



POLEMICS / ARTYKUŁY POLEMICZNE

Odczarować ZWDPF — zespół wrodzonej dezakceptacji płci fenotypowej

Refleksje wokół książki Małgorzaty Bieńkowskiej
*Transseksualizm w Polsce. Wymiar indywidualny
i społeczny przekraczania binarnego systemu płci* (2012)

Anna KARNAT-NAPIERACZ*
Zbigniew LIBER**

ABSTRACT

Disenchanted Inborn Gender Identity Disorder Syndrome: Reflections on Małgorzata Bieńkowska's book *Transsexualism in Poland. The individual and social dimension of crossing over the binary system of sex* (2012): This article reflects on an in-depth reading of a publication exploring the question of transsexualism and transsexuals in Poland, as well as the experiences resulting from the medical care of such individuals. The first part of the text is a supplement with essential information from the medical field, which to a large degree is uncovered in the book under review. The second part presents critical comments relating to the book's contents both in terms of the information it contains (on a theoretical level) and equally in terms of its research (on an empirical level). In the conclusion, both the overall positive aspects of the publication as well as its weaker points are summed up in general terms.

* Doktor socjologii, adiunkt w Katedrze Socjologii Kultury, Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. E-mail: karnat@up.krakow.pl.

** Doktor nauk medycznych, specjalista w zakresie ginekologii, położnictwa i seksuologii, od trzydziestu lat zajmuje się diagnostyką i leczeniem hormonalnym osób z zespołem wrodzonej dezakceptacji płci fenotypowej (ZWDPF). Obecnie prowadzi indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. E-mail: zbigniew.liber@life.com.pl.

KEYWORDS

biological sex; perceived gender; brain sex; somatic sex; phenotype sex; sexual identification; gender recognition

CONTRIBUTION OF CO-AUTHORS

Contribution to the general conception of the paper; the assumptions, objectives; topic range; the selection of methods and literature: A.K. 50% and Z.L. 50%

KILKA UWAG MEDYCZNYCH

Sformułowanie tytułu niniejszego artykułu zobowiązuje do ustosunkowania się do kwestii terminologicznej, a mianowicie do samego terminu „transseksualizm”, który — chociaż dość powszechnie stosowany — nie oddaje w sposób właściwy istoty stanu klinicznego przedmiotowego problemu. Najbardziej dokładnym określeniem tego stanu klinicznego jest bowiem określenie, którego używa się jako wstępnego rozpoznania po pierwszym kontakcie z osobą zgłaszającą się do lekarza w celu ustalenia diagnozy i podjęcia koniecznej w tych przypadkach suplementacji środkami chemicznymi o działaniu hormonalnym. Najczęściej diagnoza wówczas brzmi: zespół wrodzonej dezakceptacji płci somatycznej u fenotypowej kobiety lub zespół wrodzonej dezakceptacji płci somatycznej u fenotypowego mężczyzny („fenotypowy” i „somatyczny” występują tu jako określenia synonimiczne). Zamiennie diagnoza taka może również brzmieć: kobieta z zespołem dezakceptacji płci somatycznej (transseksualistka, K/M) lub mężczyzna z zespołem dezakceptacji płci somatycznej (transseksualista, M/K). Tego typu diagnoza z jednej strony określa charakter tego zaburzenia rozwojowego, a drugiej — sygnalizuje jego istotę. Natomiast termin „transseksualizm”, kojarzony kolokwialnie ze „zmianą płci”, w żaden sposób nie oddaje sedna rzeczywistego problemu, a być może sprawia, że wokół omawianej kwestii narastają stereotypy wynikające z niewiedzy i niezrozumienia jego charakteru.

W literaturze medycznej opisującej ten problem kliniczny istnieje coraz więcej dowodów, że jest to wrodzone zaburzenie polegające na błędnej informacji określonych struktur mózgowych, decydujących o psychicznym poczuciu płci. W badaniach anatomopatologicznych mózgu wykazano także różnice morfologiczne w obrębie jąder podkorowych; różnice te występują u określonych osób, a nie stwierdzono ich u osób z prawidłowo ukształtowaną płcią biologiczną (odczucie płci zgodne z fenotypem). Wyjaśnienie tych zaburzeń na poziomie molekularnym jak dotąd nie zostało ustalone. Wydaje się jednak, że mózg płodu w swoim rozwoju, już po uzyskaniu genetycznej determinacji płci (obecność chromosomu Y warunkuje męski fenotyp, jego brak lub brak wrażliwości na

testosteron odpowiednich receptorów warunkuje fenotyp kobiecy), prawdopodobnie nie uzyskał właściwej biochemicznej (być może hormonalnej) informacji o psychicznym poczuciu płci. Stan ten jest przyczyną, dla której osoba czująca się kobietą lub mężczyzną nie akceptuje cech płci somatycznej (cielesnej, fenotypowej). Mówiąc wprost, nie akceptuje tego, co widzi w lustrze, oglądając siebie nago. Ponieważ, jak dotąd, nie udało się znaleźć sposobów na zmianę aktywności struktur mózgowych, możliwa jest jedynie zmiana biologicznej „materii ciała”. To właśnie imperatyw wewnętrzny jednostki, poparty społeczno-kulturowym binarnym systemem płci, sprawia, że osoba taka (określana mianem transseksualnej) za wszelką cenę dąży do uzgodnienia fenotypowych cech płciowych z odczuwaną płcią psychiczną (mózgową). Odwołując się do tytułu książki Małgorzaty Bieńkowskiej, osoba taka w żaden sposób nie przekracza binarnego systemu płci. Sformułowanie takie sugerowałoby wyjście poza/ponad podział na płć męską i żeńską, co w omawianym problemie wrodzonej dezakceptacji płci fenotypowej nie ma miejsca („trzecia płć” istnieje tylko w mitologii, a to z tej przyczyny, że wiedza na temat natury zaburzeń rozwojowych była wtedy prawie żadna). Osoba transseksualna, znając imperatyw obowiązywania binarnego systemu płci w środowisku społecznym, stara się więc dostosować do jego ram. Przyjęcie tej sugestii za fakt eliminuje wszelkie spekulacje socjologiczne i psychologiczne o kształtowaniu się tożsamości płciowej u tych osób, aczkolwiek sposób utrwalania się owego przekonania (i jego rozpoznanie) może być ciekawy.

Doświadczenia kliniczne wskazują, że jak dotąd nie udało się żadnym postępowaniem medycznym i psychologiczno-psychiatrycznym spowodować zmiany płci mózgowej (odczuwanej). Na marginesie należy dodać, że w mózgu istnieją receptory na wszystkie hormony i indukowane przez nie neurotransmitery. Do ich czynnościowej ekspresji konieczne jest jednak morfologiczne ich ukształtowanie. Płć biologiczną należy rozumieć jako efekt harmonijnego rozwoju zarówno płci psychicznej (mózgowej) — poczucia płci, jak i somatycznej budowy zdeterminowanej genetycznie.

Pozostając w kręgu stosowanej terminologii, należy na wstępie uwzględnić kilka informacji natury medycznej, co z punktu widzenia zrozumienia problemu wydaje się konieczne.

W rozumieniu tradycyjnym transseksualizm oznacza rozbieżność między poczuciem psychicznym płci, a budową morfologiczno-biologiczną oraz płcią socjalną (metrykalną), które odczuwane są jako obce i należące do płci przeciwnej (Imieliński, 1982). Mężczyzna z zespołem wrodzonej dezakceptacji płci fenotypowej (ZWDPF) czuje się jak kobieta uwięziona w ciele mężczyzny, a kobieta z ZWDPF jak mężczyzna zamknięty w ciele kobiety. Jest to zaburzenie rozwojowe mające wpływ na formowanie się tożsamości płciowej (określenie angielskie: *gender dysphoria*), polegające na błędnym odczuwaniu płci posiadanej (Starowicz, 2000: 100).

Harmonijny, niezaburzony rozwój płciowy człowieka związany jest z jednoznacznie ukierunkowanym przez informację genetyczną rozwojem płci gonalnej, hormonalnej, fenotypowej, metabolicznej, psychicznej (płeć biologiczna) i płci społecznej (rozumianej tu jako społeczne wzorce zachowań). U osób transseksualnych jedynie płeć psychiczna pozostaje w opozycji do pozostałych cech płci, co w konsekwencji pociąga za sobą również odmienne dla płci fenotypowej (somatycznej) wzorce zachowań społecznych.

Według klasyfikacji ICD-10 (F64.0)¹ jest to pragnienie życia i społecznej akceptacji w roli osoby o płci przeciwnej niż posiadana, związane z domaganiem się doprowadzenia ciała za pomocą zabiegów chirurgicznych i leczenia hormonalnego do postaci tak zbieżnej z odczuwaną płcią, jak tylko jest to możliwe (Imieliński & Dulko, 1988).

Rozpoznanie transseksualizmu opiera się na stwierdzeniu:

- klinicznej niezgodności między poczuciem psychicznym płci, a budową morfologiczno-biologiczną (niezbieżnie ustaloną badaniami klinicznymi i laboratoryjnymi) oraz płcią socjalną;
- stałym, nieodpartym pragnieniem bycia kobietą lub mężczyzną (zależnie od stanu faktycznego), co znajduje odbicie w sposobie ubierania się i zachowania oraz w wypełnianiu innych ról społecznych, zgodnych z psychicznym poczuciem płci, a niezgodnych ze znamionami ciała;
- awersji do anatomicznych struktur płci biologicznej i wynikającej stąd stałej dążności do przeprowadzenia plastycznej korekcji zewnętrznych znamion płci przez skomplikowane zabiegi chirurgiczne. Oznaczają one u transseksualistek (kobiety z ZWDPF) usunięcie piersi, usunięcie macicy z jajnikami oraz wytworzenie penisa i moszny, natomiast u transseksualistów (mężczyźni z ZWDPF) ablację jąder i prącia, wytworzenie sromu i pochwy, implanty piersi;
- w przypadku braku realizacji oczekiwań co do „zmiany płci” poczucie ogromnego cierpienia z myślami i próbami samobójczymi włącznie (Imieliński, 1982; Starowicz, 2000; Beisert, 2006).

Z obowiązujących dotychczas, przytoczonych kryteriów rozpoznawczych wynika, że rozpoznanie ZWDPF (w skrócie: transseksualizmu) opiera się tylko na objawach podmiotowych oraz na wykluczeniu stanów patologicznych, które sankcjonowałyby podawany zespół tych objawów. Do dnia dzisiejszego żadne z dostępnych badań klinicznych, wykonywanych przyżyciowo, nie dostarcza jakichkolwiek danych podpierających diagnozę ZWDPF (transseksualizmu) (Seligmann, Walker, & Rosenhan, 2003).

¹ ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) opracowana przez WHO, obowiązująca w Polsce od 1996 roku. Oznaczenie literą „F” dotyczy w tej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, natomiast numer 64 oznacza zaburzenia identyfikacji płciowej.

Zaburzenia rozwoju i różnicowania się płci w ujęciu medycznym mogą być wrodzone i nabyte. „Transseksualizm” w tym podziale nadal jest wśród zaburzeń nabytych, zresztą obok transwestytyzmu o typie podwójnej roli (ICD-10, F64.1), choć oba te zaburzenia są różne w kategoriach przyczynowo-skutkowych. O ile transwestytyzm związany jest z uzyskiwaniem gratyfikacji seksualnej z noszenia odzieży płci przeciwnej, o tyle dla osoby „transseksualnej” noszenie takiej odzieży jest próbą życia w płci odczuwanej i nie wiąże się z gratyfikacją seksualną. Co więcej, osoba taka może odczuwać spóeczną dezaprobatę (w najlepszym razie niezrozumienie), ponieważ jej ubiór, zgodny z płcią odczuwaną, odbiega od społecznych oczekiwań wynikających z zewnętrznego oglądu danej osoby.

W odróżnieniu od odchyłeń rozwojowych innych układów zaburzenia w różnicowaniu płciowym z reguły nie są letalne i umożliwiają utrzymanie się przy życiu danego osobnika. Dlatego też obecnie możliwe jest poznanie ich obrazu genetycznego, molekularnego, endokrynologicznego i klinicznego. O ile etiologia większości zaburzeń rozwojowych wrodzonych jest znana, o tyle przyczyna zaburzeń w zakresie poczucia płci do dnia dzisiejszego nie została do końca wyjaśniona (Kruijver *et al.*, 2002). Należy podkreślić, że zróżnicowanie płciowe dojrzałych osobników jest wynikiem długiego i złożonego procesu, który zaczyna się już w stadium embrionalnym i kończy w okresie dojrzewania. Po krótkim okresie identycznego rozwoju obu płci, około czterdziestego piątego dnia od zapłodnienia, zaczyna się anatomiczne i fizjologiczne zróżnicowanie na fenotypy męski i żeński. Proces ten sterowany jest przez szereg czynników², jednak głównym jest informacja genetyczna, która wyznacza płęć już w momencie poczęcia, a następnie nadaje kierunek rozwojowy płci gonadalnej, a ta z kolei wpływa na kierunek rozwoju płci fenotypowej i psychicznej. Rozwój gonad uwarunkowany odpowiednią konstelacją chromosomów (głównie parą chromosomów płciowych XX lub XY) może zostać zaburzony w każdym stadium zróżnicowania z przyczyn wewnętrznych, zewnętrznych lub obu naraz. Przyczyny te mogą spowodować zakłócenie przebiegu procesów sekwencyjnych zarówno w samej informacji genetycznej, jak i w dalszym rozwoju fenotypu, regulowanym odpowiednią sekrecją gonad.

Nieprawidłowości fenotypu mogą więc być spowodowane zaburzeniami w obrębie puli genetycznej osobnika lub/i szeroko rozumianym niekorzystnym środowiskiem, zwłaszcza hormonalnym. W wyniku tego mogą się rozwinąć osobniki, u których nie został zharmonizowany zespół składników kształtujących płęć biologiczną (genetyczną, gonadalną i fenotypową), a także nie nastąpiła identyfikacja seksualna i nie ukształtowało się zachowanie seksualne typowe dla określonej płci.

Rozwój tożsamości płciowej u człowieka jest procesem poznawczym, który nie ma swego odpowiednika w zachowaniu innych ssaków — z jednej strony

² Na ten temat por. Skałba, 1998; Baron & Baron, 1996; Ostrowski, 1982.

zależy od czynników biologiczno-fizjologicznych, a z drugiej od wpływu czynników środowiskowych. Dotychczasowe badania eksperymentalne na zwierzętach wskazują na swoistą wrażliwość niektórych struktur mózgu na działanie hormonów. Niestety ani te badania, ani eksperymenty nie są porównywalne z badaniami przeprowadzonymi u ludzi³. Zazwyczaj w wyniku określonej i niezaburzonej sekwencji procesów rozwojowych definiuje się płęć osobnika. Zdarza się jednak, że w kilku przypadkach na dziesięć tysięcy urodzeń pojawiają się zaburzenia różnicowania płci, w których fizyczne zmiany odbiegają od typowego obrazu kobiety i mężczyzny. Przez termin „typowy obraz” rozumie się harmonijnie rozwiniętą płęć genetyczną, somatyczną, metaboliczną, hormonalną i psychiczną. Zaburzenia identyfikacji płciowej, a więc przekonanie, że faktycznie jest się innej płci, niż wskazywałaby na to budowa fizyczna, u mężczyzn występuje raz na trzydzieści tysięcy urodzeń, a u kobiet raz na sto tysięcy urodzeń. Zaburzenie to powstaje już po rozwoju gonad i należy odróżnić je od zaburzeń rozwojowych płci somatycznej, będących następstwem naruszenia prawidłowych mechanizmów rozwojowych innych niż biorące udział w kształtowaniu się identyfikacji płciowej. Od wieków aż po dzisiejsze czasy najprostszą i prawie jedyną metodą kwalifikacji płciowej ludzi jest ocena zewnętrznych narządów płciowych noworodka (płęć metrykalna). Mogłoby wydawać się, że ewolucja powinna zapewnić bezbłędne różnicowanie płci. Niestety w historii rozwoju gatunku ludzkiego spotykano osobników, których identyfikacja płciowa już na pierwszy rzut oka budziła wątpliwości. Klinicznie znane są liczne dysfunkcje czynnościowe i defekty anatomiczne, będące następstwem zaburzeń rozwojowych (Forest, 1995).

Na podstawie dotychczasowych badań można przyjąć, że za męski lub żeński typ zachowania seksualnego u człowieka odpowiedzialne są struktury neuralne w okolicy jądra brzuszno-przysrodkowego podwzgórza, pola przedwzrokowego środkowego i przedniej części jądra przedniego podwzgórza (*Sex-Behaviour-Center*). Tam też zlokalizowane są ośrodki odpowiedzialne za ukształtowanie męskiego lub żeńskiego typu sprzężenia zwrotnego między sekrecją sterydowych hormonów płciowych i gonadotropin. Żeński typ sprzężenia ma charakter cykliczny, podczas gdy męski typ jest acykliczny i toniczny (*Hormonal-Sex-Center*). Stabilizacja funkcji tych ośrodków następuje dopiero w okresie, kiedy prawie całkowicie ukończone jest różnicowanie somatyczne. W zależności od gatunku następuje to w ostatnim okresie życia wewnątrzmacicznego: u człowieka między czwartym a siódmym miesiącem życia wewnątrzmacicznego, a u szczura dopiero w okresie pierwszych siedmiu dni życia postnatalnego. Ostateczny rezultat rozpoczętego w życiu płodowym płciowego różnicowania podwzgórza może ujawnić się w pełni dopiero po osiągnięciu dojrzałości

³ Więcej o wynikach eksperymentalnych badań można znaleźć w: Ohnishi, Kondo, & Sakuma, 2003: 602–606; Lisk, 1967a: 754–761; Lisk, 1967b: 197–239.

płciowej i uaktywnieniu się popędu seksualnego w okresie dojrzewania (Raboch & Starka, 1974). U większości osób z ZWDPF niektóre zachowania, powszechnie uznawane za typowe dla danej płci, są odmienne i dostrzegalne już przed okresem pokwitania. Jądra podwzgórza odpowiedzialne za zachowania seksualne pełnią rolę sterującą w stosunku do ośrodków seksualnych zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym, same zaś z kolei podlegają ośrodkom mieszczącym się w układzie limbicznym i korze mózgowej. Większość bimorficznych płciowo cech mózgu, nawet jeśli zależą one od wpływu steroidów płciowych, ma charakter różnic trwałych i nie daje się odwrócić przez wprowadzenie bodźców hormonalnych. Są one zatem wyrazem rzeczywistego zróżnicowania płciowego (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008; Swaab & Fliers, 1985).

U osób z ZWDPF (transseksualnych) rozwój pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych jest prawidłowy, stąd diagnoza transseksualizmu wbrew pozorom nie należy do łatwych, gdyż opiera się głównie na wywiadzie, z którego jednoznacznie powinna wynikać dezakceptacja, a nawet awersja do posiadanych cech płci biologicznej. Dlatego też w ustalaniu rozpoznania konieczna jest współpraca lekarza znającego doskonale problematykę zaburzeń rozwojowych oraz lekarza psychiatry i psychologa. Dotychczas medycyna nie dysponuje żadnym obiektywnym markerem klinicznym pozwalającym na przyżyciowe ustalenie tego rozpoznania. Pewne nadzieje w tym względzie budzi pozytronowa emisja tomograficzna (PET) i funkcjonalny rezonans nukleomagnetyczny (fMRI), które być może ujawnią w przyszłości morfologiczną lub czynnościową przyczynę tego stanu zaburzenia (Luders *et al.*, 2009).

REFLEKSJE POLEMICZNE WOKÓŁ KSIĄŻKI

Publikacja Małgorzaty Bienkowskiej została opracowana w trzech częściach: część pierwsza: *Kontekst teoretyczny*, część druga: *Wymiar indywidualny* i część trzecia: *Wymiar społeczny*. W części pierwszej zawarto dwa rozdziały: *Transseksualizm jako przedmiot rozważań socjologii* oraz *Historia badań nad transseksualizmem*. W pierwszym z nich autorka zamieściła podrozdział *Medyczna konstrukcja transseksualności*, chociaż trudno uznać tę problematykę za przynależną do socjologii. Co więcej, wbrew zapowiedzi nie odkrywa on prowadzonych w medycynie badań i prób wyjaśnień genezy ZWDPF. Warto więc dodać tutaj kilka elementarnych informacji. Współcześnie za genezę transseksualizmu przyjmuje się zaburzenie rozwojowe lub wadę wrodzoną mózgu, doszukiwanie się zaś jakichkolwiek przyczyn ze strony społeczno-kulturowych czynników należy już do zamierzchłej przeszłości. Dlatego też przywołanie badań Roberta Stollera (bez wskazania bibliograficznego) można potraktować jedynie jako przykład historycznego podejścia i tylko w tym kontekście może być ono rozpatrywane. Większość aktualnych hipotez na temat prawdopodobnej przyczyny

transseksualizmu zakłada połączenie efektu nieznanego jeszcze podłoża genetycznego i wczesnego wpływu hormonów płciowych (o charakterze organizującym) w krytycznym dla rozwijającego się mózgu okresie. Należy przy tym pamiętać, że różnicowanie płciowe mózgu następuje później w okresie rozwojowym, w związku z tym może ulegać wpływom niezależnie od różnicowania płciowego układu rozrodczego. Sugeruje się, że wynikające stąd modyfikacje struktur mózgu u osób transseksualnych stanowią podstawę zaburzeń tożsamości płciowej. Jednym z możliwych mechanizmów powodujących ten stan może być zaburzenie metabolizmu hormonów w obrębie podwzgórza, natomiast na poziomie molekularnym podnosi się uwarunkowane genetycznie modyfikacje receptora androgenowego oraz wpływ nieprawidłowych poziomów hormonów płciowych na struktury mózgowie odpowiedzialne za psychiczne poczucie płci. Autorka zwraca również uwagę na postrzeganie transseksualizmu przez pryzmat dyskursu medycznego. Powoduje to według niej „stosowanie narracji niewłaściwego ciała i kładzenie akcentu na leczenie transseksualizmu w sposób chirurgiczny” (Bieńkowska, 2012: 37). „Niedostosowanie” ciała do odczuwanej płci psychicznej w taki właśnie sposób jest poddawane medycznemu postępowaniu mającemu na celu zminimalizowanie u pacjenta/pacjentki skutków tej wady rozwojowej mózgu. Trzeba też podkreślić, że przytoczone w tym podrozdziale rozważania dotyczące dysproporcji w zdiagnozowanych przypadkach osób transseksualnych (K/M i M/K) w różnych krajach (różnych ze względu na statusy kobiet i mężczyzn w strukturze społecznej typach społeczeństw) nie mają *de facto* swojego medycznego ugruntowania. Przyjęcie takiego założenia oznaczałoby, że genezy transseksualizmu można dopatrywać się w pozabiologicznych (kulturowo-społecznych) uwarunkowaniach, co z uwagi na obecny stan wiedzy jest nie do utrzymania, a co więcej, może powodować błędne postrzeganie tej wady wrodzonej.

W drugim rozdziale, dotyczącym dotychczasowych badań nad transseksualizmem, zamieszczono między innymi krótkie omówienie badań dotyczących mniejszości seksualnych, co jest trudne do zaakceptowania zarówno na gruncie medycznym, jak też z punktu widzenia samej socjologii. Osoby z ZWDPF nie stanowią w sensie medycznym mniejszości seksualnej. Postępowanie w tego typu przypadkach jest nacechowane podejściem indywidualnym, traktującym każdą osobę transseksualną z jej zaburzeniem rozwojowym w sposób uwzględniający rzeczywiste problemy (o różnorodnym charakterze, które należy brać pod uwagę w leczeniu) odczuwane w związku z niezgodnością płci fenotypowej i psychicznej. Stosowanie terminu „mniejszość” do podnoszonego tu problemu w żaden sposób nie oddaje jego złożoności, a być może zniekształca i zaciemnia rzeczywisty obraz, przyczyniając się do pogłębiania niezrozumienia jego odbioru w sensie społecznym. Także w perspektywie socjologicznej nie wydaje się właściwe stosowanie określenia „mniejszość seksualna” (rozumiana jako grupa społeczna). Znaczeniowo bliżej jest tu raczej do terminu „kategoria

socjologiczna”, z którego mogą wynikać i na podstawie którego mogą zachodzić pewne procesy grupotwórcze, ale ich zaistnienie jest jedynie możliwością, a nie koniecznością. Określone zjawiska (dla przykładu: wchodzenie w interakcję z osobami transseksualnymi na forum internetowym, uznanie postanki Anny Grodzkiej za ich przedstawicielkę w parlamencie) nie świadczą jeszcze o funkcjonowaniu i rzeczywistym uczestnictwie w grupie społecznej⁴. Zresztą sama autorka zwraca uwagę na niefortunność tego określenia (jego stosowanie powoduje zacieranie różnicy pomiędzy orientacją/preferencją seksualną a identyfikacją/tożsamością płciową), a jednak w końcowych fragmentach książki stara się udowodnić jedną z postawionych hipotez badawczych, a mianowicie że osoby transseksualne w Polsce stanowią „mniejszość seksualną”.

W części drugiej *Wymiar indywidualny* autorka opiera się na własnych badaniach jakościowych, którymi są wywiady z osobami transseksualnymi. Zebrany materiał badawczy posłużył do ukazania przykładowych przeżyć osób transseksualnych, nie został jednak poddany analizie na wyższym poziomie ogólności, pozostał więc jedynie warstwą ilustracyjną w dwóch podstawowych kontekstach, a mianowicie cielesności i tożsamości. W rozdziale *Ciało i ucieleśnienie* przedstawiono znaczenie ciała w przestrzeni społecznej oraz jego konstytutywny sens dla kształtowania jednostkowej tożsamości. Trudno nie zgodzić się z takim obrazem ciała, jaki zaprezentowały w badaniach osoby transseksualne. Jest ono w ich odczuciu swoistą pułapką, która determinuje to, kto jest w społeczeństwie postrzegany jako kobieta, a kto jako mężczyzna. Nie można natomiast zgodzić się ze zdaniem autorki wyrażonym już we *Wstępie*, w którym stwierdza: „Czasami ciała transseksualistów wymykają się z konwencjonalnego/uporządkowanego podziału na to, co kobiece, a co męskie, burząc tym samym przyjęty porządek społeczny” (Bieńkowska, 2012: 15). To stwierdzenie nie wydaje się uzasadnione, gdyż osoby transseksualne z depresją spowodowaną defektem rozwojowym nie mają świadomości burzenia porządku społecznego, a jest tak przynajmniej dopóty, dopóki nie doświadczą społecznego ostracyzmu w związku z tym, co czują i przeżywają. Zakładając natomiast, że w określonym przypadku dochodzi do uzgodnienia płci somatycznej z psychiczną, to sytuacja taka zdaje się zaprzeczać jakiegokolwiek „burzeniu porządku społecznego”, ponieważ właśnie wtedy ma miejsce podporządkowanie się preferowanemu społecznie binarnemu systemowi płci. Należy również zauważyć, że rozważania dotyczące ciała (i jego

⁴ Przynotowanie tu przypadku Anny Grodzkiej niewiele wnosi do omawianej kwestii. Jej publiczne przyznanie się do tego, że kiedyś była mężczyzną, jest o tyle znaczące, że przybliżyła w ten sposób (przynajmniej niektórym członkom społeczeństwa) zrozumienie problemów osób transseksualnych. Jednak jej zaistnienia w sferze publicznej nie można traktować jako wyniku oddolnych procesów strukturotwórczych, procesów formowania grupy (mniejszościowej). Kwestia braku wiedzy i uświadomienia ogromnej części społeczeństwa, czym jest ZWDPF, jest zagadnieniem odrębnym i osoba Anny Grodzkiej jedynie (i aż) dobitnie ukazała, w jak pejoratywny i prześmiewczy sposób traktowane jest to zaburzenie rozwojowe.

społecznych konotacji) w dużej mierze koncentrują się wokół teoretycznych ujęć cielesności, w których wyraźnie widoczny jest kontekst ich społecznego definiowania. Dlatego też włączenie rozdziału *Ciało i ucieleśnienie* do tej części książki budzi wątpliwości, a jest tak dlatego, że teoretyczne rozważania z zakresu socjologii ciała zostały tu jedynie urozmaicone wybranymi przykładami wypowiedzi respondentów biorących udział w badaniu. Podobnie jest z zagadnieniem tożsamości (rozdział zatytułowany *Tożsamość zaklęta w cielesność*), które — jakkolwiek dotyczące samookreślenia jednostki (niemniej jednak przebiegające w warunkach społecznych) — zostało tu potraktowane przede wszystkim jako teoretyczne tło dla przedmiotowego zagadnienia. Stąd też najbardziej istotna wydaje się konstatacja, że respondenci biorący udział w badaniach określali sami siebie jako osoby transseksualne (uczestniczyli przecież świadomie w badaniach i sama sytuacja wywiadu definiowała ten kontekst), a jednocześnie na pytanie „kim jesteś?” starali się udzielać odpowiedzi wymijających (unikanie kategorii płci). Jedynie za po części zadowolające można uznać próby autorki dotyczące zarysowania konstruktów koncepcji „transseksualnej tożsamości”. Wynika to być może stąd, że odnosząc się do zaprezentowanych koncepcji tożsamości, materiał badawczy został ponownie potraktowany jako ilustracja wybranych aspektów teorii tożsamości jednostkowej. Praktycznie oznacza to, że wyniki badań jakościowych nie zostały przełożone na pewien uogólniony poziom opisu przedmiotowego problemu. Za taki nie można bowiem uznać konstatacji: „Tożsamość osób transseksualnych stanowi pewien specyficzny fenomen” (Bieńkowska, 2012: 98). Również określenie transtożsamości jako „tożsamości nienormatywnej” nie wnosi wiele w rozpoznanie istoty problemu, ponieważ transseksualizm zostaje tu mylnie uznany za jedną z form transgendersyzmu i niefortunnie zdefiniowany jako „sprzeczność tożsamości płciowej jednostki z płcią metrykalną (biologiczną)”⁵ (Bieńkowska, 2012: 95). Następuje tu także ponowne zaakcentowanie tak zwanej trzeciej płci, co jest bezzasadne, oraz założenie, że transtożsamość zasadza się na „hybrydalności” i „naruszeniu granic binarnego systemu płci” (Bieńkowska, 2012: 104). Odnosząc się więc do części drugiej (badawczej) omawianej publikacji, należy jeszcze raz podkreślić, że przytoczone przykładowe wypowiedzi respondentów, ilustrujące wybrane kwestie związane z tożsamością jednostkową i postrzeganiem cielesności, nie zostały niestety uogólnione (z zastrzeżeniem, że badania przeprowadzono na niewielką skalę, gdyż z racji przyjęcia określonych metod jakościowych były to dwadzieścia trzy wywiady swobodne).

Autorka pisze natomiast o trzech etapach w refleksji dokonywanej przez osoby transseksualne, gdy mówią o sobie i o swoim życiu (odpowiadają na

⁵ Fakt, że płeć metrykalna ustalana jest na podstawie zewnętrznych cech biologicznych (cielesnych), nie upoważnia w żaden sposób do utożsamiania pojęć płci metrykalnej i płci biologicznej. Znaczeniowo są to różne pojęcia, o czym była mowa w pierwszej części artykułu.

pytanie „kim jestem?”). Pierwszy etap to okres życia, w którym nie zdawały sobie sprawy z tego, co się z nimi dzieje (nie miały jeszcze pojęcia o transseksualizmie). Drugi etap, kiedy zdefiniowały się poprzez pryzmat transseksualności, co oznacza po prostu poczucie dezakceptacji dla cech płci cielesnej. Trzeci etap to okres odnoszący się do teraźniejszości bądź przyszłości, kiedy te osoby stały się bądź dopiero staną tym, kim chcą być, czyli będą już kobietami lub mężczyznami (to z kolei oznacza, że *de facto* nie będą już osobami „transseksualnymi”) (Bieńkowska, 2012: 15, 99–102). Wiąże się to także z kwestią autoidentyfikacji na różnych etapach postępowania medycznego, które — nawet po chirurgicznej interwencji uznawanej za „ostateczną” — trwa do końca życia (konieczność dostarczania organizmowi odpowiednich środków hormonalnych). W tym kontekście interesujące byłyby rozważania odnoszące zebrany materiał badawczy do wybranej koncepcji tożsamości bądź przynajmniej jego analiza w oparciu o dwie konstytutywne cechy jednostkowej tożsamości — ciągłość i ewentualna (nie)ciągłość oraz odrębność i ewentualne aspekty (nie)odrębności. Zostały one tylko zasygnalizowane w tej części pracy, w której autorka zastanawia się nad kategorią „transtożsamości” i rozważa jej zakwestionowanie (odrzućenie) przez osoby, które przeszły odpowiednie zabiegi chirurgiczne i stały się tym, kim w swoim odczuciu były już wcześniej. Jest to, najkrócej rzecz ujmując, pytanie o „nowe życie” i „nową tożsamość”, co bezpośrednio dotyczy jednej z wymienionych cech tożsamości, a mianowicie ciągłości. Trudno także zgodzić się ze sformułowaniem, że: „[t]ranstożsamość to niewidoczna dla świata sprzeczność między tożsamością zewnętrzną a wewnętrzną danej osoby” (Bieńkowska, 2012: 104). Autorka, pisząc o „zewnętrznej” i „wewnętrznej” tożsamości, ma zapewne na myśli aspekty bierny i czynny tożsamości jednostkowej, które są współzależne, a ich koegzystencja w środowisku społeczno-kulturowym konstytuuje tożsamość jednostki. Jednostka jest definiowana (aspekt bierny) i definiuje samą siebie (aspekt czynny), a te dwa aspekty są nierozdzielalne. Może dochodzić do sprzeczności pomiędzy nimi (i tak właśnie jest w przypadku osób transseksualnych), ale nie można uznać tej sprzeczności jako znamiennej jedynie dla identyfikacji płciowej ani definitywnie stwierdzić, że jest ona „niewidoczna dla świata”. W kolejnym rozdziale drugiej części, zatytułowanym *Kobiecość i męskość — transseksualizm*, zarysowany jest problem definiowania kobiecości i męskości oraz stereotypy osób transseksualnych odnośnie do konstruowanych społecznie ról kobiecych i męskich. To, jak osoby transseksualne widzą kobiecość/męskość, ma ogromne znaczenie dla procesu, w którym konstruują same siebie, a zwłaszcza po przystosowaniu somatycznych cech płci do tego, co czują. Krótko rzecz ujmując, można zmienić to, co się myśli, można nauczyć się określonych zachowań, ale nie można zmienić tego, co się czuje. Jeżeli więc chodzi o określone zachowania społecznie ustanawiane dla obydwu płci (role społeczne wynikające z binarnego systemu płci), to w przypadku osób transseksualnych ich

przekazywanie (i internalizacja) w procesie socjalizacji wykazuje dysonans spowodowany „niedopasowaniem” płci fenotypowej i płci psychicznej.

Ostatni rozdział części drugiej zatytułowano *Tranzycja — uzgadnianie płci* i o ile drugi człon tytułu można uznać za poprawny (w zasadzie należałoby go uzupełnić stwierdzeniem, że uzgodnienie to dotyczy tego, co możliwe do uzgodnienia, a więc cech cielesnych płci z tym, co czuje osoba z ZWDPF), to termin „tranzycja” nie wnosi w rozważany problem żadnego światła, a w kontekście omawianej publikacji być może pewne kwestie czyni jeszcze bardziej niejasnymi⁶. Przyjmując, że tranzycja jest okresem przejściowym „od jednego stanu do drugiego”, autorka postuluje przyjęcie tego pojęcia jako szerszego zakresowo od „zmieniania/uzgadniania płci”. Jednocześnie sugeruje, że określenie „uzgadnianie płci” nie ma tak wyrazistego wydźwięku i nadal opiera się na uznaniu potrzeby dostosowania ciała do psychiki. Trzeba tu jednak stwierdzić, że działania osoby transseksualnej, których kulminacją są chirurgiczne zmiany w materii ciała (polegające na dostosowaniu tego, co operacyjnie można dostosować, do tego, co pozostaje niezmiennie — poczucia płci), są przecież przynależne do procesu „uzgadniania płci”. Terminy „tranzycja” czy „zmiana płci” (a zwłaszcza to drugie określenie) stosowane do opisu przedmiotowej wady wrodzonej w żaden sposób nie wskazują na rzeczywiste problemy osób z ZWDPF ani tym bardziej nie chronią ich przed brakiem społecznego zrozumienia tych problemów i brakiem tolerancji (o akceptacji i zasadzie pomocniczości już nie wspominając). Przedstawione w tym rozdziale relacje społeczne po „zmianie” (otoczenie: sąsiedzi, współpracownicy, koledzy, dzieci) mają określone znaczenie dla osoby transseksualnej, ale to, co jest najbardziej istotne, dzieje się przed ostatecznymi decyzjami dotyczącymi chirurgicznego usunięcia pierwszorzędowych cech płciowych, które są podstawą do orzeczenia tego, co potocznie nazywa się „zmianą płci”. Wedle procedury postępowania obowiązującej w Polsce niemożliwe jest kompletne dostosowanie chirurgiczne przed uzyskaniem orzeczenia sądowego, które orzeka o zmianie płci zamiast o możliwości lub konieczności zmiany zapisów w akcie urodzenia (wydawałoby się logiczne, że na drodze sądowej następuje formalna zmiana zapisu, otwierająca drogę do określonego postępowania medycznego). Orzeczenie sądowe stwarza swoistą przestrzeń społeczną dla osób „transseksualnych”, które dopóty mogą upodabniać się do kobiety lub mężczyzny, dopóki stosują odpowiednie dawki środków chemicznych, które dzięki swojemu działaniu feminizują lub maskulinizują trzeciorzędowe cechy płciowe. Zaprzestanie stosowania tych środków powoduje przywrócenie funkcji gonad i powrót do ciała sprzed leczenia środkami o działaniu hormonalnym (u kobiet z ZWDPF pozostaje jednak

⁶ Terminu tego nie stosuje się w medycynie, nie ma on także szerokiego zastosowania w socjologii. Tranzycję traktuje się najczęściej jako synonimiczne określenie transformacji rozumianej w sensie politycznym.

męski zarost i niski tembr głosu, a u mężczyzn z ZWDPF różnie zaawansowana ginekomastia). Zaprzestanie stosowania środków chemicznych o działaniu hormonalnym po usunięciu gonad skutkuje szybko postępującymi zmianami inwolucyjnymi związanymi z zespołem kastracyjnym.

Kończący część drugą publikacji podrozdział *Grupa wsparcia* ukazuje znaczenie oddziaływania takich środowisk dla ludzi w stanach subdepresyjnych i depresyjnych. Działają one jako swego rodzaju grupowa psychoterapia i, co istotne, mogą przyjmować formę grupy realnej lub wirtualnej. Olbrzymia większość trudności, dylematów i psychicznych kłopotów jest jatrogennym efektem oddziaływania społecznego. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że funkcjonowanie w takiej grupie związane jest z określonym czasem, co wynika z silnego dążenia osób transseksualnych do „zamknięcia” pewnego etapu życia, i również w tym znaczeniu osoby te nie tworzą „mniejszości seksualnej”, nie stanowią grupy w sensie socjologicznym.

Trzecią część publikacji, zatytułowaną *Wymiar społeczny*, otwiera rozdział *Od free-ridera do transmniejszości*, w którym autorka analizuje kategorię osób transseksualnych w odniesieniu do socjologicznych koncepcji grup mniejszościowych. Jakkolwiek wcześniejsze rozważania zdawały się dyskutować z opisem osób transseksualnych przez pojęcie mniejszości seksualnej, to w podsumowaniu widać wyraźną tendencję do uznania transseksualistów w Polsce za grupę mniejszościową. Oparcie się jedynie na kryterium posiadania specyficznej cechy (za którą autorka uważa „aspekt fizyczny/cielesny transseksualizmu”) oraz na poczuciu dyskryminacji w relacji do grupy dominującej nie wydaje się wystarczające ani nie jest konstytutywne do tworzenia i funkcjonowania takiej grupy. Tak jak zostało to zasygnalizowane już wcześniej, sztuczne tworzenie grupy społecznie mniejszościowej i przypisywanie do niej ludzi bywają przyczyną dyfamacji społecznej osób transseksualnych. Poza tym strukturuwanie i przypisywanie osób transseksualnych do określonej grupy powielają wszystkie błędy potocznego rozumienia pojęcia grupa społeczna, gdy tymczasem dla osób transseksualnych najważniejszym elementem integrującym mógłby być postulat uznania ich praw wynikających z konieczności leczenia przewlekłego (do końca życia) i związanej z tym obniżki kosztów leczenia (wpisanie na listę stanów klinicznych dających takie uprawnienia). Uznanie aspektu fizycznego/cielesnego za znaczący i konstytutywny dla istnienia grupy mniejszościowej jest w tym przypadku również o tyle wątpliwe, że chirurgiczne zabiegi eliminujące nieakceptowaną materię cielesną są tymi, które zasadniczo sprawiają, że jest to cecha nieistotna socjologicznie⁷. Jakkolwiek wspólna dla określonej liczby osób cecha ZWDPF nosi w sobie pewien potencjał strukturotwórczy, można

⁷ Dla przykładu: osoby chore na cukrzycę czy inne kategorie osób o określonych schorzeniach — o wiele liczniejsze i częściej występujące w populacji niż osoby z ZWDPF — nie tworzą takich grup mniejszościowych ani nie są w ten sposób opisywane i traktowane przez otoczenie. Myślenie o transseksualizmie jako o wadzie wrodzonej zdaje się nie tylko

ją jednak uznać za kategorię socjologiczną, ale nie cechą tworzącą grupę w rozumieniu socjologicznym. Osoby transseksualne (nawet jeśli szukają pomocy w grupie wsparcia) działają indywidualnie i również w taki sposób są traktowane w postępowaniu medycznym. Cały społeczny wydzźwięk transseksualizmu (w tym akty jawnej dyskryminacji) oraz stereotypy dotyczące osób z ZWDPF narosły w wyniku niewiedzy i w jakimś stopniu także z powodu ich uproszczonych i błędnych klasyfikacji (etykietowania).

Ostatni rozdział tej części publikacji nosi tytuł *Prawa osób transseksualnych w Polsce* i w gruncie rzeczy nie wnosi nic nowego do wiedzy o prezentowanym problemie. Uznać jednak należy, iż wartość tego rozdziału polega na tym, że potencjalni czytelnicy uświadomieni zostają w kwestii niedoskonałości i niejasności przepisów prawnych, które do — i tak niemałych — problemów osób z ZWDPF dorzucają kolejne utrudnienia na drodze zarówno farmakologicznej, jak też w mozołnym procesie uzyskiwania społecznej akceptacji dla tożsamości zgodnej z poczuciem tego, kim się jest. Wynikać stąd mogą „paradoksy prawnocieleśne”, jak je określa Bienkowska, które z kolei skutkują nierównym dostępem do zabiegów refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Innym przykładem, o którym autorka nie wspomina, jest powoływanie biegłych, których opinia nie ma większego wpływu na sentencję orzeczenia sądu, jest natomiast praktyką przedłużającą uzyskanie prawa do pożądanego sposobu życia, a także stanowi o znacznym wzroście kosztów procesowych. Oparcie procesu w polskich warunkach na konieczności pozwania rodziców powoduje, że jego uruchomienie rodzi olbrzymie trudności zwłaszcza u tych osób z ZWDPF, u których jeden z rodziców jest, z różnych powodów, nieosiągalny.

Końcowy podrozdział tej części: *Rozwiązanie prawne w wybranych krajach Europy*, relacjonuje (niestety w bardzo okrojonej formie) rozwiązania prawne stosowane w innych krajach europejskich. Ich przegląd, a zwłaszcza analiza zasad i warunków, na jakich oparto konkretne rozwiązania, sama w sobie byłaby swoistą pracą badawczą do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, jak określony problem medyczny jest społecznie, kulturowo i historycznie rozwiązywany.

UWAGI KOŃCOWE

Podsumowując, należy podkreślić, że przedstawione powyżej kwestie polemiczne dotyczą samego terminu „transseksualizm”. Jakkolwiek uznać go należy za powszechnie przyjęty, to stosowany jako etykieta wobec osób przechodzących proces uzgadniania płci stwarza szereg problemów natury społecznej, wynikających ze stereotypowych ujęć, za którymi nie stoi wiedza, a jedynie uproszczone wyobrażenia. Dotyczy to zwłaszcza tej części życia, kiedy osoby z ZWDPF

porządkować zasadnicze kwestie z nim związane, ale także eliminować narosłe stereotypy i poprawiać rozumienie tego problemu.

przejdą wymagane procedury prawne i postępowanie medyczne, po czym starają się prowadzić stabilne życie, ciesząc się uzyskanym poczuciem spójności tożsamości. Ponadto transseksualizm nie jest zjawiskiem, ale określonym stanem klinicznym. Nie należy też do zachowań transgenderowych. Stąd też trudno umieścić go jednoznacznie w kategorii będącej problemem socjologicznym i badać rutynowo jak zjawisko społeczne. Nie przeczy to temu, że kwestie z nim związane są interesującym materiałem badawczym dla socjologów. Dla przykładu: niezwykle ciekawą kwestią, ciągle słabo rozpoznaną socjologicznie, jest problem pełnej asymilacji osób transseksualnych do grup płciowych (binarnego systemu płci) i ich osiągnięcia w zakresie statusu społecznego. To, że transseksualizm nie może być traktowany jako „zjawisko społeczne”, wynika również stąd, że najpierw był on uznany za chorobę psychiczną, a obecnie wiele danych wskazuje na to, że jest to wrodzone zaburzenie rozwojowe, trwałe (nieodwracalne) i powstające we wczesnym okresie życia płodowego.

Umieszczenie transseksualizmu w problematyce transgenderyzmu czyni osobom z ZWDPF krzywdę i stanowi jeden z powodów, dla których poglądy społeczeństwa na temat problemów życiowych tych ludzi nadal dalekie są od ich właściwego pojmowania. Transseksualizm jako wada wrodzona nie ma nic wspólnego z transgenderyzmem rozumianym jako wolicjonalne zaprzeczenie płci społeczno-kulturowej, aczkolwiek wydaje się, że w zachowaniach osób transseksualnych tak właśnie jest. Jednak w tym przypadku spowodowane jest to wadą wrodzoną i nie podlega kształtowaniu przez czynniki społeczno-kulturowe. Zachowania transseksualistów nie mieszczą się w przytoczonej przez autorkę definicji „transgender”. W zachowaniach transgenderowych ludzie mogą sobie „wybrać” płeć, co stanowi ewidentną różnicę wobec imperatywu wewnętrznego, nieakceptującego cech płci somatycznej, jaki charakteryzuje osoby z ZWDPF. Zachowania osób transseksualnych, zresztą w krótkim stosunkowo czasie, są typowe dla psychicznego poczucia płci, które dźwży prymat w strategii stereotypowego zachowania się jako kobiety (transseksualiści) lub jako mężczyźni (transseksualistki). Chirurgiczna zmiana drugorzędowych cech płciowych w pełni utwierdza ich w tych rolach. Dlatego też transseksualizm należy traktować przede wszystkim jako termin medyczny. Być może, w dłuższej perspektywie, pozwoliłoby to uniknąć przez osoby transseksualne problemów podobnych do tych, jakich doświadczają mniejszości seksualne.

Należy także wyraźnie oddzielać transseksualizm od hermafrodytyzmu (związanego z somatycznymi wadami rozwojowymi), od transwestytyzmu (przebieganie się w garderobę płci przeciwnej jest źródłem gratyfikacji seksualnej) oraz od *drag king*, *drag queen* i *crossdressing*, gdyż te wydają się być skomercjalizowanym performansem. Świadomość tych różnic, a co za tym idzie, zrozumienie problemów osób z ZWDPF, to ciągle duże wyzwanie, o czym Bienkowska pisze, przytaczając przykłady opinii świadczących niejednokrotnie o braku jakiegokolwiek rozeznania w omawianej problematyce.

Trudno nie zauważać faktu, że sposób widzenia i analizowania transseksualizmu w socjologii opierał się głównie na założeniach medycznych. Ponieważ psychiczne poczucie płci — zależne od właściwej informacji ośrodków mózgowych — determinuje zachowania i to niezależnie od stygmatów anatomicznych, na podstawie których przypisano danej jednostce płęć metrykalną. Także traktowanie przez socjologię transseksualizmu w obrębie socjologii dewiacji jest błędem, co nie budzi już kontrowersji. Dotyczące kulturowego konstruowania płci prace z zakresu etnometodologii, mające za zadanie redefinicję/podważenie biologicznego statusu płci, nie mają wiele wspólnego z transseksualizmem jako wrodzoną wadą rozwojową. Jakkolwiek ukazać one mogą społeczne konstruowanie i utrzymywanie pewnego porządku (także w zakresie regulacji zachowań opartych o płęć), to nie sposób pominąć tu biologicznych podstaw ZWDPF.

Podkreślić też należy dobitnie, że transseksualiści nie zmieniają płci, lecz dążą do uzgodnienia płci fenotypowej z płcią psychiczną, stąd też jakiegokolwiek stwierdzenia o „zmianie płci” mogą powodować zakłócenie właściwego postrzegania realnych problemów osób transseksualnych oraz zacierać w społecznym odbiorze istotę tego, czym rzeczywiście jest ZWDPF.

Kwestii terminologicznych dotyczą także nieporozumienia wynikające z nieostrości niektórych pojęć opisujących płęć za pomocą różnych epitetów. I tak na przykład: płęć biologiczna, tak często odróżniana od kulturowej, mylnie bywa utożsamiana z płcią somatyczną (fenotypową), gdy tymczasem obejmuje ona również psychiczne poczucie płci — płęć psychiczną. Pominięcie tej ostatniej jako składowej płci biologicznej jest naleciałością, z której wycofała się już nowoczesna medycyna, dzieląc schorzeń na psychogenne i somatogenne. Wyjście poza tę dychotomię implikuje konieczność leczenia człowieka, a nie choroby.

Thomas A. Edison celnie powiedział kiedyś, że „głównym zadaniem ciała jest noszenie mózgu” i w przypadku osób z ZWDPF w sposób szczególny uwidacznia się podrzędna rola ciała — właśnie materię cielesną trzeba dostosować do nadrzędnego wobec niej poczucia/przekonania, kim się jest (nie za kogo zostałem/-am uznany/-a, lecz kim rzeczywiście jestem, a na tym polega konflikt pomiędzy biernym a czynnym aspektem tożsamości).

Odnośnie do analizowania osób transseksualnych w kategoriach tożsamości jednostkowej należy uznać, że jest to niezwykle interesujący obszar dla badań socjologicznych. Konstruowanie tożsamości, które traktuje się współcześnie jako wymóg jednostkowego przystosowania społecznego, może w przypadku osób transseksualnych nie tylko pokazać rzeczywiste problemy związane z samookreśleniem w społecznej przestrzeni, ale też przyczynić się do nowego spojrzenia na teoretyczne koncepcje tożsamości. W wypowiedziach osób z ZWDPF, także tych cytowanych przez autorkę, daje się zauważyć, że osoby transseksualne chcą jasno określonej tożsamości, rekonstruując w ten sposób binarny system płci, a nie przekraczając go w jakiś nieokreślony sposób. Osoby te konsekwentnie dążą do uzgodnienia cech płci fenotypowej z cechami płci psychicznej. Nie

udowadniają niczego sobie ani otoczeniu, lecz starają się i podejmują wysiłki, powodowani określonym poczuciem płci, żeby ulokować się w społecznej przestrzeni takiej, jaka ich otacza. W konsekwencji dążą do zmiany drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych swojego ciała, co jest efektem społecznej presji, będącej wynikiem binarnego rozumienia płci.

Podsumowując, należy zauważyć, że w polskim dyskursie dotyczącym transseksualizmu widoczny jest niemal zupełny brak odwołań do genezy omawianego tu problemu, a więc nie podkreśla się, że ZWDPF jest zaburzeniem rozwojowym. Można wysnuć przypuszczenie, że „odczarowanie” tego zespołu poprzez uświadamianie społeczeństwa, że jest to wada wrodzona, mogłoby przyczynić się do zmiany samego dyskursu, a w konsekwencji ograniczyć niekorzystne (i często dyskryminujące) postawy wobec osób transseksualnych.

Książka Małgorzaty Bieńkowskiej, jakkolwiek zawiera pewne niedoskonałości (wykazane w niniejszym artykule), jest z tego punktu widzenia korzystna i pod pewnymi względami pomocna w zrozumieniu problemów osób dotkniętych opisywanym w niej stanem klinicznym.

BIBLIOGRAFIA

- Baron, J. & Baron, J. (1996). *Zarys endokrynologii ginekologicznej i położniczej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Beisert, M. (Red.). (2006). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bieńkowska, M. (2012). *Transseksualizm w Polsce. Wymiar indywidualny i społeczny przekraczania binarnego systemu płci*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Ebershoff, D. (2012). *Dziewczyna z portretu*. (Przeł. T. Bieroń). Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Forest, M. G. (1995). Diagnosis and treatment of disorders of sexual development. W: L. J. de Groot (Red.). *Endocrinology* (s. 1974-2010). (Wyd. 1). Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Garcia-Falgueras, A. & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131(12), 3132-3146.
- Imieliński, K. (1982). *Zarys seksuologii i seksiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Imieliński, K. & Dulko, S. (1988). *Przekleństwo Androgyne. Transseksualizm — mity i rzeczywistość*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kruijver, F. P., Balesar, R., Espila, A. M., Umehopa, U. A., & Swaab, D. F. (2002). Estrogen receptor-alpha distribution in the human hypothalamus in relation to sex and endocrine status. *Journal of Comparative Neurology*, 454(2), 115-139.
- Lisk, R. D. (1967a). Neural localization for androgen activation of copulatory behaviour in the male rat. *Endocrinology*, 80, 754-761.
- Lisk, R. D. (1967b). Sexual behaviour; hormonal control. W: L. Martini & W. F. Ganong (Red.). *Neuroendocrinology* (s. 197-239; t. 2). New York: Academic Press.
- Luders, E., Sanchez, F. J., Gaser, C., Toga, A. W., Narr, K. L., Hamilton, L. S., & Vilain, E. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*, 46(4), 311-319.

- Ohnishi, H., Kondo, Y., & Sakuma, Y. (2003). Estrogen-induced vigorous mounting in female rats carrying hypothalamic knife cuts. *Journal of Neuroendocrinology*, 15(6), 602–606.
- Ostrowski, K. (1982). *Embriologia człowieka*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Raboch, J. & Starka, L. (1974). Plasmatic testosterone in men with disturbances of somato-sexual development. W: G. Dörner (Red.). *Endocrinology of sex*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Seligmann, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. I. (2003). *Psychopatologia*. (Przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski). Poznań: Zysk i S-ka.
- Skalba, P. (1998). *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Starowicz, Z. L. (2000). *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Swaab, D. F. & Fliers, E. (1985). Asexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science*, 228, 1112–1115.