

jako osobę, która jest w „damskiej” formie. Nie przeszkadza mi, gdy lekarz zwraca się do mnie per pani, bo mimo swojej niebinarności funkcjonuję w społeczeństwie jako kobieta. Jednak zdarzyły się mi sytuacje, w których lekarz przekroczył pewne granice przyzwoitości jeśli chodzi o kwestie językowe i nie zachował się neutralnie i wyrozumiałe w stosunku do mnie. Chciałabym, aby lekarz zapytał o moje imię, a nie tylko wyczytał je z karty, oraz zweryfikował, jak chcę, by się do mnie się zwracano. Miałam sytuacje u terapeuty, który stwierdził, że moje imię brzmi dziwnie i nie pasuje mu tak do mnie mówić, a nie może mówić na ty. Jako pacjentka chciałabym się czuć komfortowo, a nie siedzieć jak na szpilkach, zastanawiając się, czy mogę powiedzieć „wolę Mattie, mam dziewczynę”.

Mattie, Śląski Uniwersytet Medyczny

”

Używania preferowanego imienia i zaimków, profesjonalnego podejścia, czyli niezrzucania wszystkiego na moją transpłciowość, dostępności cen i terminów.

Aki, niebinarna osoba trans męska

”

Jestem rodzicem 8-letniej trans dziewczynki i oczekuję zwykłego szacunku dla mojego dziecka, ogarnięcia, że do dziecka, które przychodzi w sukience, nie zwracamy się męskim imieniem. Na korytarzu w przychodni naprawdę nie trzeba mówić „pani SYN”, wystarczy „pani dziecko”.

**Ania,
mama transpłciowej Ewy**

”

Po pierwsze przestrzegania zasad kultury i etyki! Dodatkowo respektowania używanych zaimków i nazw części ciała. Pochylenia się nad osobą pacjentką i jej problemami. Okazywania należytego szacunku. Otwartego i empatycznego podejścia i chęci jej zrozumienia. Co bardzo ważne – aktualizowania swojej wiedzy specjalistycznej! ■

**R, osoba niebinarna,
student Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

oprac. **SYMON GRZESIK**
Student II roku kierunku lekarskiego
YELIZAVETA NIKITSINA
Studentka III roku kierunku lekarskiego



Porozmawiajmy o transpłciowości

Z seksuolożką **Martą Magott** rozmawiają **Szymon Grzesik** i **Yelizaveta Nikitsina**

Na czym polega Twoja praca?

Przede wszystkim pracuję w gabinecie prywatnym oraz w poradni prawno-psychologicznej stowarzyszenia Tolerado. Konsultuję i przyjmuję osoby z szerokim spektrum tożsamości LGBTQIAP+, jednak największą grupę moich pacjentów stanowią osoby transpłciowe i niebinarne.

Głównym celem terapii jest wzmocnienie tych osób oraz pomoc w odkrywaniu ich tożsamości, czasami także orientacji. Dodatkowo zajmuję się sporządzaniem opinii psychologiczno-seksuologicznych. Są one wykorzystywane w procesie sądowym, a także przekazywane lekarzom_kom pierwszego kontaktu, psychiatrom_kom i endokrynologom_żkom przez



MARTA MAGOTT

Psychoterapeutka, seksuolożka, aktywistka na rzecz praw człowieka, asystentka edukacyjna dzieci pochodzenia romskiego, członkini zarządu Stowarzyszenia Tolerado oraz wieloletnia koordynatorka trójmiejskich Dni Równości i Marszy Równości.

fot. archiwum prywatne

osoby chcące rozpocząć proces tranżycji. W niektórych przypadkach taka opinia jest konieczna.

Jakie obawy mają najczęściej osoby, które do Ciebie przychodzą?

Trudno opowiedzieć o tym choć w skrócie. Najczęściej jest to wykluczenie ze strony rodziny, niezrozumienie, hejt. Czasami osoby te podchodzą lękowo do swojej tożsamości, często również do swojej orientacji. Jeśli są jeszcze dziećmi czy nastolatkami, boją się niezrozumienia ze strony dorosłych, np. lekarzy_rek. Oczywiście mają też obawy związane z rozpoczęciem terapii hormonalnej. Ich największym zmartwieniem jest jednak to, czy zostaną zrozumiane i zaakceptowane przez świat.

Coraz częściej słyszy się, że widoczność osób transpłciowych negatywnie wpływa na dzieci i ich tożsamość. Oczywiście nie zgadzamy się z tym stwierdzeniem, jednak chcielibyśmy zapytać, co o tym sądzisz?

Również słyszałam wiele takich opinii. Niektórzy twierdzą, że transpłciowość czy niebinarność to wymysł, co absolutnie nie jest prawdą. Po prostu żyjemy w czasach, w których coraz więcej osób ma odwagę przyznać się do swojej tożsamości i do tego, kim naprawdę są. To nie ma negatywnego wpływu, wręcz przeciwnie – daje nam zdolność do otwartego mówienia o sobie i o tym, jak się czujemy. Ale tak, można uznać, że ten „problem” jest teraz o wiele bardziej medialny niż kiedyś. Coraz więcej osób ma też odwagę powiedzieć: „Czuję się tak i tak, jestem tą osobą i chcę zrobić wszystko, aby żyć jako ja”. Tworzymy przyjazne środowisko, w którym można o tym pomyśleć. Poruszamy temat transpłciowości czy niebinarności w filmach i serialach, dajemy przykłady w mediach, mówią o tym politycy_czki i celebryci_tki. Osoby w szkołach zaczynają rozmawiać na ten temat, często można znaleźć nauczyciela_kę, który_a tworzy wspierające otoczenie. Im więcej o tym mówimy, tym więcej osób nabiera odwagi.

W 2018 r. transpłciowość usunięto z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Mimo tego w Polsce proces uzgadniania płci jest bardzo skomplikowany. Jak Twoim zdaniem powinien wyglądać?

Tak, jest bardzo skomplikowany. Po pierwsze osoba musi być pełnoletnia, żeby formalnie i prawnie zacząć proces tranżycji. Musi pozwać swoich rodziców o to, że źle nadali jej płeć przy urodzeniu. To oczywiście absurdalne, bo taka osoba musi wystąpić na sali sądowej przeciwko swojej rodzinie. Dobrze, gdy rodzice są akceptujący, lecz nie zawsze są i wtedy potrafią zrobić wszystko, by przeszkodzić własnemu dziecku w osiągnięciu celu. Osoba dokonująca tranżycji musi się także poddać szeregowi badań psychologicznych, seksuologicznych i innych, a jeśli one nie wystarczą, sąd powołuje dodatkowych biegłych. Bardzo często sędziowie okazują się nieprzychylni i zwracają się do osób transpłciowych, używając *deadname'u*,



Osoba dokonująca tranżycji musi się poddać szeregowi badań psychologicznych, seksuologicznych i innych.

grafika – Izabela Szeibelis-Deskiewicz

bo ich płeć nie jest jeszcze uzgodniona w dokumentach. Proces sądowy może trwać kilka miesięcy, ale może też ciągnąć się przez kilka lat. To straszne i absurdalne. Uzgodnienie płci w dokumentach powinno odbywać się tak jak zmiana imienia. Jeśli osoba wie, kim jest, przeszła wiele konsultacji psychologicznych lub psychiatrycznych, jest w toku zastępczej terapii hormonalnej, to po prostu powinna móc pójść do urzędu stanu cywilnego i zmienić swoje dane.

A co w przypadku detranżycji?

Przypadków detranżycji nie jest dużo (ok. 3%), ale nie możemy wykluczyć, że ktoś, kto dokonał uzgodnienia płci, będzie później chciał przejść odwrotny proces. Ja nie mam stuprocentowej gwarancji, że jak wydam opinię, to będzie ona wiążąca również za 30 lat. Być może po tym czasie trzeba będzie ten proces odwrócić.

Jak przebiega wydawanie opinii osobom transpłciowym?

To zależy od tego, o jaką opinię chodzi. Ja najpierw wydaję kilkunastoniową opinię skróconą, w której zapisuję czas trwania terapii, wskazuję, jak identyfikuje się osoba, której dotyczy dokument, czy identyfikuje się ze swoją tożsamością psychiczną na zewnątrz, jak funkcjonuje w środowisku, jakie ma pragnienia i marzenia itd. To jest *stricte* psychologiczna opinia, która trafia zazwyczaj tylko do osób lekarskich po to, aby osoby niepełnoletnie mogły np. rozpocząć jakikolwiek proces hormonalny. Natomiast opinia sądowa to zupełnie inny dokument. W Polsce nie ma jednoznacznych wytycznych, jak powinna ona wyglądać, nie ma też jednego zestawu badań, które powinny przejść osoby transpłciowe. Ja wysyłam je na badanie endokrynologiczne, po którym lekarz_rka stwierdza, jakie kroki należy podjąć w kolejnym etapie. Do opinii sądowej dołączam czasem inwentarz płci psychologicznej (IPP) i test osobowości. W takim przypadku opinia sądowa liczy kilkanaście stron i zawiera się w niej także to, co w wersji skróconej.

Ostatnio na oddziale spotkaliśmy osobę w dysforii płciowej. Czym dokładnie jest ten stan?



O dysforii mówimy wtedy, gdy osoba odczuwa bardzo dużą niezgodność między swoim ciałem a tożsamością. Osoba, która przy urodzeniu została określona jako mężczyzna, ale jest kobietą – czy: trans kobietą – może odczuwać ogromny ból, cierpienie i potrzebę zmiany wyglądu. Czasem dochodzą do tego też zachowania autodestrukcyjne.

Czy dysforia zawsze występuje u ludzi młodych?

Nie. Ponadto dysforia nie zawsze musi wystąpić. Nie mówimy, że osoba jest transpłciowa tylko i wyłącznie wtedy, kiedy ma dysforię. To jest absolutnie indywidualny proces. Może być tak, że osoba jest w ogromnej dysforii płciowej przez jakiś czas, potem dysforia się zmniejsza, a następnie znów nasila. To trochę jak ze stanami depresyjnymi, które mogą być bardziej lub mniej nasilone i trwać latami.

Jak na dysforię reagują rodziny doświadczających jej osób?

Musimy pamiętać, że to rodzice decydują o tym, czy ich niepełnoletnie dziecko może pójść na wizytę do seksuologa, psychologa czy innego_ej specjalisty_tki. I czy w ogóle będzie mogło rozpocząć terapię. Jeśli rodzice się na to nie godzą, dysforia się pogłębia. Bardzo często dochodzi wtedy do prób samobójczych. Jeśli osoba trans jest pełnoletnia, to nawet jeśli nie ma wsparcia rodziny, może stanowić sama o sobie. Brak wsparcia ze strony rodziny dla nastoletniej osoby transpłciowej to jedno z najgorszych doświadczeń, jakie miałam okazję obserwować.

Dlaczego, wiedząc o próbach samobójczych i samookaleczeniach pacjenta_tki, których źródłem jest dysforia, tak niewiele osób lekarskich chce o tym rozmawiać?

To jedynie moja opinia, ale myślę, że boją się rozmawiać, boją się dotykać tego tematu. Często po prostu nie mają wiedzy, żeby rozpocząć takie rozmowy. I to już nawet nie dotyczy tego, czy chcą rozmawiać o transpłciowości, czy nie, ale rozmowy o samookaleczeniach w ogóle. Samookaleczenie jest tematem tabu. Osoby, które stosują autoagresję, leczy się tylko objawowo – nie wchodzimy głęboko, nie szukamy źródeł problemu. Do tego dochodzi jeszcze fakt, że lekarze_rki mają bardzo małą wiedzę o osobach LGBTQIA+, a tym bardziej o osobach transpłciowych. Nie dotykają tematu, bo nie wiedzą, jak to zrobić. Boją się wzięcia odpowiedzialności i ewentualnego poczucia winy. Bardzo wielu_e lekarzy_ek boi się też, że mogą zrobić coś, co okaże się niezgodne z prawem, dlatego tak niewielu_e z nich chce pracować z niepełnoletnimi osobami transpłciowymi.

Co według Ciebie jako studenci_tki medycyny możemy zrobić, żeby sytuacja się zmieniła?

Mówić o tym, edukować – swoją postawą pokazywać, że można inaczej. Wychodzić do studentów_ek, prezentować im te tematy. Bo niekoniecznie uda Wam się dotrzeć do 70-letniego profesora – choć warto próbować. Wyjść trzeba jednak przede wszystkim do studentów_ek, organizować spotkania, robić akcje takie jak *Tramwaj zwanym pożądaniem*, pokazywać szeroko pojętą równość i różnorodność. To jest to, co możecie zrobić. Skupcie się na sobie, czyli na młodych ludziach, którzy się teraz kształcą. Żeby zmieniać postawy społeczne, osoby, które będą liderować tym zmianom, muszą być obecne wszędzie: na uczelniach, w szkołach, w urzędach. Ważne jest, żeby w tych instytucjach słyszalny był jakiś głos zmiany społecznej, bo bez tego nie ruszymy się z miejsca. ■



Magdalena Gajda o *weightismie* – podsumowanie webinaru

Magdalena Gajda – społeczna Rzeczniczka Praw Osób Chorych na Otyłość – poprowadziła 19 kwietnia wykład na platformie Zoom o sposobach przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość w opiece zdrowotnej. Webinar prowadzony był we współpracy z SKN Komunikacji Medycznej w ramach Kampanii *Różni i Równi*. Magdalena Gajda jest również fundatorką i prezeską Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA, a prywatnie choruje na otyłość od dzieciństwa; przeszła też dwie operacje bariatryczne.

Pojęcie *weightism*, oznaczające dyskryminację ze względu na wagę, nie istnieje w polskim systemie prawnym. Ze świadectw osób chorych na otyłość wynika jednak, że nierównego traktowania na tym tle doświadcza wiele osób i to we wszystkich obszarach życia społecznego. Otyłość nadal jest w Polsce postrzegana nie jako choroba, ale efekt zaniedbań żywieniowych, złego stylu życia czy zajądania własnych kompleksów. Stereotypy te sprawiają, że osobom chorującym na otyłość przypisywane są takie cechy jak lenistwo, brak ambicji czy brak silnej woli. Uważa się je ponadto za zaniedbane higienicznie czy

