

Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z usług ochrony zdrowia

Experiences of transgender people in using health care services

Emilia Skrzypczak, Julia Bilarzewska, Anna Niebudek

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa

Streszczenie

Wstęp: Osoby transpłciowe mają przed sobą wiele wyzwań w trakcie szukania pomocy oraz podczas wchodzenia na medyczną ścieżkę tranzycji. Pomimo istniejących Standardów Opieki przygotowanych przez World Professional Association for Transgender Health (WPATH) oraz Zaleceń Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego badania ilościowe wskazują na wiele nieprawidłowości w sposobie udzielania pomocy. Niniejsze badanie ma na celu eksplorację doświadczeń osób transpłciowych w kontakcie z osobami świadczącymi usługi ochrony zdrowia.

Materiał i metody: W badaniu wzięto udział 15 osób w wieku od 13 do 43 lat. Osoby badane przesyłały opisy swoich doświadczeń na utworzony na potrzeby badania adres e-mail. Do analizy danych wykorzystano metodę Analizy Tematycznej.

Wyniki: Analiza wyłoniła dwa główne obszary tematyczne, które mogą mieć bezpośredni wpływ na ocenę doświadczeń, czyli postawa specjalistów oraz postawa pacjentów. Postawa specjalistów odnosi się do poziomu wiedzy dotyczącej transpłciowości oraz sposobu traktowania osoby pacjenckiej, natomiast postawa osób transpłciowych może charakteryzować się uległością lub dążeniem do autonomii w relacji lekarz-pacjent.

Wnioski: Osoby świadczące usługi z zakresu ochrony zdrowia osobom transpłciowym powinny być świadome istotności edukacji w tym zakresie, a także tego, jak ich postawa wpływa na ocenę doświadczeń i dobrostan osób transpłciowych.

Słowa kluczowe: transpłciowość, niezgodność płciowa, doświadczenia, perspektywa pacjenta, relacja lekarz-pacjent

Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 23–30

Abstract

Introduction: Transgender people experience many challenges when seeking help and entering the gender affirming treatment. Despite the existing Standards of Care prepared by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) and the Recommendations of the Polish Society of Sexology, quantitative research indicates many irregularities in the way help is provided. This study aims to explore the experiences of transgender people in contact with health care providers.

Material and methods: Fifteen participants, aged between 13 and 43 years, took part in the study. Participants sent descriptions of their experiences to an email address created for the study. The Thematic Analysis method was used to analyse the data.

Results: The analysis identified two main thematic areas that may have a direct impact on the evaluation of the experiences: the attitude of professionals and the attitude of patients. The attitude of professionals is related to the level of knowledge about gender incongruence and the subjective (or not) approach to the patient. The attitude of transgender people is related to submissiveness or a desire for autonomy in the doctor-patient relationship.

Conclusions: Health care providers who works with transgender people should be aware of the importance of education in this area and how their attitudes affect the evaluation of transgender people's experiences and their wellbeing.

Key words: transgender, gender incongruence, experiences, patient perception, doctor-patient relationship

Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 23–30

Wstęp

W ostatnich latach dochodzi do zmiany rozumienia normy i patologii, również w kontekście transpłciowości. Zmiany zauważalne są między innymi w kryteriach diagnostycznych ICD-11, gdzie nastąpiło wykreślenie transpłciowości (w ICD-10 oznaczonej jako "zaburzenia identyfikacji płciowej") z kategorii zaburzeń i przeniesienie jej do kategorii związanej ze zdrowiem seksualnym (w ICD-11 oznaczonej jako "niezgodność płciowa"). Wydaje się, że depatologizacja transpłciowości powinna ściągać z osób transpłciowych stygmatyzację zarówno społeczną, jak i medyczną.

Terminy „dysforia płciowa” z klasyfikacji DSM-5 oraz „niezgodność płciowa” z ICD-11 nie są terminami tożsamymi. „Niezgodność płciowa” kładzie nacisk na subiektywne doświadczenie niespójności między płcią przypisaną przy urodzeniu, a doświadczaną tożsamością płciową. Poczucie niezgodności płci może powodować istotne klinicznie cierpienie i trudności w funkcjonowaniu osoby, co spełnia kryterium B dysforii płciowej według DSM-5. Warto jednak zaznaczyć, że ani cierpienie, ani trudności w funkcjonowaniu w wielu obszarach nie są diagnostyczną koniecznością. Zgodnie z tym rozumieniem, proces diagnozy niezgodności płciowej dotyczy stanu rozbieżności między obszarami identyfikacji płciowej, anatomii i roli społecznej – jednak sama ta rozbieżność może, choć nie musi, być związana z dyskomfortem [1].

Najpopularniejsze podejście w opiece nad osobami transpłciowymi i niebinarnymi oparte jest o Standardy Opieki przygotowane przez *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Od 2012 roku (wyd. 7) głównym kryterium diagnostycznym dopuszczającym do tranzycji medycznej była obecność dysforii płciowej. Głównym zadaniem specjalisty zdrowia psychicznego była diagnoza dysforii oraz potencjalne rozróżnienie jej z zaburzeniami psychicznymi [2]. Kolejna, obecnie obowiązująca, ósma wersja WPATH jest związana z uproszczeniem procesu diagnostycznego. Zaznacza, że proces ten powinien być dopasowany do sytuacji osoby transpłciowej, a włączanie specjalistów zdrowia psychicznego powinno następować po identyfikacji takiej potrzeby — z uwzględnieniem znaczenia wsparcia psychologicznego w trakcie procesu tranzycji [3]. Zarówno wcześniejsze, jak i obecne standardy wskazują również na znaczenie świadomej zgody pacjenta oraz edukację w zakresie oddziaływań wchodzących w zakres afirmacji płci.

Standardy te są zbieżne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (PTS) [4], które, poza uwzględnieniem najnowszych kryteriów diagnostycznych („dysforia płciowa” w DSM-5, „niezgodność płciowa”

wa” w ICD-11), kładą nacisk na edukację w zakresie: „działania hormonów płciowych, psychospołecznych następstw tranzycji, omówienia aspektów prawnych związanych z tranzycją, urealnienia oczekiwań dotyczących tranzycji, ujawnienia się (*coming-out*) i korzyści wynikających z funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością płciową, możliwości podjęcia psychoterapii wspierającej w procesie tranzycji, normalizacji doświadczania transpłciowości, wskazania zasobów społecznościowych i organizacji pozarządowych, mogących udzielić wsparcia” [4].

W standardach WPATH [2, 3] i w stanowisku ekspertów PTS [4], zalecane jest poszanowanie dla tożsamości osoby pacjenckiej poprzez zwracanie się do osoby jej wybranym imieniem i zaimkami niezależnie od etapu tranzycji. Podkreślane jest także, by proces opiniowania nie był nadmiernie wydłużany, a spełnienie powyższych celów w pracy z osobą pacjencką powinno być warunkiem rozpoczęcia medycznych działań afirmujących płć, czyli: substytucji hormonalnej i/lub chirurgicznych zabiegów korygujących. Sprawia to, że pomimo wskazówek, aby proces opiniowania odbywał się w afirmującym tożsamość płciową podejściu, decyzja o rozpoczęciu tranzycji nie jest autonomiczną decyzją osoby transpłciowej, a decyzją dzieloną ze specjalistą zdrowia psychicznego.

Osoby LGBTQ doświadczają większego napiętnowania związanego z tożsamością i stresu mniejszościowego w porównaniu do heteroseksualnych i cisplciowych osób [5]. W wyniku podwyższonego i chronicznego stresu związanego z tożsamością, osoby LGBTQ silniej doświadczają zarówno depresji, lęku, myśli samobójczych, jak również wyższych wskaźników diagnoz zdrowia psychicznego [6–8]. W szczególności dotyczy to osoby transpłciowe, które doświadczają nieproporcjonalnie wysokiego poziomu stresu w porównaniu do cisplciowych osób, a przez to zwiększonego ryzyka wystąpienia depresji, lęku i somatyzacji [9]. Potwierdza to również przegląd badań z 2022 roku który wskazuje, że osoby doświadczające dysforii oraz niezgodności płciowej częściej niż osoby cisplciowe cierpią na zaburzenia psychiczne, takie jak: depresja, fobia społeczna, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy zachowania autodestrukcyjne. Dodatkowo, osoby doświadczające (poza dysforią płciową) również objawów psychopatologicznych poddawane są większej stygmatyzacji i doświadczają poważniejszych trudności, niż osoby pacjenckie z jedynym rozpoznaniem [10].

Biorąc pod uwagę wyżej wspomniane trudności osób transpłciowych, niepokojące wydaje się, że jednocześnie same często unikają dostępu do niezbędnej opieki zdrowotnej z powodu dyskryminacji w placówkach ochrony zdrowia [11] lub z powodu samego lęku przed takimi doświadczeniami [12].

Przeprowadzony Raport Kampanii Przeciw Homofobii (za lata 2019–2020) w którym udział wzięły 22 883 osoby, potwierdza trudności osób transpłciowych w kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia. Z gorszym traktowaniem spotykały się najczęściej osoby trans (48%), które stanowiły 24% osób badanych. Osoby opisywały sytuacje, takie jak niestosowne żarty, odmowa wykonania zabiegu, zawieranie informacji o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej w dokumentacji medycznej czy też przeszkody systemowe, np. nieuznawanie osoby partnerskiej.

W ciągu ostatnich dwóch lat 43% osób badanych spotkało się z dyskryminacją medyczną. Odnosząc się do wyników w obszarze relacji osoba pacjencka-osoba pomocowa, 20% osób transpłciowych spotkało się z podważaniem ich tożsamości w trakcie terapii, a 20% osób doświadczyło znieważania i negatywnych komentarzy. Co piąta osoba korzystająca ze wsparcia psychologicznego była przekonywana do zaakceptowania płci nadanej przy urodzeniu. Propozycje terapii konwersyjnej, czyli np. terapii ukierunkowanej na zmianę tożsamości płciowej, egzorcyzmów, elektrowstrząsów czy zalecenia powstrzymania się od realizacji swoich potrzeb otrzymało 15% osób trans. Propozycje terapii konwersyjnej najczęściej były związane z religijnymi środowiskami pomocowymi, a rzadziej bezpośrednio z osobami zajmującymi się profesjonalnie zdrowiem psychicznym. Jednak raport ukazuje sytuacje, gdzie do duchownych ośrodków terapii kierowali lekarze, psychiatry czy terapeuci. O transpłciowości mało lub prawie nic wiedziało 83% lekarzy i 51% osób udzielających badanym wsparcia psychologicznego. Natomiast gdy wizyta była związana bezpośrednio z transpłciowością, już 72% lekarzy wiedziało dużo lub prawie wszystko na jej temat [13].

Podsumowując, mimo zmian w klasyfikacjach diagnostycznych (DSM-5, ICD-11) i podejściu eksperckim (WPATH, PTS), osoby transpłciowe mają przed sobą wiele wyzwań w trakcie szukania pomocy oraz podczas wchodzenia na medyczną ścieżkę tranzycji. Poznanie perspektywy osoby transpłciowej w funkcjonowaniu w relacji pacjent-specjalista wydaje się nieocenione dla polepszenia standardów opieki, a także oddania głosu samym osobom pacjenckim.

Materiał i metody

Pytanie badawcze

Niniejsze badanie ma na celu eksplorację doświadczeń osób transpłciowych i niebinarnych w kontakcie z osobami specjalistycznymi ochrony zdrowia. Postawiono następujące pytanie badawcze: „Jakie doświadczenia ze specjalistami zdrowia mają osoby transpłciowe i niebinarne?”

Metoda

W badaniu wykorzystano metodę jakościową. Celem metod jakościowych w dziedzinie psychologii jest zbadanie podłoża zjawiska i zrozumienie ludzkich zachowań. Pomagają one odpowiedzieć na pytania „dlaczego” i „jak” [14]. Głównym celem metodologii jakościowej jest analiza i interpretacja, a sam proces badawczy polega na wnikliwej charakterystyce doświadczenia i dotarcia do znaczenia jakie zostało mu nadane [15]. W przeprowadzonej analizie została wykorzystana Analiza Tematyczna, która jest metodą opartą na analizie i opisie wątków tematycznych w oparciu o zgromadzone dane jakościowe.

Wybranie tej metody wydaje się szczególnie istotne ze względu na grupę badawczą. Bieschke i wsp. [16] dokonali przeglądu badań empirycznych dotyczących osób LGBTQ i stwierdzili, że badania jakościowe są rzadko wykorzystywane do badania doświadczeń osób LGBTQ w poradnictwie dotyczącym zdrowia psychicznego. Wyniki te są niepokojące zwłaszcza biorąc pod uwagę, że osoby LGBTQ są od dwóch do czterech razy bardziej skłonne niż cisplłciowe i heteroseksualne osoby do poszukiwania i korzystania z usług klinicznych [17].

Procedura

Badanie było skierowane do osób transpłciowych i niebinarnych na podstawie ich samoidentyfikacji. Ze względu na inne potrzeby dotyczące procedur oraz procesu opiniowania zdecydowano się na wykluczenie osób interpłciowych. Jedynym ograniczeniem do wzięcia udziału w badaniu był dostęp do internetu. Komisja ds. Etyki Badań Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu pozytywnie zaopiniowała badanie.

Osoby badane zostały zrekrutowane metodą kuli śnieżnej przez ogłoszenia zamieszczone na kilku zamkniętych grupach skierowanych do osób transpłciowych na portalu Facebook. Dwie grupy są utrzymane w charakterystyce grupy wsparcia, trzecia natomiast jest grupą poświęconą codziennej komunikacji i zrzeszaniu się osób transpłciowych. W ogłoszeniu było zawarte krótkie polecenie „opisz swoje doświadczenia z ochroną zdrowia (psychologdy, seksuologdy, psychiatry itp.) w trakcie diagnostyki lub/i korekty płci bądź w trakcie szukania wsparcia. Długość nie ma znaczenia, powiedz tyle, ile masz do powiedzenia. Opisz krótko, kim jesteś: jak określasz swoją płć, wiek, czas rozpoczęcia diagnostyki lub/i korekty.” Osoby biorące udział w badaniu zostały poinformowane o jego celu, każda z nich wyraziła zgodę na wykorzystanie ich wypowiedzi w celach naukowych. Badanie było anonimowe, dobrowolne oraz nieodpłatne. Opisy swoich doświadczeń osoby

badane samodzielnie przesyłały na utworzony na potrzeby badania adres e-mail. Dane zostały zebrane w ciągu trzech miesięcy w 2020 roku.

Należy zaznaczyć, że cały zespół badawczy identyfikuje się jako osoby cisplciowe, z tego powodu w proces projektowania badania włączone zostały dwie niezależne od siebie osoby transplciowe.

Wyniki

Opis grupy

W badaniu wzięło udział 16 osób. Po wykluczeniu jednej osoby interplciowej do analizy zostało włączonych 15 osób w wieku od 13 do 43 lat. Siedem osób określiło się jako transplciowi mężczyźni, dwie osoby jako transplciowe kobiety, jedna osoba jako niebinarny mężczyzna, jedna osoba jako genderqueer, a cztery osoby nie określiły swojej tożsamości płciowej. Dziesięć z przebadanych osób było w trakcie procesu medycznej korekty płci.

Analiza danych

Długość otrzymanych opisów od osób badanych była zróżnicowana. Najkrótszy opis doświadczeń miał 20 słów, a najdłuższy 807 ($M = 297,2$; $Me = 269$; $SD = 235,51$). Do analizy zebranych danych została wykorzystana Analiza Tematyczna [18] metodą Brauna i Clarke'a (2006) [19]. W skład zespołu badawczego wchodziły trzy osoby, które brały udział w każdym etapie analizy. W pierwszym etapie zebrany materiał czytany był wielokrotnie w celu wnikliwego zapoznania się z pojawiającymi się tematami związanymi z rodzajami doświadczeń. Następnie każda z trzech członkiń zespołu badawczego rozpoczęła samodzielne, niezależne, jakościowe kodowanie danych. Kolejno, zespół badawczy w drodze wielokrotnych dyskusji uzgodnił zestaw kodów ($n = 24$), który pozwolił na ponowne, właściwe zakodowanie danych wspólnie przez cały

zespół badawczy. Niektóre fragmenty zostały oznaczone więcej niż jednym kodem. Po zakończeniu procesu kodowania rozpoczął się etap sortowania kodów na potencjalne tematy. Etap ten obejmował analizowanie, łączenie i porównywanie kodów w toku wielokrotnych dyskusji między całym zespołem badawczym. Kody, które nie dotyczyły doświadczeń związanych z usługami ochrony zdrowia, nie pasowały do żadnych wyłaniających się tematów lub/i pokrywały się, zostały wyłączone z etapu konstruowania tematów. Ostatni etap obejmował analizę pod kątem spójności zarówno kodów wewnątrz tematów, jak i zależności między samymi tematami. Ostatecznie zostały stworzone dwa główne tematy bazujące na 18 kodach. Cała analiza została przeprowadzona przy użyciu oprogramowania MaxQDA.

Wyniki

Za pomocą analizy tematycznej zidentyfikowano dwa główne obszary tematyczne, które mogą mieć bezpośredni wpływ na ocenę doświadczeń, czyli **postawa specjalistów i postawa pacjentów**. Struktura tematyczna przedstawiona jest w tabeli 1.

Przed opisaniem wyników warto zauważyć, że uczestnicy nie zostali poproszeni o wybranie jednego (czy to pozytywnego, czy to negatywnego) doświadczenia. Pytanie badawcze miało szeroko eksplorujący charakter. Większość osób badanych opisywała doświadczenia związane z procesem opiniowania potrzebnym do rozpoczęcia tranzycji. Opisane wyniki głównie będą się odnosić do doświadczeń związanych z tym procesem.

Wyniki zostały opisane z wykorzystaniem cytatów osób badanych z uwzględnieniem ich własnej identyfikacji płciowej i wieku. Cytaty w drodze wielokrotnej dyskusji zostały wybrane tak, aby jednocześnie stanowiły przykład każdego tematu i zapewniały jak najlepszą reprezentację różnorodności doświadczeń osób badanych.

Tabela 1. Struktura tematyczna — drzewo kodowe

Drzewo kodowe	
Postawa osób transplciowych	Postawa osób specjalistycznych
Brak dostępu do wiedzy	Nieinformowanie
Poczucie większej wiedzy od osób specjalistycznych	Kwestionowanie przeżyć
Walka o autonomię	Kwestionowanie tożsamości
Uległość	Niebinarność jako utrudnienie
Negatywne emocje po wizycie	Kierowanie się stereotypami płciowymi
Oczekiwania względem osób specjalistycznych	Forma zwracania się
Ukrywanie tożsamości	Przemoc
Stan zdrowia psychicznego	Poziom wiedzy
	Uważnianie przeżyć
	Udzielanie wsparcia

Postawa specjalistów

Postawa specjalistów przedstawiona jest w dwóch wymiarach: **systemowym** oraz **podmiotowości**. Postawa specjalistów, w tym wszystkie jej wymiary odgrywają istotną rolę w ocenie doświadczeń ze specjalistami zdrowia przez osoby transpłciowe i niebinarne.

Wymiar systemowy

“Wielu lekarzy nie wierzy w istnienie niebinarności”
— niebinarna transmęska osoba, 17 lat

Wymiar systemowy odnosi się do wiedzy specjalistów zdrowia psychicznego i seksualnego z zakresu: odkrywania tożsamości płciowej, tranzycji medycznej, procesu opiniowania, znaczenia inkluzywności języka, podstaw komunikacji z osobami transpłciowymi, niebinarności i różnorodnych form przeżywania siebie, a także niezależności tożsamości płciowej od czynników środowiskowych oraz wychowawczych.

Osoby badane wskazywały na znaczące braki w wiedzy specjalistów w wyżej wymienionych obszarach. Wydawać się może, że wynika to z nieaktualnej wiedzy specjalistów, gdzie wymogiem uznania przez nich transpłciowości jest binarność, stereotypowa genderowa ekspresja, atypowość płciowa w dzieciństwie, pragnienie podjęcia wszystkich możliwych etapów tranzycji medycznej oraz dążenie do jak najbardziej cisplciowego *passingu*.

Aby uniknąć potrzeby “edukacji” specjalistów i/lub narażenia się na dyskomfort czy przemoc, osoby trans decydują się na korzystanie z usług konkretnych specjalistów polecanych przez środowiska LGBT+. Z jednej strony, jak wynika z narracji osób badanych, może to gwarantować poczucie bezpieczeństwa i uzyskanie rzetelnej pomocy, z drugiej strony prowadzi do ograniczonego, wąskiego dostępu do specjalistów oferujących opiekę zdrowotną dla osób transpłciowych.

Wymiar podmiotowości

“Lekarz powiedział, że to on zdecyduje, czy naprawdę jestem transpłciowy, co uważam za nietaktowne”
— trans mężczyzna, 25 lat

Wymiar podmiotowości odnosi się do szacunku, uznania doświadczeń osób transpłciowych, a także nieodbierania decyzyjności dotyczącej własnego życia.

Jednym z najczęstszych wątków poruszanych przez osoby badane jest poczucie pozbawienia autonomii i szacunku. Objawiało się to poprzez kwestionowanie lub/i unieważnianie przeżyć i tożsamości, w tym: przedkładanie własnej opinii o osobie pacjenckiej nad jej

doświadczenia, a także elementy terapii konwersyjnej: “Chciała na siłę udowodnić, że wmówiłem sobie to, kim się czuję” (transpłciowy mężczyzna, 13 lat). Również poprzez wymóg udowodnienia swojej tożsamości płciowej np. za pomocą wyglądu i/lub zainteresowań oraz nieuznawanie tożsamości, np. nierespektowanie wybranej formy zwracania się do momentu niebycia “przekonanym”. Zniechęcanie/odradzanie rozpoczęcia tranzycji z powodu braku możliwości posiadania cisplciowego ciała: “wpierał, że nie da się być mężczyzną w 100%, jeśli urodziłem się kobietą i nie będę szczęśliwy, nie posiadając idealnego członka” (brak podanej płci, brak wieku).

Pozbawianie podmiotowości może przejawiać się także poprzez nieinformowanie o podejmowanych kolejnych krokach i postępowaniu diagnostycznym i/lub leczniczym. Brak poszanowania dla potrzeb i prawa do samostanowienia może powodować wiele trudnych emocji związanych z kontaktem z pracownikami ochrony zdrowia. W skrajnych przypadkach przemoc ta może pogłębiać dysfориę płciową oraz pogarszać stan psychiczny: “wychodziłem od niego bardziej załamany niż byłem” (mężczyzna, brak wieku).

Postawy, które osoby badane odebrały jako wspierające ich podmiotowość, to nieporównywanie ich przeżyć z innymi osobami transpłciowymi, nieodwoływanie się do stereotypów płciowych, a także udzielanie wsparcia w takim zakresie, w jakim osoba tego potrzebuje.

Postawa osób pacjenckich

Na podstawie opisów doświadczeń osób badanych zostały wyróżnione dwa przeciwległe bieguny wymiaru postawy osób pacjenckich wobec osób specjalistycznych: **uległość** oraz **dążenie do autonomii**.

Dostęp do internetowych grup wsparcia oraz informacji dotyczących transpłciowości powoduje większą świadomość osób badanych dotyczącą standardów, procedur i praw pacjenckich, co pozwala na pojawienie się konkretnych oczekiwań wobec specjalistów. Część osób badanych wskazuje na poczucie posiadania większej wiedzy dotyczącej transpłciowości i przebiegu tranzycji w porównaniu do wiedzy specjalisty: “Lekarz poinformował mnie w skrócie o przebiegu tranzycji i o możliwych zmianach, jakie mogą zająć na testosteronie, chociaż sam wiedziałem więcej i zauważyłem, że były rzeczy, o których mnie nie poinformował” (trans mężczyzna, 25 lat). Takie sytuacje mogą obniżać zaufanie i chęć do korzystania z usług profesjonalistów. Dodatkowo, wiedza oraz samoświadomość może mieć znaczący wpływ na zmianę postawy z uległej na dążącą do autonomii.

Uległa postawa wobec specjalistów

“Uznałem je [pytania] za inwazję w moją prywatność, jednak na nie odpowiadałem” —transpłciowy mężczyzna, 18 lat

Postawa uległa charakteryzuje się oddaniem kontroli i decyzyjności specjalistom. Uległość może bezpośrednio dotyczyć procesu diagnostycznego, w którym osoba zgadza się na niejasne lub/i niekomfortowe warunki, poruszanie tematów niezwiązanych z celem wizyty, ocenianie tożsamości płciowej oraz ocenianie wyglądu i zainteresowań osoby jako istotnych dla transpłciowości. Osoby badane opisują, że nie ujawniają swojej transpłciowości, jeśli nie jest to niezbędne, przedstawiają się danymi zgodnymi z dokumentami lub próbują formułować zdania w taki sposób, aby unikać zaimków rodzajowych w rozmowie. Postawa uległa obejmuje również sytuacje, w której osoba transpłciowa nie przeciwstawia się lub zezwala na używanie niepoprawnej formy zwracania się nawet w sytuacji, kiedy specjalista wie o transpłciowości osoby, z którą się spotyka: “Dopiero po kilku miesiącach odważyłem się ją poprawić (a właściwie zapytać, czy mogłaby używać męskich)” (niebinarna osoba transmęska, 17 lat).

Osoby badane opisują, że rezygnują z ujawniania swojej tożsamości lub nie domagają się używania odpowiednich zaimków, aby uniknąć nieprzyjemnych dla siebie i/lub otoczenia sytuacji. Trudności związane z ujawnianiem swojej tożsamości to między innymi wydłużenie kontaktu ze specjalistami, konieczność wielokrotnego tłumaczenia swojej sytuacji oraz narażenie się na nieprzychylny i transfobiczny komentarz. Uległa postawa bywa również tłumaczona niechęcią do sprawiania “dyskomfortu” personelowi medycznemu: “Nie chcę, aby ktoś czuł się w mojej obecności niekomfortowo, widząc kogoś innego, miał się zwracać niezgodnie z tym, co stereotypowo widzi” (mtf, 43 lata).

Dążąca do autonomii postawa wobec specjalistów

“Teraz od razu zaznaczam, że jestem osobą transpłciową i wymagam męskich zaimków” —transmężczyzna, 20 lat

Postawa asertywna odnosi się do definiowania konkretnych oczekiwań wobec personelu medycznego, a także komunikowania swoich potrzeb związanych z używaniem preferowanego imienia i zaimków. Osoby badane opisują, że ważne jest dla nich poczucie, że ich tożsamość jest zaakceptowana i uznane jest ich prawo do samostanowienia. Badani podkreślają rolę otrzymanego empatycznego, afirmującego wsparcia, które

może przejawiać się poprzez bezwarunkowe uznanie tożsamości i doświadczeń związanych z transpłciowością, a także stosowanie odpowiednich zaimków. W niektórych przypadkach niezgoda na używanie nieodpowiednich zaimków ze strony specjalistów pociągała za sobą otwarcie komunikowany sprzeciw lub prośbę o zmianę formy, w innych natomiast spowodowała rezygnację z usług świadczonych przez specjalistę.

Podsumowanie analizy

Na ocenę doświadczeń związanych z kontaktem ze specjalistami ochrony zdrowia mają wpływ następujące czynniki: poziom wiedzy na temat transpłciowości i kompetencje specjalisty, informowanie o kolejnych etapach tranzycji i udzielanie wsparcia na każdym z tych etapów, uznanie autonomii pacjenta — jego tożsamości i doświadczeń. Wszystkie osoby badane zwróciły uwagę na stosowaną przez specjalistów formę zwracania się do nich. Używane zaimki oraz imię okazały się ważnym wyznacznikiem w ocenie doświadczeń ze specjalistami. Znaczenie poprawnej formy zwracania się do osób transpłciowych jest już dobrze zbadane. W relacji pomocowej nieużywanie poprawnych zaimków i kwestionowanie autentyczności bycia osobą transpłciową traktowane jest jako przejaw mikroagresji [20]. W swoich opisach osoby badane wskazują, że ważne jest, aby proces opiniowania nie był przedłużany, a kolejne etapy procesu były przewidywalne i zrozumiałe. Kolejnym, często pojawiającym się elementem jest odwoływanie się do stereotypów płciowych przez specjalistów jako elementu diagnostycznego, czyli uznającego lub odrzucającego transpłciowość osoby. Powoływanie się na stereotypy płciowe zazwyczaj związane było z podważaniem tożsamości pacjenta. W przedstawionej analizie wyłania się również aspekt kontroli, który determinuje relacje lekarz-pacjent. Osoby badane opisywały różne formy pozbawiania i przyznawania zarówno kontroli, jak i decyzyjności dotyczącej własnej tożsamości oraz próby jej odzyskania. Walka o kontrolę nad własnym życiem i decyzyjnością przejawiała się w postawach osób badanych, która może być odpowiedzią na postawę przyjmowaną przez specjalistów np. uznanie preferowanych zaimków i imienia lub uporczywe używanie formy niezgodnej z tożsamością osoby.

Dyskusja

Funkcjonując w społecznych konstruktach dotyczących płci, osoby przed ujawnieniem tożsamości transpłciowej mogą żyć pod presją dopasowania się na wymiarze zachowań, ekspresji i wyglądu do płci nadanej przy urodzeniu. Po *coming-out* mogą doświadczać

tej samej presji. Podołanie stereotypowym oczekiwaniom dotyczącym roli płciowej zgodnej z tożsamością płciową jest jeszcze bardziej marginalizujące, jeśli osoby te nie nauczyły się dotychczas poczucia pewności siebie w społecznym funkcjonowaniu zgodnym z płcią odczuwaną. Odnoszenie się do stereotypów opartych na hetero i cis normie wymuszają na osobach dopasowanie się do najbardziej powszechnych kategorii zasad przeżywania i wyrażania siebie. Oczekiwania te najczęściej dotyczą przestrzegania ścisłych ról płciowych i oczekiwań społecznych związanych z binarnością w wymiarze kobiecość-męskość, a także przyjęcia narracji *wrong-body* (poczucia bycia urodzonym w złym ciele). Osoba decydująca się rozpocząć tranzycję medyczną lub/i społeczną może odczuwać presję, aby przyjął cały zestaw cech z jednego kontinuum wymiaru płci, by zostać zaakceptowaną jako osoba transpłciowa. Odrzucając te oczekiwania, chcąc poszukiwać własnej formy wyrażania siebie, może narazić się na niezrozumienie, odrzucenie, a także podważenie tożsamości płciowej przez specjalistów zdrowia psychicznego. Biorąc pod uwagę kontekst społeczny osób transpłciowych, mogłoby się wydawać, że gabinet lekarski powinien pełnić funkcję bezpiecznej przestrzeni do ujawniania i eksplorowania swojej płciowości i seksualności. Narracje osób badanych ukazują jednak, że nie zawsze jest on wolny od stereotypów związanych z transpłciowością. W procesie pomocowym i/lub diagnostycznym bezpośredni lub pośredni nacisk wobec tego, jak wyglądać i zachowywać się powinna osoba transpłciowa, może być postrzegane jako odebranie kontroli nad własnym życiem. Wywieranie presji dopasowania się może mieć też inne szkodliwe skutki, np. urwanie kontaktu pomocowego czy uwewnętrznienie negatywnych przekonań na temat własnej ekspresji, może również prowadzić do zinternalizowanej stygmatyzacji związanej z kobiecością/męskością [21]. W skrajnych przypadkach, gdzie presja ta dotyczy podejmowanych kroków, w ramach korekty płci, do detranzycji [22].

Uprzedzenia, genderowe stereotypy, nieuznanie niebinarności, brak wrażliwości i przemoc ze strony specjalistów mogą wynikać z braków w edukacji i/lub transfobii. Szkolenia dla osób pomocowych dotyczące transpłciowości mogą pozytywnie wpłynąć na doświadczenia związane z opieką [11]. Jeśli jednak podłożem są uprzedzenia, to same szkolenia w zakresie umiejętności i kompetencji nie wystarczą [23].

Osoby, które wzięły udział w niniejszym badaniu, zwracały uwagę, że ich oczekiwania wobec specjalistów są ściśle podyktowane ich potrzebami. W przypadku pewności co do własnej transpłciowości i obranej ścieżki tranzycji, wizyty były dla nich jedynie

przymusową drogą do osiągnięcia celów. Z tego powodu, aby jak najszybciej zakończyć proces, mogły przybierać zarówno postawę uległą, która cechowała się pełnym oddaniem kontroli specjalistom, jak i postawę dążącą do autonomii, w której wprost komunikowały swoje oczekiwania. W tym kontekście, mimo zmian w klasyfikacjach, trudno mówić o depatologizacji tożsamości transpłciowej do czasu, kiedy osoby transpłciowe nie będą musiały być poddawane badaniom przez specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego w celu potwierdzenia zarówno ich tożsamości, jak i ich zdolności psychicznej do wyrażenia zgody na interwencje medyczne, które zostały już powszechnie uznane za konieczne [24]. Pojawia się kluczowe pytanie, czy osoba, wchodząc na ścieżkę tranzycji medycznej, powinna być pozbawiona kontroli nad własnym życiem, w tym autonomii cielesnej. Modelem diagnostycznym, który w pełni uznaje prawo osoby do samostanowienia, jest model świadomej zgody. Zakłada on pełną podmiotowość w relacji lekarz-pacjent, uznając, że diagnoza transpłciowości leży po stronie samej osoby, czyli dokonuje swoistej autodiagnozy transpłciowości. W modelu tym lekarz odrzuca sceptycyzm wobec tożsamości płciowej, nie uznając potrzeby weryfikacji narracji o swojej płci, a przez to dochodzi do pełnego przeniesienia odpowiedzialności z lekarza na pacjenta [25]. W świetle niniejszego badania, relacja, która pozbawiona jest komponentu kontroli i nie wymusza postawy uległej u osoby pacjenckiej, mogłaby znacząco zmienić doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z usług ochrony zdrowia.

Wnioski

Biorąc pod uwagę opisane doświadczenia osób badanych, decyzja o pracy z osobami transpłciowymi powinna nieść za sobą szeroką i poddawaną ciągłej aktualizacji edukację. Niezwykle ważne jest dbanie o autonomię osoby, a także uznanie jej przeżyć i wiedzy o sobie samej. Proces poprzedzający medyczną korektę płci nie powinien pozbawiać osoby samodecyzyjności ani autentycznego przeżywania swojej płci i/lub ekspresji płciowej, a pełnić funkcję wsparcia i bezpiecznej przestrzeni. Dodatkowo, udzielanie specjalistycznej pomocy osobom transpłciowym powinno być dopasowane do ich potrzeb.

Piśmiennictwo

1. Dora M, Grabski B, Dobroczyński B. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis. *Psychiatr Pol.* 2021; 55(1): 23–37, doi: [10.12740/pp/onlinefirst/113009](https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/113009).
2. Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych. Standardy opieki zdrowotnej dla osób

- transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?_t=1573660119 (5.08.2022).
3. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022; 23(Suppl 1): S1–S259, doi: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644), indexed in Pubmed: [36238954](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36238954/).
 4. Grabski B, Rachoń D, Czernikiewicz W, et al. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatr Pol*. 2020; 187: 1–8, doi: [10.12740/PP/OnlineFirst/125785](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785).
 5. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003; 129(5): 674–697, doi: [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674), indexed in Pubmed: [12956539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956539/).
 6. Budge SL, Adelson JL, Howard KAS. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol*. 2013; 81(3): 545–557, doi: [10.1037/a0031774](https://doi.org/10.1037/a0031774), indexed in Pubmed: [23398495](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23398495/).
 7. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(1): 53–61, doi: [10.1037//0022-006x.71.1.53](https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.53), indexed in Pubmed: [12602425](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12602425/).
 8. Sutter M, Perrin PB. Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color. *J Couns Psychol*. 2016; 63(1): 98–105, doi: [10.1037/cou0000126](https://doi.org/10.1037/cou0000126), indexed in Pubmed: [26751158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26751158/).
 9. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013; 103(5): 943–951, doi: [10.2105/AJPH.2013.301241](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241), indexed in Pubmed: [23488522](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23488522/).
 10. Piegza M, Głównyżyński P. Minority stress and selected mental disorders in people with gender dysphoria and gender incongruence - a narrative review. *Med Pr*. 2022; 73(2): 163–172, doi: [10.13075/mp.5893.01198](https://doi.org/10.13075/mp.5893.01198), indexed in Pubmed: [35411119](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35411119/).
 11. Chisolm-Straker M, Jardine L, Bennouna C, et al. Transgender and gender nonconforming in emergency departments: a qualitative report of patient experiences. *Transgend Health*. 2017; 2(1): 8–16, doi: [10.1089/trgh.2016.0026](https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0026), indexed in Pubmed: [28861544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28861544/).
 12. Rachlin K, Green J, Lombardi E. Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *J Homosex*. 2008; 54(3): 243–258, doi: [10.1080/00918360801982124](https://doi.org/10.1080/00918360801982124), indexed in Pubmed: [18825862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18825862/).
 13. Winiewski M, Świder M. Raport za lata 2019-2020. Sytuacja społeczna osób LGBTA w Polsce. Kampania Przeciw Homofobii; Stowarzyszenie Lambda, Warszawa 2021.
 14. Given LQ. *Methodology. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. SAGE Publications, London 2008.
 15. Willig C. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. SAGE Publications, London 2008.
 16. Bieschke KJ, Paul PL, Blasko KA. Review of empirical research focused on the experience of lesbian, gay, and bisexual clients in counseling and psychotherapy. In: Bieschke KJ, Perez RM, DeBords KA. ed. *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed). American Psychological Association, Worcester 2007: 293–315.
 17. Bieschke KJ, McClanahan M, Tozer E, Grzegorek JL, Park J. Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: The past, the present, and the course for the future. In: Bieschke KJ, Perez RM, DeBord KA. ed. *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (2nd ed). American Psychological Association, Worcester 2007: 207–223.
 18. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*. 2013; 26(2): 120–123, doi: [10.1007/978-1-4614-5583-7_311](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_311).
 19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2): 77–101, doi: [10.1191/1478088706qp0630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a).
 20. Morris E, Lindley L, Galupo M. “Better issues to focus on”: Transgender Microaggressions as Ethical Violations in Therapy. *Couns Psychol*. 2020; 48(6): 883–915, doi: [10.1177/0011000020924391](https://doi.org/10.1177/0011000020924391).
 21. Tree-McGrath C, Puckett J, Reisner S, et al. Sexuality and gender affirmation in transgender men who have sex with cisgender men. *Inter J Transgender*. 2018; 19(4): 389–400, doi: [10.1080/15532739.2018.1463584](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1463584).
 22. Haak D, Madej O. Detranzycja – przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny transseksualności (F64.0). *Seksuologia Polska*. 2021; 19: 1–5, doi: [10.5603/sp.2021.0008](https://doi.org/10.5603/sp.2021.0008).
 23. Stroumsa D, Shires DA, Richardson CR, et al. Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Med Educ*. 2019; 53(4): 398–407, doi: [10.1111/medu.13796](https://doi.org/10.1111/medu.13796), indexed in Pubmed: [30666699](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30666699/).
 24. Lipshie-Williams M. The peculiar case of the standards of care: Ethical ramifications of deviating from informed consent in transgender-specific healthcare. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2020; 24(4): 392–405, doi: [10.1080/19359705.2020.1798691](https://doi.org/10.1080/19359705.2020.1798691).
 25. Cavanaugh T, Hopwood R, Lambert C. Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA J Ethics*. 2016; 18(11): 1147–1155, doi: [10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611](https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611), indexed in Pubmed: [27883307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27883307/).