

Magdalena Muszalska

BYŁEM KOBIEȚĄ, BYŁAM MĘŻCZYZNĄ — TAJEMNICA, FENOMEN I PARADOKS TRANSSEKSUALIZMU. CZĘŚĆ II.

I WAS A WOMAN, I WAS A MAN — THE MYSTERY, THE WONDER AND THE PARADOX OF TRANSSEXUALISM. PART II.

Instytut Psychologii, Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Dyrektor instytutu: prof. dr hab. Roman Ossowski

**transsexualism
individual and socio-cultural
factors
etioloical concepts
therapy**

W pracy zaprezentowano przegląd różnych stanowisk związanych z etiologią transseksualizmu, opis wpływu czynników biologicznych, indywidualnych, rodzinnych oraz społeczno-kulturowych na powstanie tego zaburzenia oraz obecne metody terapii i leczenia. Aspekty teoretyczne i praktyczne psychospołecznego funkcjonowania osób dotkniętych zaburzeniem poparto wynikami badań empirycznych oraz literaturą biograficzną i autentycznymi wypowiedziami samych transseksualistów.

Summary: The second part summarises the current medical viewpoint on the causation of the condition, analyzes clinical criteria, describes how transsexual people deal with the condition, and briefly describes the process of gender reassignment ("sex change"). The article includes a summary of current medical and scientific opinion about the condition, as well as observations on how it feels to actually be a transsexual woman or man.

Nie można obecnie wskazać jednej, konkretnej przyczyny transseksualizmu, gdyż problematyka etiologii zaburzeń identyfikacji płciowej nadal pozostaje przedmiotem dociekań, badań i sporów. Zaburzenia identyfikacji płciowej konfrontują klinicystów z problemem interakcji pomiędzy biologicznym, psychologicznym i społecznym funkcjonowaniem jednostki. Trudno objąć w spójną całość zarówno szeroki zakres czynników społeczno-kulturowych, jak i te wąsko ujęte korelaty biologiczne i genetyczne, włączając w to jednocześnie aspekty osobowościowe oraz wpływy środowiska rodzinnego.

Jeśli nie seks, to, co motywuje człowieka do zmiany płci? Co go skłania do przekształcenia swojego „image” tak, że nie baczy na ośmieszenie oraz ostracyzm ze strony otoczenia? Co powoduje, iż ktoś decyduje się na bardzo bolesny, ba, niebezpieczny zabieg lub nawet serię zabiegów, pozbawiając się płodności oraz radości posiadania własnego potomstwa, skazując na dożywotnią kontrolę lekarską swoich nowych narządów, zdając sobie sprawę, że i życia długiego też nie będzie miał, z racji przyjmowania dużej ilości obcych w stosunku do „physis” hormonów płciowych? [1].

Ze względu na brak miejsca na szczegółową dyskusję, w tym miejscu zasygnalizowane zostaną jedynie główne nurty poszukiwań źródeł omawianego zaburzenia. Wśród

wielu głoszonych dziś poglądów — niestety, ciągle funkcjonujących na poziomie hipotez — dominuje ten, iż to *natura wyznacza granice identyfikacji płciowej, a interakcje społeczne czy wybór ról płciowych muszą te granice respektować* [2, s. 58]. Szybko jednak zaczęły pojawiać się głosy polemizujące z tą koncepcją, wskazujące na możliwość biologicznego, utrwalonego wczesnorozwojowego charakteru identyfikacji i roli płciowej człowieka [3]. Obecnie zakłada się, iż rozwój płciowości człowieka jest procesem wieloetapowym, przebiegającym przede wszystkim w okresie prenatalnym, obejmującym formowanie się płci fizycznej, rozwój preferencji seksualnych i wreszcie kształtowanie się psychicznego poczucia przynależności do konkretnej płci. Zgodnie z dotychczasową wiedzą, już w 6–7 tygodniu po zapłodnieniu „zaprogramowany” genetycznie kombinacją chromosomów XY płód zaczyna rozwijać zaczątki narządów męskich i poddany zostaje działaniu wysokiemu poziomowi androgenów (głównie testosteronu). W tym samym czasie płód mający bazę w postaci chromosomów XX nie podlega oddziaływaniu hormonów męskich i rozwija fenotyp żeński [2, 4, 5]. Zewnętrzne narządy płciowe zaczynają się więc rozwijać już po upływie ok. 45 dni od zapłodnienia, a ośrodki mózgowo, odpowiadające za psychiczne poczucie płci oraz tożsamość, natura kształtuje między czwartym a siódmym miesiącem życia płodu. Różnica czasu w kształtowaniu się płci ciała i mózgu może doprowadzić do brzemiennego w skutki rozdziewięku; np. genetyczny płód męski może mieć zatem wystarczająco dużo hormonów, by wykształcić męskie narządy zewnętrzne, ale te mogą wytworzyć zbyt mało hormonów potrzebnych do ukształtowania męskiego mózgu [4].

Nie można jednak obarczyć samych genów za powstanie transseksualizmu. Można natomiast doszukać się kolejnych dowodów na determinującą rolę hormonów w powstawaniu tego zaburzenia. I tak w 1985 roku holenderscy badacze wykazali, że w mózgu człowieka znajduje się ośrodek odpowiedzialny za kształtowanie się subiektywnego poczucia przynależności do konkretnej płci. Jest to leżące w obrębie podwzgórza jądro łożyskowe prążka krańcowego (ang. *bed nucleus of the stria terminalis, BSTc*), którego funkcjonowanie zależy od proporcji między androgenami i estrogenami w trakcie rozwoju wewnątrzmacicznego [6]. Kolejne doniosłe wyniki zostały opublikowane w roku 2000 przez Kruijvera i współpracowników [7]. Poddali oni badaniom funkcjonowanie mózgowia homoseksualistów, transseksualistów M/K i K/M oraz heteroseksualnych mężczyzn i kobiet. Porównywano liczbę i wielkość neuronów wykazujących ekspresję somatostatyny w obrębie BSTc. Liczba neuronów u transseksualistów mężczyzna/kobieta okazała się taka sama jak u heteroseksualnych kobiet. Liczba neuronów u transseksualistów kobieta/mężczyzna była natomiast taka sama jak u heteroseksualnych mężczyzn. W ten sposób potwierdzono wcześniejsze doniesienia, iż mężczyźni czujący się kobietami (M/K) zostali wyposażeni przez naturę w małe, a więc kobiece BSTc, a kobiety o psychice męskiej mają BSTc duże, typowe dla płci męskiej [za: 8]. Co więcej, wykazano, że zmiany te nie zależą od przyjmowania hormonów lub od ich poziomów we krwi, co wskazuje, że zaburzenia identyfikacji płciowej mają trwałą rozwojową podstawę neurobiologiczną [7].

Nie sposób przecenić znaczenia tych odkryć dla wyjaśnienia zagadki procesu identyfikacji z płcią, nie można jednak przejść też obojętnie obok nierozwiązanego problemu, czy wielkość BSTc niezgodna z płcią biologiczną jest przyczyną czy skutkiem **zaburzeń transseksualnych** (odwieczny dylemat, co było pierwsze: jajko czy kura) [za: 8] Nie

wiemy bowiem, czy transseksualista (M/K) rodzi się z małym jądrem łożyskowym, czy też zmieniło ono rozmiary pod wpływem doświadczeń środowiskowych?

Trudno to rozstrzygnąć, ale w pogoni za kolejnym spektakularnym odkryciem nie można całkowicie zlekceważyć roli czynników psychologicznych, w tym wpływu doświadczeń społecznych (głównie środowiska rodzinnego) czy osobowości transseksualnej jednostki. Na przykład psychoanalicy [za: 2] uważają, iż niezbędnymi warunkami prawidłowego rozwoju identyfikacji płciowej są m.in.: obecność odpowiedniego obiektu identyfikacji (wzoru osobowościowego tej samej płci) oraz silny z nim kontakt emocjonalny, wysoka samoocena własnej płci i prawidłowa identyfikacja z płcią rodziców. Czynnikiem zakłócającym te procesy może być wiele. W przypadku chłopca (transseksualisty M/K) dopatruje się ich w doświadczeniu wczesnego lęku separacyjnego czy nadmiernie bliskiej, wręcz symbiotycznej relacji z matką, przy jednoczesnym braku kontaktu z ojcem.

Odkąd sięga moja pamięć, naszą rodzinę można było określić schematem: ja z mamą i ojciec. Od samego początku byłem dla mamy naturalnym sojusznikiem, razem przeżyliśmy każdą awanturę. Zawsze miałem odczucie, że jest pokrzywdzona, że ojciec jest zły. Byłem głównym celem jej życia; od samego początku byłem w każdej sytuacji pod jej opiekuńczymi skrzydłami. [...] Myślałem poniekąd jej kategoriami [10, s. 184].

Zauważono również, że matki tych chłopców często same miały trudności z pełną akceptacją własnej płci. Mogły to być w dzieciństwie chłopczyce, odmawiające noszenia sukienek i bawiące się wyłącznie z chłopcami. Natomiast transseksualne kobiety (K/M) często skarżą się na nadmierną kontrolę lub chłód uczuciowy ze strony matki. Występująca w zamian bliska relacja z ojcem może uniemożliwiać pojawienie się konfliktu edypalnego w okresie rozwoju seksualnego dziewczynki i wykształcenie się u niej cech kobiecości [za: 8].

Na nieco inne aspekty wpływu osób znaczących w życiu dziecka na jego identyfikację z własną płcią kładą akcent zwolennicy teorii społecznego uczenia się [za: 5], analizując oni bowiem rolę postaw wychowawczych, wzmacniania i modelowania przez rodziców oraz jakość kontaktów z rówieśnikami i rodzeństwem. Według autorów teorii seksualnej neutralności początkowo niezdeteminowane seksualnie dziecko dopiero między 1. a 4. rokiem życia rozwija się w kierunku męskim lub żeńskim [11]. Ich zdaniem najlepszym czynnikiem kształtującym tę sferę funkcjonowania jednostki jest płeć przypisana dziecku przez osoby z otoczenia. Konsekwentne wychowanie zgodne z głęboko zakorzenionymi stereotypami płci ma znaczący wpływ na późniejsze zachowania jednostki — w tym i takie dotyczące podejmowanych ról czy życia seksualnego. Chłopców od wczesnego dzieciństwa wpaja się, że muszą być silni, że powinni umieć wywalczyć sobie miejsce w grupie oraz że „prawdziwy mężczyzna” nigdy nie płacze. Dziewczynki z kolei uczą się, że powinny być skromne, delikatne i empatyczne. Rodzice kupują synom i córkom różne zabawki, stawiają zróżnicowane wymagania, stosują odmienne kary i nagrody. Różnice w sposobie wychowania dzieci obu płci są wyraźne niemal w każdym szczególe.

Przyglądając się bliżej rodzinom dzieci z zaburzoną identyfikacją płciową, można zauważyć, iż rodzice tych dzieci często marzyli o potomku płci przeciwnej, czasami mogli też podtrzymywać (ale nie formować) zachowania dziecka specyficzne dla płci odmiennej [8]. Problem jednak polega na tym, że zdecydowana większość transseksualistów relacjonuje, iż wychowywano ich w sposób typowy dla swojej płci biologicznej. To jednak

już w wieku przedszkolnym wywołuje silny bunt i różne przejawy protestu jednostki z zaburzoną identyfikacją płci.

Moje problemy zaczęły się już w dzieciństwie, kiedy to jako trzyletnia dziewczynka prosiłam rodziców, aby zwracali się do mnie jak do chłopca i ubierali jak chłopca. Sprawiało mi przyjemność, że ludzie mylili się biorąc mnie za chłopca. [...] Miałam oczywiście mnóstwo kolegów, z którymi grałam w piłkę nożną, pikuty czy berka. [...] Urządzaliśmy nawet zawody bokserskie, w których i ja brałam udział [10, s. 29].

Można zatem powiedzieć, że dzięki naukowej ciekawości i wytrwałości dostrzeżono już wiele możliwych źródeł transseksualizmu. Jednak nadal trudno jest jednoznacznie określić, dlaczego jedna na 17 tys. dziewcząt i jeden na 57 tys. chłopców mówi o sobie, że jest „fatalną pomyłką natury”. Taka bowiem liczba noworodków w Polsce ma zaraz po porodzie rozpoznawaną na podstawie wyglądu zewnętrznych narządów płciowych oraz wpisywaną do aktu urodzenia płęć, odmienną od tej, do której później czuje się przynależna [9]. Zastanawia też, że chociaż zdaniem naukowców częstotliwość występowania transseksualizmu nie zależy od rasy czy narodowości, to powyższe proporcje (znaczna przewaga w Polsce transseksualistów K/M w stosunku do osób M/K) są zupełnie odmienne od tych notowanych w krajach Europy Zachodniej, gdzie rodzi się więcej transseksualnych mężczyzn.

Z powyższych rozważań wynika, iż przyjęcie wieloczynnikowego modelu etiologicznego transseksualizmu pozwala przybliżyć się do zrozumienia jego fenomenu. Często więc wskazuje się na współwystępowanie w określonych kombinacjach i proporcjach predyspozycji biologicznych, wzmacnianych psychospołecznie i kulturowo [8]. Z drugiej zaś strony wymieniana wielość czynników patogennych i ich wzajemne na siebie wpływanie utrudnia, niestety, dotarcie do samego źródła transseksualizmu i wprowadza wiele niejasności. Jedno jednak wiadomo na pewno: anatomiczny wskaźnik przynależności do danej płci (budowa genitaliów) nie jest wystarczającym warunkiem do jej definitywnego określenia.

Jak można więc rozmawiać o koncepcji płci męskiej i żeńskiej pomijając kwestię funkcjonowania organów płciowych? Amerykański seksuolog Money w 1955 roku stworzył przytaczany już wiele razy w tym tekście termin „tożsamość/rola płciowa” wierząc, że: *przyjmie się on nie tylko w sensie roli aktora na scenie, ale także roli, z którą się aktor całkowicie utożsamia. Innymi słowy, rola staje się uwewnętrzniona i subiektywna, jak również uzewnętrzniona i ukazana publiczności [12, s. 30].* Stąd już krok do postulatu, by przy określaniu płciowości jednostki nie pomijać wielu innych wyznaczników płci, uwzględniając przede wszystkim to podstawowe kryterium, jakim jest **psychiczne poczucie przynależności do określonej płci** — *prywatne i introspektywne, bezpośrednio dane, dostępne tylko danej osobie, a innym znane tylko z analizy manifestacji roli płci*” [12, s. 30]. Zdaniem Kępińskiego [13], to kolejny dowód na to, że struktura czynnościowa – w tym przypadku koncepcja własnej płci (autoportret seksualny) – jest ważniejsza od obecnego stanu materialnego, czyli kodu genetycznego, budowy anatomicznej czy poziomu hormonów.

Jak widać, wiedza na temat źródeł płciowości człowieka podlega ciągłej eksploracji. Obecnie większość badaczy jest zgodna co do tego, iż zróżnicowanie oraz rozwój identyfikacji i roli płci jest dziełem interakcji procesów różnicowania płci somatycznej i psy-

chicznej w okresie prenatalnym, zależy też od stałych oddziaływań społecznych w okresie postnatalnym. Dodatkowo procesy te podlegają kontroli poziomów antygenów, neurotransmiterów i hormonów płciowych [2]. Money [12, s. 28] ujmuje te zjawiska następująco: *molekuły hormonów, które dostają się do naszego mózgu przed narodzinami, przestają być wyznacznikami zróżnicowania tożsamości płciowej na rzecz bodźców wzrokowych oraz słuchowych, które docierają do naszego mózgu po opuszczeniu łona matki.*

Dzięki badaniom Sandry Bem i jej współpracowników [14] możemy spojrzeć na płęć przez pryzmat psychiki człowieka. W jej koncepcji odrzuca się bowiem tezę o dychotomii ról seksualnych, traktując je jako niezależne wymiary osobowościowe. Jednostka może zostać sklasyfikowana pod względem stopnia, w jakim przyswoiła sobie zarówno stereotypowe cechy roli swej płci, jak i płci przeciwnej. Płęć staje się więc zmienną ciągłą i wielowartościową. W ten sposób powstał najbardziej bodaj znany inwentarz służący do pomiaru płci psychicznej (IPP), w ramach którego każdego można zakwalifikować do jednej z czterech kategorii: (1) osób seksualnie określonych („męscy mężczyźni” i „kobięce kobiety”) lub (2) osób seksualnie nieokreślonych (niskie wyniki zarówno w skali „kobiecości” — K, jak i „męskości” — M), (3) osób określonych, lecz w sposób krzyżowy (np. mężczyzn o cechach kobiecych, którzy uzyskują wysokie wyniki w skali K, i niskie w skali M) oraz (4) osób androginicznych (mających w jednakowym stopniu **psychiczne** cechy kobiece i męskie, niezależnie od płci biologicznej) [14, 15]. Przeprowadzone przez Herman-Jaglińską, Dulko i Grabowską badania, [za: 8] wykazały, iż osoby transseksualne mają odmienną konfigurację cech, aniżeli jednostki z grupy kontrolnej o tej samej płci anatomicznej. Typ M/K charakteryzuje ekstremalnie wysoki stopień cech kobiecych, natomiast osoby typu K/M mają więcej cech androginicznych, aniżeli kobiety czy mężczyźni z grupy kontrolnej.

Zmiana płci jest bardzo długim i skomplikowanym procesem. Sam zabieg chirurgiczny to zaledwie jeden z jego końcowych etapów i wbrew pozorom — być może nawet najłatwiejszy. Pierwszy krok to wielomiesięczna, bardzo szczegółowa i kompleksowa diagnoza medyczno-psychologiczna, której dokonuje sztab specjalistów. Obok żmudnych badań laboratoryjnych i całej baterii testów psychologicznych, dużo uwagi poświęca się wywiadam z samym pacjentem, jego najbliższą rodziną i partnerem. Podczas wielu przeprowadzanych rozmów lekarze starają się dowiedzieć wszystkiego o jego dotychczasowym życiu: o rodzaju preferowanych zabaw, sposobie ubierania się, o pierwszych flirtach, ambicjach i celach życiowych. Istotne jest dostrzeżenie momentu pojawienia się rozbieżności między psychicznym autoportretem a realną fizycznością oraz przeanalizowanie towarzyszących temu uczuć, konfliktów i niepokojów. Specyficznym, ale też wiele mówiącym „narzędziem diagnostycznym” są fotografie pacjenta: aktualna oraz te z okresu między 3. a 15. r.ż. Pokazują one przebieg prób upodabniania się do osób płci odmiernej [10, 16].

Niezwykle istotnym etapem drogi w kierunku własnego ja jest dwuletni okres próbnego funkcjonowania w roli płci odmiernej, zgodnej z psychicznym poczuciem płci. Ten dwuletni test „prawdziwego życia” (*Two Years Reallife Diagnostic*) ma za zadanie zweryfikowanie fantazji i subiektywnych przekonań pacjenta z rzeczywistością, z życiem w „starym otoczeniu”, ale już w „nowym wcieleniu”. Zdaniem Imielińskiego i Dulko bowiem: *tylko przez sprzężenie zwrotne z otoczeniem pacjent może upewnić się, czy potrafi*

w sposób przekonywający dla siebie żyć w roli mężczyzny lub kobiety (zależnie od stanu faktycznego). Jest to pewna forma feedbacku. Osoby z otoczenia uzupełniają i wzmacniają zachowanie pacjenta i jego wiarę w przynależność do określonej płci” [10, s. 288]. Dopiero kiedy transseksualista w całości kształci „nowej roli” jest przekonujący dla otoczenia, a przede wszystkim w pełni akceptuje samego siebie, można podjąć kolejne kroki. Pacjent kończy rozpoczętą wcześniej kurację hormonalną i przygotowuje się do serii zabiegów chirurgicznych [10, 16, 17].

Na każdym z powyższych etapów można się zatrzymać i powrócić do punktu wyjścia. Potem odwrotu już nie ma. Stąd tak duża ostrożność i restrykcyjna dokładność w przeprowadzaniu postępowania diagnostycznego. Na specjalistach ciąży bowiem ogromna odpowiedzialność związana z koniecznością wyeliminowania ryzyka poddania nieodwracalnemu leczeniu osoby, która — mimo że nie aprobuje w pełni własnej płci — nie jest również transseksualistą. Trzeba więc rozpoznać i skierować na stosowną, mniej radykalną terapię osoby z zaburzeniami emocjonalnymi i nieprawidłowościami w osobowości, transwestytów, chorych psychicznie oraz jednostki antyspołeczne z tendencjami do autodestrukcji [2, 16]. Odmawia się również dokonania operacyjnej zmiany płci, kiedy pacjent ma mniej niż 21 lat, gdy jest pod presją partnera, by zmienić płeć, lub cierpi na poważną chorobę somatyczną [8]. Zwraca się też uwagę na konieczność sprawdzenia w każdym z przypadków transseksualizmu, czy nie ma się do czynienia z występowaniem u danego pacjenta zaburzenia zwielokrotnionej osobowości [18]. Czasami bowiem transseksualizm bywa traktowany jako adaptacyjna, ekstremalna forma reakcji dysocjacyjnej, jako forma odpowiedzi na traumatyczne doświadczenia przeżyte w okresie dzieciństwa (znęcanie się fizyczne i/lub emocjonalne przez rodziców lub wykorzystywanie seksualne) [za: 8].

Końcowy efekt tej procedury to ustalenie ostatecznego rozpoznania, które stanowi przepustkę do dalszych działań. Dopiero teraz transseksualista może dokonać na drodze sądowej zmiany metrykalnej płci. Musi przy tym bardzo przekonująco odpowiedzieć na pytanie sędziego: *Co pana/panią skłoniło do podjęcia decyzji o zmianie płci metrykalnej?* Wydanie nowego dowodu tożsamości, z pozoru zwykła formalność, dla transseksualisty jest bardzo istotnym, przełomowym wydarzeniem — namacalnym dowodem uznania przez prawo nowej tożsamości.

Etapowa procedura chirurgicznej zmiany płci to ostatni krok — najbardziej oczekiwany przez transseksualistę, ale też najbardziej kontrowersyjny, często budzący sprzeciw osób najbliższych, tzw. opinii społecznej, ale także lekarzy, etyków i przedstawicieli hierarchii kościelnej. Zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy tego typu postępowania medycznego, jako jeden z głównych argumentów wytaczają Hipokratesową zasadę „primum non nocere”. Jednak, aby pomóc, w tej szczególnej sytuacji, trzeba najpierw uszkodzić całkowicie zdrowe ciało (z punktu widzenia anatomii). Oponenty podnoszą więc kwestię zasadności dokonywania tak drastycznie okaleczających pacjenta zabiegów mastektomii oraz wycięcia macicy i jajników w przypadku pacjentów K/M oraz usunięcia jąder w przypadku pacjentów M/K. Takie jest zdanie niektórych lekarzy medycyny i przedstawicieli duchowieństwa. Moralisci chrześcijańscy dość jednogłośnie wypowiadają się przeciw tego rodzaju interwencji, uznając ją za naruszenie naturalnego porządku biologicznego oraz „interwencję w stwórczy plan Boga” [19]. Zdaniem wielu teologów katolickich człowiek stanowi „integralną całość”, a to znaczy, że *jest niedopuszczalne traktowanie ludzkiego*

ciała jako przedmiotu, którym w sposób dowolny zawiaduje duch ludzki. [...] To nie sam mózg, ale cały człowiek, cała jego cielesność określa płeć osoby [20].

Operacja plastyczna, która w przypadku pacjentów z anatomicznymi wadami wrodzonymi lub nabytymi powszechnie uznana jest za jednoczesną formę psychicznej rehabilitacji, w sytuacji transseksualistów staje się świadomym zniszczeniem sprawnych narządów i zdolności rozrodczych. Jest to jednak postępowanie konieczne dla późniejszego przeprowadzenia rekonstrukcji narządów: wytworzenia penisa z brzuszego płata skórno-tłuszczowego (faloplastia) i wszczepienia protez jąder u kobiet (K/M) oraz wytworzenia pochwy i uformowania zewnętrznych narządów płciowych (warg sromowych i łechtaczki) u pacjentów typu M/K [2, 10, 17]. Specjaliści przeprowadzający takie zabiegi nie zaprzeczają, że chirurgiczna zmiana płci to ciąg długich, kosztownych, niezwykle skomplikowanych i anatomicznie okaleczających zabiegów, w wyniku których otrzymuje się nie w pełni nową płeć, lecz jej substytut. Mówią też o tym otwarcie swoim pacjentom, namawiając ich do namysłu. Jednocześnie lekarze ci uznają, że: *jest to sytuacja, w której następuje poświęcenie jednego dobra na rzecz drugiego. Ratuje się zdrowie psychiczne kosztem okaleczenia ciała [21, s. 580].* Takie spojrzenie niewątpliwie wymaga „przekroczenia klasycznego standardu myślenia medycyny”. W tym wypadku nie walczy się bowiem z chorobą ciała czy psychiki, by przywrócić im pierwotny stan zdrowia, ale tworzy się nową jakość poprzez zniszczenie zdrowego, ale wprowadzającego dysharmonię elementu. Dla niektórych profesjonalistów taka koncepcja postępowania medycznego jest nie do przyjęcia. Medycy uznający terapię prowadzącą do zmiany płci, również przyznają się do dylematów i rozterek, które pojawiają się przy każdym indywidualnym przypadku [zob. 2, 10]. Zawsze jednak w swoich rozważaniach biorą pod uwagę prawo jednostki do swobodnego rozwoju osobowości, wyboru własnej drogi seksualnej i poszanowania wolności [2, 10, 17, 21].

Ostatni, bardzo istotny argument przemawiający za słusznością podejmowania opisanych powyżej kontrowersyjnych działań, to efekty medyczne i psychospołeczne. Pierwsze badania wykazały, że operacyjna zmiana płci znacznie obniża poziom lęku i depresji oraz poprawia funkcjonowanie społeczne transseksualistów [22]. Widoczne jest jednak pewne zróżnicowanie. Chociaż na poziomie medycznym zmiana płci u kobiety jest dużo bardziej kosztowna i długotrwała, a efekt końcowy nie tak spektakularny jak u mężczyzn, to właśnie one (oni) lepiej układają sobie później życie. Może to być dowód potwierdzający tezę o większej tolerancji, przyzwoleniu naszego społeczeństwa na „nietypowe” zachowania kobiet lub — co nie wyklucza pierwszej hipotezy — większej gratyfikacji społecznej dla mężczyzn. Tak czy inaczej, fenomen tak dużej w Polsce i niespotykanej gdzie indziej przewagi transseksualistek typu K/M nad biologicznymi mężczyznami o żeńskiej orientacji płciowej jest sprawą nadal niewyjaśnioną i zapewne będzie przedmiotem dociekań naukowych.

Imieliński i Dulko [10] zauważają również różnice w psychospołecznym funkcjonowaniu w zależności od wieku, w którym transseksualista poddaje się leczeniu i podejmuje decyzję o ewentualnej operacji. Zdaniem autorów starsi pacjenci są bardziej introwertywni, wyciszeni i wykazują większą odpowiedzialność wobec partnera. Wydają się nadmiernie obciążeni bagażem przykrych i trudnych doświadczeń, co sprawia, iż często są zrezygnowani i w przeciwieństwie do młodszych transseksualistów nie mają zbyt wygórowanych oczekiwań wobec efektów leczenia. Zaobserwowano także, iż osoby lepiej przystosowane,

radzące sobie przed zabiegiem, również i po nim będą czerpały więcej satysfakcji z życia, do którego z taką determinacją dążyły [2, 21].

W tym miejscu zatrzymam się, by parę zdań poświęcić niewspomnianej do tej pory formie leczenia, a mianowicie — psychoterapii. Przegląd dostępnych badań wykazuje, że psychoterapia przeważnie nie jest brana pod uwagę jako alternatywa operacyjnej zmiany płci, gdyż nie zauważono pozytywnych wyników jej oddziaływania w **przypadku transseksualistów**. Może się do tego przyczyniać niska motywacja pacjentów, brak jasności co do patogenezy zaburzenia, brak jasno sprecyzowanego programu oddziaływania terapeutycznego. Dotychczasowe doniesienia o skuteczności terapii analitycznej za jej sukces uznają samą rezygnację pacjenta z chirurgicznej zmiany płci. Nie ma jednak informacji o trwałości tych rezultatów ani o późniejszej jakości życia tych pacjentów [17]. Jeżeli jednak przyjmuje się, że oddziaływanie psychologiczne nie jest w stanie odwrócić zaburzeń identyfikacji płciowej, doprowadzić do zgodności pomiędzy płcią anatomiczną i psychologiczną, nie neguje to potrzeby wsparcia psychoterapeutycznego w każdym z etapów procedury leczniczej oraz już po jej zakończeniu. Rolę taką mogłyby spełniać grupy wsparcia czy samopomocy, w których pacjent uczyłby się radzić sobie z własnymi emocjami, poczuciem osamotnienia i braku akceptacji, uzyskiwałby rady dotyczące postępowania zmierzającego do zmiany płci czy samego funkcjonowania po przemianie.

Obok specjalistów (lekarzy, psychologów, prawników, pracowników socjalnych) cennych informacji i pomocy mogłyby udzielić osoby, które już całą procedurę zmiany płci mają za sobą, jednak w większości nie mają one ochoty powracać nawet myślami do „tamtego” życia. Starają się zerwać ze wszystkim, co wiąże się z okresem sprzed „powtórnych narodzin” — jak czasami transseksualiści określają moment ukończenia cyklu operacji — tak, by nic (czasami też nikt) nie przypominało im przeszłych, tak bardzo nieprzyjemnych doświadczeń. Michał (K/M) mówi o tym tak:

Wiele dam za to, aby zapomnieć. Aby nie czuć się kimś, kto jest „przerobiony” [...] Myślę sobie, że właśnie z powodu niechęci do wspomnień, do czucia się „przerobionym”, ci, którzy są po wszystkich zabiegach, nie zamierzają do tej sprawy wracać, nawet gdyby mogli dzięki wspomnieniom pomóc. Kiedy już wszystko się zakończy, nikogo nie zamierzam o sobie informować. To zawsze była wyłącznie moja własna sprawa [10, s. 276–277].

Jak widać, pomimo rosnącego zainteresowania transseksualizmem, powiększającej się liczby poświęconych mu badań i rozważań naukowych, ciągle wiemy bardzo mało o samej naturze tego zjawiska. Nie powinno więc dziwić, że kiedy wśród specjalistów poruszany jest problem zaburzeń identyfikacji z płcią, to zawsze obok terminu „transseksualizm” pojawiają się słowa: tajemnica, fenomen, paradoks.

Piśmiennictwo

1. Sokołowski A. M/K autsajderzy. Gdańsk: Wydawnictwo Orchidea; 1998.
2. Imieliński K, Dulko S. Przekleństwo Androgyne. Transseksualizm: mity i rzeczywistość. Warszawa: PWN; 1988.
3. Diamond M. Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC followup. Arch. Sex. Behav. 1982; 11: 181–186.
4. Moir A, Jessel D. Płeć mózgu. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1993.
5. Radziwiłłowicz W, Magiera P, Smoczyński S. Aspekty psychospołeczne i biologiczne transseksualizmu. Psychiatr. Pol. 1996; 30, 6: 953–962.

6. Swaab DF, Fliers E. A sexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science*, 1985; 228: 1112–1115.
7. Kruijver FP, Jiang-Ning Z, Pool CHW, Hofman MA, Gooren LJJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in the limbic nucleus. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2000, 5; 2034–2041.
8. Fajkowska-Stanik M. Etiologia transseksualizmu. *Psychiatr. Pol.* 1999; 5: 783–798.
9. Narożniak J. Płeć w pułapce. *Wiedza i Życie* 2001; 7: 14–19.
10. Imieliński K, Dulko S. *Apokalipsa płci*. Szczecin: GLOB; 1989.
11. Money J, Schwartz M. Biosocial determinants of gender identity, differentiation and development. W: Hutchison JB, red. *Biological determinants of sexual behaviour*. New York: John Wiley and Sons; 1978.
12. Money J. Przypadki na seksuologicznej ścieżce badań nad identyfikacją płciową i zmianą płci. Tłum. i oprac. S. Dulko. *Seksuol.* 1993; 1: 24–32.
13. Kępiński A. *Z psychopatologii życia seksualnego*. Kraków: Sagitarius; 1992.
14. Bem SL. *Męskość kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Tłum. S. Pikiel. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
15. Kuczyńska A, Dulko St. Inwentarz do oceny płci psychologicznej (IPP) w diagnozie i terapii osób transseksualnych. *Prob. Rodz.* 1993, 32; 1: 46–49.
16. Imieliński K, Dulko S. Współczesne trendy w postępowaniu diagnostycznym. W: Imieliński K, i wsp., red. *Pamiętnik IV Konferencji Seksuologów*. Warszawa: ZSiPWiM; 1985.
17. Fajkowska-Stanik M. Operacyjna zmiana płci i inne rodzaje korekt stosowanych w przypadku transseksualizmu. *Psychiatr. Pol.* 1999; 33, 5: 959–967.
18. Imieliński K. *Seksjatria (T. II)*. Warszawa: PWN; 1990.
19. Lew-Starowicz Z. *Słownik encyklopedyczny. Miłość i seks*. Warszawa: Wyd. Europa; 1999.
20. Matusz K, Sołdaj A. Płeć do wymiany. Rozmowa z ks. Krzysztofem Mądelem SJ. *Homo Dei* 2001; 260, 3: 114–126.
21. Jeromin J. List do redakcji [na temat transseksualizmu]. *Pol. Przegl. Chir.* 1992; 64, 6: 579–581.
22. Dzieciński A, Śmiałowska E, Śmiałowski M. Transseksualizm — metody operacyjne i aspekty społeczne. *Ann. Soc. Doctr. Stud. Med. Siles.* 1998; 23: 43–49.

Adres: Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego
Instytut Psychologii

