press.
- Sarnowska, J., Pustulka, P., Wermińska-Wisnicka, I. (2020). Słabe państwo i solwatacja społeczna w obszarze łączenia pracy z rodzicielstwem. *Studia Socjologiczne*, 2(237), 135–162. <https://doi.org/10.24425/sts.2020.132465>
- Sarnowska, J., Pustulka, P., Kajta, J. (2024, w druku) Casual, customized and contemptuous relationships with education: Social solvation and young people's strategies during multi-crisis, *European Journal Of Education*.
- Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., Bauer, G. R. (2012). „Completely out-at-sea” with „two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research*, 12, 110. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-110>
- Soled, K. R. S., Dimant, O. E., Tanguay, J., Mukerjee, R., Poteat, T. (2022). Interdisciplinary clinicians' attitudes, challenges, and success strategies in providing care to transgender people: A qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1134.
- Świder, M., Winiewski, M. (2017). *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2015–2016*. Kampania przeciw Homofobii.
- Świder, M., Winiewski, M. (2021). *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2019–2020*. Kampania przeciw Homofobii.

-
- Transgender Europe. (2022). *Trans health map 2022: The state of trans healthcare in the EU*. <https://tgeu.org/trans-health-map-2022/>
- Winiewski, M., Świder, M. (2021). *Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2019-2020*. Kampania Przeciwko Homofobii.
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N. i in. (2020). Changes in size and demographic composition of transgender and gender non-binary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395.